

ТАВРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ

ТОМ 15, №1 (54), 2011



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

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.Гриневиц(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 24.03.2011(протокол №8)

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

междисциплинарное научно-практическое
периодическое издание, посвящённое
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 1998 года.

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 25.03.2011 г. Подписано в печать 30.03.2011 г.
Формат А4. Бумага офсетная. Гарнитура "BookmanOldStyle".
Усл. печ. л. 14,8. Тираж 500 экз. Заказ № 1103.

Отпечатано в ТКЦ "RICOH" г. Симферополь, пр.Кирова, 17
8(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 фотография экспозиции
Kunsthau im KunstKulturQuartier Nurnberg.

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 ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Лекции по философии психиатрии. II лекция. Философия античности в контексте психиатрии

В. П. Самохвалов 5

Застосування комбінованої терапії препаратами Мема та Альмер у хворих з когнітивними розладами в період постінсультної реабілітації

О. П. Бреус-Яворська., І. Г. Голуб-Яворська., О. П. Яворський, В. В. Кичай-Яворська ... 16

Опыт клинического применения препарата Эпирамат

И. В. Ганзин 18

Деятельность психиатрической службы автономной республики Крым в 2010 году в сравнении с 2009 годом

С. М. Дымшиц, М. Н. Юрьев, В. А. Вербенко, В. В. Михайлов,
О. А. Потапенкова, И. Б. Дубина 22

Семьи больных детским аутизмом

В. Н. Клинков 28

Клинико-социальная характеристика субъективного самочувствия больных шизофренией, получающих терапию антипсихотическими средствами

Е. В. Плотникова 32

Порівняння антипсихотичних препаратів першого та другого покоління їх переваги та недоліки у лікуванні гострого психозу параноїдної шизофренії

П. А. Кисляк 37

Состояние клеточного иммунитета у больных параноидной формой шизофрении с разными типами течения

И. Д. Спирина, С. Ф. Леонов, Я. С. Варшавский*, Т. Й. Шустерман,
А. Е. Николенко, С. В. Рокутов 42

НАРКОЛОГИЯ

Ноетичні дилеми у терапії схильності до азартних ігор

К. В. Аймедов, Ю. В. Довгий 45

Тактика лечения когнитивных нарушений у ВИЧ-позитивных пациентов с опиоидной зависимостью

В. А. Вербенко, Е. В. Филиппова 49

Проблемы организации медицинской помощи потребителям инъекционных опиоидов

С. В. Дворяк 60

Особливості перинатального періоду і умов виховання у дитинстві, як фактори ризику-антиризик у формуванні залежності від опіоїдів

О. В. Друзь 66

НЕВРОЛОГИЯ

Повышение эффективности ботулинотерапии в реабилитации больных с детским церебральным параличом с позиции определения ведущего патологического двигательного синдрома.

С. В. Власенко 74

Особливості клінічного перебігу та діагностики статусу абсансів. Клінічне спостереження

А.А. Горб 78

Особенности применения суточного мониторинга артериального давления в неврологической практике.

А.А. Микляев, А.А. Микляева, Г.М. Кушнир, А.А. Коробова 81

ОРЫГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Визначення факторів, які predisпозують формуванню дезадаптивних станів у військовослужбовців з використанням аналізу копінг поведінки.

О.В. Брюханов 85

Условия повышения эффективности оказания помощи страдающим шизофренией.

В.Е. Гончаров 91

Інтрапсихічні та поведінкові паттерни розвитку клініко-психологічної дезадаптації членів сім'ї інкурабельних онкохворих

І.Р. Кужель 94

Депрессивные расстройства у больных рассеянным склерозом (клинико-психопатологические особенности и механизмы формирования).

Н.А. Марута, М.В. Данилова 111

Психопатологические феномены непсихотического регистра при опухолях головного мозга: клинико-диагностическое значение.

В.В. Огоренко 118

Аналіз аутоагресивної поведінки у пацієнтів з ангедонією при шизофренії.

Н.М. Орлова 121

Експертна оцінка психічних розладів в онкохворих (за даними актів посмертних судово-психіатричних експертиз).

С.С. Шум 126

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей – жертв сексуального насилия.

Г.Н. Миронова, А.В. Макаренко, А.И. Мирошниченко 132

ПСИХОТЕРАПИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Психосоматичний підхід у лікуванні фізичної травми.

К.І. Москаленко, О.О. Хаустова 136

Проблема родительского отношения отцов к детям с отклонениями в развитии.

М.В. Пастухова 140

Принципи диференціальної психотерапії в комплексному лікуванні пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії з супутніми соматичними захворюваннями.

О.Є.Смашна 144

РАСЪЯЩЕННЫЙ СТОП

Слово о профессоре Зигмунде Фрейде – талантливом исследователе основ душевной жизни человека (к 155-летию со дня рождения)

П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк 149

ЛЕКЦИИ ПО ФИЛОСОФИИ ПСИХИАТРИИ

II лекция

ФИЛОСОФИЯ АНТИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ПСИХИАТРИИ

В.П. Самохвалов

Крымская республиканская ассоциация психиатров, психотерапевтов и психологов, Deutsch-Russischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit

Реферат

Мировоззрение античности предполагало существование двух реальностей. В метафизической реальности психическая патология была предопределена свыше и считалась социально приемлемой. В физической реальности, в которой действовали законы логики и аналитики, патология отделялась от нормативного поведения. Существование этих двух реальностей по-прежнему являются главным противоречием современной психиатрии.

Ключевые слова: философия психиатрии.

Следует напомнить, что для нас рассуждения о философии есть лишь предлог для понимания современного состояния и позиции психиатрии. Это скорее попытка установить ее истинное место не столько в медицине, сколько в комплексе наук о человеке.

Первое представление о философии, как постоянном стремлении к мудрости для выявления истины, приписывают Пифагору, он же считается первым пресократическим философом и первым философом вообще¹. В дальнейшем философия вместе с религией и искусством стали относить к категориям «абсолютного духа»². Собственно, именно эти три категории и составляют то, что нами теперь понимается как культура, но они же лежат в основе разнообразия конструкций мышления и мировидения современного человека. Мы думаем, а часто и поступаем именно как люди античности. Если говорить о европейском сознании, то его основой является эллинизм, который неотделим от античного искусства и философии. Физика, математика, логика, медицина, представление о государственном устройстве, возникшие в эту эпоху вплоть до осколков античности в Риме, в дальнейшем способствовали развитию христианской теологии и всей современной науки. Большая часть философских категорий была описана или, по крайней мере, выделена в период античности. Представления о морали и нравственности, норме и болезни, пороке и праведности также были систематизированы в этот период, возможно предшествовавший ветхозаветному времени. Мы, наш внутренний мир, и мышление построены по античному принципу – от наших представлений о прекрасном и безобразном до логики пифагорейских соотношений в архитектуре и музыке.

Одной из центральных идей, отражение которой мы видим как в античном искусстве, так и философии, являлось понятие меры и соразмерности, гармонического канона. Каноничность распространялась от произведений искусства, к структуре стиха и эпитафии, музыке, государственному устройству, стилистике поведения в определенных условиях³. В период античности понятие нормативности поведения есть установление границ и «меры – лучшей из вещей» по выражению Солона, который входил в сонм семи великих мудрецов, к которым Платон относил Фалеса Милетского, Солона из Афин, Бианта Приенского, Клеобула Линдийского, Мисона Хенейского и Хилона из Спарты⁴. Архилох в середине VII века до н.э. утверждает:

В меру радуйся удаче, в меру в бедствиях горюй;
Смену волн познай, что в жизни человеческой царит⁵.

Поиск причин правильного и неправильного поведения приводит Гомера с одной стороны к идеям избыточности, с нашей точки зрения, радости и страданий, которые сопровождаются самоповреждениями и разрываниями одежд, но также к справедливости или несправедливости конкретных богов, которые ассоциированы с непонятными поступками героя. Герой у Гомера сегодня может совершить праведный поступок, но завтра, одержимый страстью, – аморальный. Добро и зло у античных богов также совсем неразделимо и определяется только волей как высшей необходимостью. Мерой поступка становится лишь некая высшая справедливость⁶. Правильно или неправильно и даже психотично мог вести

себя любой из богов, к какому бы рангу он не относился, поэтому естественным считалось и безумие в обыденной жизни.

Сама аномальность есть персонифицированная Мория, Мания, или богини неистовости и ярости Энио. Многобожие соответствовало множеству странностей в поведении человека. Так, например, неистовство вакхического поведения, которые отмечалось как индуцированное помешательство при винопитии и выражалось в разрывание людей, животных и одежд, плясками с тирсами, увитыми плющом на которые насаживались головы жертв со стереотипным возгласом «Эвойе», прямо указывает на Энио (Ενιὸ). Индивидуальное и групповое помешательство также могло указывать на одержимость Горгоной, гарпиями как воплощениями мести. У Гесиода в «Теогонии»⁷ «прямо седыми родившиеся» Пемфредо и Энио, тем не менее, «прекрасноланитны». В «Мифологической библиотеке» Псевдо-Аполлодора Энио воплощает ужас, Пемфредо – тревогу и скорбные предчувствия, а Дейно – дрожь. Они всегда вместе, но могут идти друг за другом в разных последовательностях и обнимают свою жертву вместе⁸.

Удивительная устойчивость многих проявлений безумия заставляет вообще усомниться в том, что человек его может контролировать. Столь же устойчивы, несмотря на воспитание, отрицательные черты. Орфики уже полагали, что дело не только в том, что божественное начало присутствует в каждом и не погибает, но подвергается реинкарнации, чтобы искупить грехи тела. Но дело в том, что «вырастить» в себе душу с помощью мистерии или уединения должен всякий человек, но не может, поскольку ему мешает изначальное зло⁹. Вины в этом конкретного человека нет, поскольку он всегда несовершенен и содержит зерна не нормативности и безумия.

Античная философия представляется загадкой, поскольку она не связана с практическими задачами, а кажется игрой ума, которая существует лишь для самой игры. Еще большей загадкой являются фигуры великих философов античности. Их поведение было непоследовательным или упорствующим в своей вере, но оно всегда точно соответствовало их идеям. Это очень сходно, с позиции современной психиатрии, с поведением параноидных или паранойяльных пациентов. Можно привести такие странности и противоречивость в поведении Пифагора, Солона, Сократа, Платона, Гиппократы, Аристотеля, Эпикура, Диогена и многих других. В их образе мышления присутствовало все, что через 2500 лет стало считаться аномалией и бредом: 1) ложные, с точки зрения большинства, убеждения и целые системы миропонимания, 2) являющиеся грубым искажением действительности, 3) и недоступные критике до такой степени, что философ мог без колебаний пойти на смерть ради своих убеждений. Великие философы создавали школы, состоящие лишь из горстки сторонников. Они чаще вообще не записывали свои мысли, которые передавались из поколения в поколения и превращались в палимпсесты, записываемые их учениками. В большинстве случаев, кроме некоторых исключений, можно отнести воззрения античных философов к бесплодному мудрствованию, однако именно подобное миропонимание и создало современный религиозный, идеологический и технократический мир. Школы философов уже через одно-два поколения вырождались, а затем вновь через столетия возрождались, как будто размышления прошлого вновь становились востребованными. Так называемое бесплодное мудрствование вдруг оказывалось нужным уже современной ядерной физики, математики, психологии.

Но одна из самых серьезных загадок состояла в потребности в представлении о физической и метафизической реальности, которые имеют прямое отношение к нашей науке. Необходимость в физическом и практическом взгляде на мир понятен, однако зачем нужен мыслимый мир? На самом деле психиатр вынужден смотреть на происходящее с его пациентами глазами физической, материальной реальности, но для пациента его собственные переживания всегда метафизичны, то есть духовны. Гераклит полагал, что каждая из этих реальностей также дуальна и постоянно меняет свои противоположности, поэтому познание здоровья возможно только через болезнь¹⁰. Здоровье по-прежнему нами воспринимается именно как физическое, а его противоположность – болезнь воспринимается как нечто духовное, обусловленное чем-то высшим и надличностным. Однако, длительное время мы говорили «душевные», но не «духовные» болезни, как будто разделяя душу, которая может быть больна, от духа, который изначально совершенен. Эти воззрения и отражены в орфических гимнах.

Позже такие путешествия из одной реальности в другую в «Мифе о пещере» описывает Платон. Когда мы о чем-либо думаем, оно возникает, но если по какой-либо причине даже представить это не можем, как например смерть, то ее и нет¹¹. Таким образом, метафизическая, или как теперь говорят, психическая реальность были открыты за тысячелетия до психоанализа, который является лишь прагматической утилизацией

философии античности. Фрейдовские и иные психоаналитические откровения являются лишь пародией на Сократические диалоги и тексты античности.

Но тогда же была открыта не только метафизическая реальность, но и ее топография. В ней особую роль играет число особым образом, как считали пифагорейцы, связанное с душой. Одной из доказательств этого является классификация чисел на четные и нечетные, ритм, в том числе музыкальный, связь числа с длительностью и геометрией и его влияние на духовное состояние¹². Идея числа в бесконечном эфире и его понимание окружающими означает, что мы имеем доступ к идее ума вообще, то есть, возможно думать о самой мысли¹³. Однако идея числа сама по себе способна зачеркнуть суть единичного, если речь идет о неких психических феноменах. Повсеместно в современных психиатрических статьях и диссертациях присутствует табличный материал, который подчеркивает «объективность» исследования. Перечисляются симптомы и синдромы, факторы и признаки. Однако можно ли на самом деле объединить даже два варианта психопатологии лишь на основе их принадлежности к одному феномену, если они изложены по-разному и по-разному искажают психическое состояние?

Альтернативная точка зрения о роли единичного есть лишь у классиков, но ее уже не встретить во второй половине XX века. Случаи Freud S. (Доры, Ганса, Шребера, Человека – волка и крысы) или Lacan J. (Эми) это именно случаи, а у Ясперса в «Общей психопатологии» мы не встретим ни одной диаграммы или таблицы. Здесь царствует принцип «все во всем». Синдромы Аспергера, Каннера и генетические аномалии первоначально описывались лишь на единичных случаях или в лучшем случае на малых группах. Дескриптивная психопатология возникла именно из описаний единичных случаев, но не в результате массового сбора эпидемиологических данных¹⁴. Подобные множества нужны были лишь для придания социального звучания психопатологии.

Соединение численности, формы и последовательности всегда позволяют выделить гармонию и ритм, но согласно пифагорейским воззрениям это, по сути, духовная гармония, которая лишь отчасти воплощена или обнаружена в физическом мире. Однако, чем собственно является навязчивость как клинический факт если не гипертрофией пифагорейской ментальной конструкции, которая приводит к потребности перечислять, устанавливать численный порядок, стереотипизировать. Но в этом случае ее нужно считать или нормой, но не аномалией, или регрессом на пифагорейство.

Противоположение и амбивалентность человека и мира в целом предполагают по отношению ко всему два противоположных аргумента как считал Протагор¹⁵. То, что мы считаем нормой, может оказаться аномалией и наоборот. И даже являясь «мерой всех вещей», сам человек исходно и радикально противоречив. Нечто отрицательное в нем связано с позитивным. Амбивалентность не нужно доказывать психологу и психиатру, для психиатра она в разделении мании и депрессии, асоциальности и гиперсоциальности, позитивных и негативных синдромах. Кто же может установить истинную меру и норму – конечно, самый мудрый и искушенный, то есть софист-философ, который одновременно является врачом. Вряд ли стоит приписывать, например инфекционным заболеваниям позитивное значение, однако и это удастся, если их рассматривать как инструменты естественного отбора в некоем симбиотическом пространстве человека и инфекций. Однако, позитивный смысл можно обнаружить у ряда психических расстройств, благодаря которым возникают новые и неожиданные мыслительные и творческие конструкции. Полагание и противоположение считается даже трагедией самого бытия человека, поскольку и истине может быть противопоставлено нечто обратное и негативное и в этом случае добро и зло окажутся неразделимы¹⁶.

Получается, что постоянно выбирая аргументы, человек может быть совершенно другим лишь под влиянием незначительных обстоятельств. Но таковы в основном люди, кроме тех, кто пользуется разумом, а следовательно, позитивной частью души, для подобного выбора. Так теперь считается со времен Сократа¹⁷. Душа по Сократу возвращается, контролирует тело, способствует увеличению знаний, морали и добродетели, контролирует пороки. Всякое уклонение и грех есть результат простого незнания и требует воспитания и обучения. Традиции такого обучения в психиатрии, конечно, связаны с религиозным воспитанием прежде всего и существует множество доказательств, что психиатрические ошибки это чаще, хотя и не всегда, не столько плохое знание взаимодействия препаратов, а отсутствие или утрата идеального в восприятии переживаний пациента. Этот недостаток пока успешно преодолевается религиозно-ориентированной психиатрией¹⁸.

Проблема психиатрии состоит в том, что обращаясь к человеку как телу, он должен решать проблемы души. Но Сократ также утверждает, что во всяком человеке уже скрыто знание о душе, которое можно извлечь с помощью маевтики (Μαευτική) как своеобразно-

го повивального искусства или родовспоможении – метода извлечения истины с помощью наводящих вопросов. Платон так ее описывает со слов Сократа «Теперь мое повивальное искусство, во всем похоже на акушерское, отличаясь от него лишь тем, что я принимаю роды у мужей, а не у жен, роды души, а не тела. Мое главное умение состоит в правильном распознании и отделении рождающихся фантазмов и лживостей в молодых душах от вещей живых, здоровых и реальных. По обычаю акушерок и я должен быть стерильным... от знания; попреки, что мне многие делают, в том, что я влияю на других, несправедливы, ибо никогда я никак не обнаруживал своего невежественного знания ни по одному из вопросов, ведь это вправду хула. Правда в том, что сам Бог вынуждает меня к этому повивальному делу, запрещая мне рожать самому. По сути, я во всем не то, что есть мудрец, из меня не родилось ни одного мудрого открытия, что было бы детищем моей души. Те же, коим нравилось быть со мной, пусть поначалу лишь видимым образом, некоторые вовсе несведущие, следуя за мной, действительно нечто производили, по благодати необычайной Бога, который им это разрешал. И ясно, что от меня они не получили ничего, и лишь у себя самих нашли нечто замечательное, что и произвели; но и помогая им в этом деле, я награжден – я и Бог»¹⁷.

Маевтика и сократический диалог ничем не отличается от такого диагностического диалога, при котором истина открывается самому пациенту, как это происходит в классическом и современном психоанализе, но не в психиатрии. Заблуждения, по сути, патологические симптомы, а обнаружение зерна истины и есть катартическое исцеление, которое понималось пифагорейцами как исцеление музыкой и гармонией, а Платоном как освобождение души от наслаждений тела.

Все медицинские школы античности были связаны с философскими течениями. Например, Кротонская школа с Алмеоном опиралась на Пифагора, Косская школа с Гиппократом испытывала влияние Аристотеля и лишь отчасти Платона. Для Гиппократа человек часть всеобщей системы природы и даже политики¹⁹. Болезнь и здоровье связаны со временами года, питанием, метеорологикой, особенностями жизни, конституцией и характером, тяготением народа к демократии или монархии, соотношениями воздуха и жидкостей в организме. Именно он обосновал связь прошлого состояния, болезни и ее исхода, и по сути – метод профилактической медицины. Концепции Гиппократа часто связывают с постулатом Эмпедокла «все во всем». Однако его знаменитый афоризм «Жизнь коротка, искусство вечно, случай мимолетен, эксперимент рискован, судить трудно»²¹, – звучит скорее пессимистично, кроме утверждения вечности искусства, которое было философией.

Вся психиатрия XIX–XX и XXI века по сути своей следует принципу Эмпедокла под различными именованиями, например, мультидименсиональности, мультифакторальности, эндо- и экзофенотипичности. Кажется, что все решено на уровне нейрогомона, но оказывается, что помогает и средиземноморская диета и даже способствует профилактике депрессий и тормозит развитие когнитивных расстройств в позднем возрасте²⁰. Все уже понятно на уровне антипсихотика, но оказывается, что роль воспитания матери нельзя игнорировать. Генетический набор при одном расстройстве отличается от нормы, но те же различия улавливаются на уровне целостного поведения. Получается вновь, что лечить нужно больного, но не болезнь и выявлять только главный фактор его болезни, однако в психиатрии этот подход проблематичен, так как может сложиться впечатление, что, сколько людей, столько и болезней. Среди множества афоризмов Гиппократа поразителен один: «Наши пищевые вещества должны быть лечебным средством, а наши лечебные средства должны быть пищевыми веществами». То есть, среди прочего – лечение должно быть приятно.²¹

Более чем через 500 лет после вырождение гиппократических школ Гален призывает к возврату к Гиппократу и его многомерному взгляду на болезнь, но отмечает сложность такого возвращения по следующим причинам. Врачи стали невежественны, не интересуются новым, забыли о философии, они погрязли в коррупции и интересуются не исцелением, но заработками, они разделились на школы, которые нетерпимы друг к другу и это приводит к разобщению, слабости в теории и практике. Богоподобный облик врача утрачен и видя функционирование организма, он забыл его анатомию, а зная анатомию, не понимает функционирования, не связывает душу с телом²². Однако, изменилось ли что-либо через 1500 лет?

Многие психиатры прекрасно знают дозы препаратов и принципы их назначения, но принципы не меняют, даже если появляются новые данные, полифармация (полипрагмазия) стали нормой, а не исключением еще и потому, что универсализм врача отрицается. Психиатр вряд ли расположен тщательно осматривать кожные покровы пациента, а терапевт не будет вопрошать его о смысле жизни, полостной хирург помнит свою операцию, но может не помнить лица больного. Коррупция в медицине состоит уже не в том, что врач получает от пациента деньги, поскольку они являются часто единственным источником

существования врача и его семьи, а в том, что вместо одного, более эффективного лекарства часто выписывают огромное число неэффективных препаратов, а некоторые из них намного дороже прежних. Врач получает процент от реализации генерических препаратов и их рекламирует, а фармацевтические компании изобретают новые методы стимуляции экономической активности врача от бесплатных развлечений до оплат лекций и семинаров, которые также служат рекламе. Таким образом, врач и не только психиатр, оказывается цепью в известной схеме связывающей деньги налогоплательщиков, государственные закупки, фармацевтический бизнес фармацевтическую промышленность. Не случайно тема «Доктор-доллар» становится одной из наиболее популярных в Medscape²³. Иначе обстоит дело с разобщенностью клинических кланов и школ. Их границы размыты и дискуссии бесполезны, поскольку они сконцентрировались лишь на интересах своего клана и часто не в состоянии взглянуть на свои проблемы с более общих позиций, например общей теории патологии или теории культуры.

Метафизика, то есть то, что существует «после физики», как известно, занимается проблемой первоначальной реальности мира и бытия. Мамардашвили М. К. пишет «Существуют предметы и существует еще бытие существующего. На первый взгляд, очень странная вещь, указывающая на то, что есть, видимо, еще нечто в мире, что требует своего особого языка для того, чтобы это «нечто» выразить. И этот особый язык... есть метафизика, или философия, что в данном случае одно и то же»²⁴. Метафизическое – нечто находящееся за пределами физических явлений или «первофилософия» по Аристотелю. Это духовное и недоступное чувственному восприятию, непонятное, но в то же время вечное и лишь умопостигаемое. Его открытие связано, прежде всего, с Платоном. Натурализм философов до Сократа не смог объяснить весь воспринимаемый мир с помощью органов чувств, которые могут в частности отличить воду от воздуха, огонь ото льда, конденсацию от разряджения. Тогда Платон предлагает метафору «второй навигации»: когда стихает ветер – «первая навигация», приходится управлять веслами – «вторая навигация». Это уже аналог размышления не о физическом мире, а о мире представляемом, управляемом разумом или метафизическом. В этом мире существуют Идеи (Эйдос), некие сущности, а возможно зерна умственного представления. Идея это будто модель каждой вещи (парадигма (παράδειγμα) в терминологии Платона), то есть то, чем она должна быть. Это может быть прекрасное как таковое, и также справедливое как таковое. Идеи стабильны и абсолютны в отличие от физического мира. Вероятно, существует иерархия идей, которая распространяется подобно ступеням от высшей идеи к вторичным сущностям и, наконец, воплощается в объект. Это и есть мыслимое бытие (Платон: Федр, Гиперурия, Долина правды). Реальный мир – копия идеального мира, но он рожден миром идеальным, поскольку он «имеет тело» (Платон: Тимей). Постижимое лишь умом и интуицией или в терминах философии «интелигибельное» с его миром идей противоположно «сенсигельному», связанному с чувственным восприятием. Для Платона все же мир идей доступен познанию благодаря воспоминаниям, которые он называет «анамнезом», именно воспоминание и содержит универсальный и устойчивый мир идей (Платон: Менон).

Таким образом, то, что мы теперь понимаем под объективным анамнезом, то есть перечислением событий очевидцами, на самом деле не имеет отношения к изменчивой объективности, а объективен так называемый субъективный анамнез, поскольку именно он апеллирует к личным духовным воспоминаниям. Но и они являются лишь мнениями (doxa) связанными либо с верой (pistis), либо с воображением (eikasias). Но истинный доступ к миру идей возможен лишь при помощи науки (episteme), которая все мнения объединяет в нечто общее (dianoia) и стремится к чистой мудрости (noesis). Размышления следуют от заблуждений, связанных с суеверием, к воображению, далее к науке и диалектике идей. По сути – первые этапы всякого размышления и есть ложные умозаключения, которые в патологическом мышлении мы относим к «кристаллизации идеи». Платон классифицирует и любовь от физической и телесной, к духовной страсти в любви к искусству, науке, закону и справедливости и далее любви к Прекрасному вообще и Абсолюту. Он негативно относится лишь к телу, в котором похоронена душа, вынужденная служить телу. Например, он пишет «Смерть тела – это жизнь, ибо душа освобождается от неволи. Тело – корень всех зол, источник нездоровых страстей, неприязни, несогласия, невежества и просто безумия: то есть всего того, от чего гибнет душа (Платон: Гория).

Но ведь мы и сегодня лечим безумие именно как болезнь тела, а система наказания за нездоровую страсть состоит именно в изоляции тела. Борьба с телесностью для восстановления свободы души присутствует особенно ярко в истории психиатрии до середины XX века, когда согласно организменным и инфекционным теориям для борьбы с болезнью следовало ампутировать парные органы для лучшего кровоснабжения мозга, оперировать очаги возможной инфекции, подвергать пациента боли, холоду и страху²⁵.

В Федоне Платон говорит об ответственности в связи с неразрывной связью души и тела, когда после смерти души, в поисках телесного наслаждения, не могут оставить могил пока не соединятся вновь с телом человека или животного, которые вновь жаждут наслаждения. Но те, кто был добродетельным, воплощаются вновь в достойных людей и добрых животных²⁷. Однако этот метемпсихоз прекращается лишь у тех, кто полюбил мудрость, но и у них внеземная жизнь продолжается 1000 лет и вновь они возвращаются и воплощаются в новые тела. В невидимом мире души судят по критериям справедливости, умеренности, добродетели или несправедливости, порочности и разнузданности. Праведная жизнь требует награду и вознаградится, неправедная будет осуждена на страдания и муки, которые также являются испытаниями для праведной души. Праведность и воздаяние, грех и наказание у Платона соединены так, как будто он наблюдал яркие проявления подобных страстей. Однако нигде не упоминается, что он наблюдал душевно больных. Проблема в том, что в те времена аффект считался естественным и самоубийство при переживании вины нормативным. Даже теперь, например, у японцев невыполнение гражданских обязательств связано с тяжелым чувством вины, которая неминуемо ведет государственного чиновника в отставку. Но и идеи самообвинения при депрессии, возможно, также естественны и являются осознанием и воспоминанием о фактических грехах. Возможно, не сниженное настроение при тяжелых депрессиях приводит к чувству и вины и самообвинениям, но само чувство вины приводит к депрессии, а распространение вины на окружающих лишь следующий этап переживания греха. Согласно Платону это именно так, как впрочем, и согласно Сократу, исходя из его последнего в жизни суицидального поступка.

По Платону существует желающая и влекомая к удовольствию душа (*epithymetikon*), страстная душа, которая удовлетворяет желания (*thymoeides*), и рациональная душа (*logistikon*). В диалоге важно установить, к какой именно душе человека или государства мы обращаемся и насколько этот объект воспитан и разумен, чтобы с ним общаться как с рациональной душой. В ином случае диалог должен быть построен от обсуждения удовольствия и неудовольствия к желаниям и фантазиям, а затем к рациональной логике. Такая теория построения диалога не утратила своего значения и сегодня в повседневной практике психиатра.

Символом метафизики является миф Платона о пещере, изложенный как диалог Сократа и Главкона в «Государстве». Этот текст многое проясняет в разделении видимого и мыслимого мира. Миф описывает людей пребывающих в пещере с заваленным камнями входом, в которой из пролома освещается одна из стен. Люди связаны по рукам и ногам и наблюдают глубину пещеры и отблески света. За пределами пещеры люди, которые носят на себе изображения из камня и дерева, они что-то говорят, сзади них ночью костер, а днем – солнце. Получается, что для пещерников мир – что-то вроде искаженного театра теней с отрывочными звуками, который создает впечатление реальности. Сняв путы, преодолев каменную стену, оказавшись за пределами пещеры некий герой вдруг видит другой мир с реальными людьми, статуями, костром и солнцем. Он полагал, что этот мир нереален, а теперь выяснил, что ошибался, но это произошло лишь благодаря тому, что он преодолел преграду и понял, что наоборот, мир в котором он пребывал, был иллюзорным и воображаемым (*eikasia, pistis*). Научный метод состоит в сбрасывании оков и преодолении преграды, но он необходим для достижения созерцания и интуитивного постижения центрального образа – Солнца. Reale G., Antiseri IL.¹⁶ считают, что существует аскетический, мистический и теологический аспект этого мифа. Жизнь в духе – это жизнь в чистом свете правды, путь восхождения от чувственного к интеллигибельному (мысленно представляемому) – есть «освобождение от оков» для постижения божественного. Однако, затем герой возвращается, чтобы вывести к свету остальных заключенных в пещеру.

Для нас можно рассмотреть также актуальный клинический и культуральный аспект данного мифа, если представить на месте героя психотика или психиатра. С позиции психиатра наука позволяет врачу увидеть свет правды и вооружает его возможностью вывести к этому свету людей пребывающих в мире психотических иллюзий. Однако это возможно лишь в одном случае, когда врач был психически болен и имел психотический опыт. Если он всегда пребывал за пределами психоза, то он не способен понять воображения и иллюзий человека, погруженного во тьму и наблюдающего тени. Впрочем, такова была точка зрения драматической медицины вообще, врач должен иметь опыт болезни и тогда он может считаться настоящим целителем, но не только врачом. Наиболее ярко этот образ психиатра описан Полем де Крюи в его романе «Борьба с безумием». Он пишет о своем главном герое «В 1950 году Фергюсон сам сидел под замком в психиатрической больнице, и казалось, что его песенка уже спета. Но затем – и я по сей день затрудняюсь объяснить

происшедшее с точки зрения формальной медицины... он выздоровел. Он вышел оттуда не то чтобы абсолютно нормальным, а каким-то обновленным: он стал бесстрашен, настойчив, хладнокровен – таким он раньше никогда не был. Испытав на самом себе все «прелести» жизни психически больного, он ринулся на борьбу с безумием у других»²⁶. Вероятно к этой же метафоре следует относить всех естествоиспытателей, которые проводили иногда чрезвычайно опасные эксперименты на себе. Среди них особенно выделяется Jan Evangelista Purkyně который экспериментировал со слабительными ревенем, манна, различные соли, александрийский лист, корни ялапы, с рвотными средствами, алкоголем и эфиром, опиумом, камфарой в том числе в смеси со спиртом, при которой он описал экстатическое состояние, с каломелью, эметинном, мускатным орехом, наперстянкой, красавкой, длительным употреблением соленой воды и даже продолжительным питанием сырыми яйцами²⁷. Многие эксперименты Purkyně J. E., вероятно, были связаны с его моральной и религиозной ориентацией, поскольку он в детстве и юношестве был членом монашеского ордена пиаристов и имел классическое, свойственное для этого ордена образование. Возможно, именно измененные состояния сознания позволили Purkyně J. E. задолго до Freud S. и Yung K. G. предположить связь индивидуального и коллективного бессознательного на основании символики сновидений²⁸. Здесь также следует указать на опыт самого Freud S. в связи с употреблением кокаина, самоописания И. М. Сеченова по употреблению алкоголя, а также эксперименты с молочнокислыми диетами И. И. Мечникова.

Другие примеры, например образ доктора Андрея Ефимовича Рагина из Палаты № 6²⁹, свидетельствуют об особом негативном «обаянии» клиники – пещеры в метафоре Платона, из которой врач не возвращается. При этом, во время первого контакта со своим пациентом «Доктор Андрей Ефимыч, о котором речь впереди, прописал холодные примочки на голову и лавровишневые капли, грустно покачал головой и ушел, сказав хозяйке, что уж больше он не придет, потому что не следует мешать людям сходиться с ума». Первоначальное его мировоззрение не чуждое стоицизма, о котором пишет А. П. Чехов «Да и к чему мешать людям умирать, если смерть есть нормальный и законный конец каждого? Что из того, если какой-нибудь торгаш или чиновник проживет лишних пять, десять лет? Если же видеть цель медицины в том, что лекарства облегчают страдания, то невольно напрашивается вопрос: зачем их облегчать? Во-первых, говорят, что страдания ведут человека к совершенству, и, во-вторых, если человечество в самом деле научится облегчать свои страдания пилюлями и каплями, то оно совершенно забросит религию и философию, в которых до сих пор находило не только защиту от всяких бед, но даже счастье. Пушкин перед смертью испытывал страшные мучения, бедняжка Гейне несколько лет лежал в параличе; почему же не поболеть какому-нибудь Андрею Ефимычу или Матрене Савишне, жизнь которых бессодержательна и была бы совершенно пуста и похожа на жизнь амебы, если бы не страдания?». В результате сократических диалогов со своим пациентом и опыта собственного унижения и страдания, Рагин совершенно меняется. Он обречен на смерть и страдания, но только потому, что ранее опыта страдания у него самого не было.

Серии исследований, связанных с так называемым Rosenman experiment, показали, что психиатры часто не в состоянии отделить симуляцию и истинный психоз и при получении ложной диагностической информации больше ей доверяют, чем анализируемой клинической картине, поскольку они не видят и не знают клинику «изнутри»³⁰. Помочь в этом им может не только саморефлексия, но и скрытое наблюдение состояния клиники добровольцами, проникающими в клинику под видом психически больных. В этом и состоит будущее продолжение Rosenman experiment.

Миф о пещере может иметь по отношению к психиатрии и иную интерпретацию. Вышедшим из пещеры можно считать не психиатра, который пребывает в ней вместе со всем здоровым обществом, но самого пациента. В этом смысле – психоз и есть путь истинного познания мира идей. Возвращаясь из него с пережитым опытом постпсихотик пытается привести в этот мир и все непосвященное общество. В этой связи понятно творчество некоторых гениев, переживших эпизоды галлюцинирования, бреда, онейроиды и делирии. Но, вероятно также можно понимать и самоописания В. Х. Кандинского, который во многих местах своего произведения указывает на особую и специфическую реальность псевдогаллюцинаций³¹.

Частичное, а затем и полное разочарование в метафизике ученика Платона Аристотеля привело к торжеству натурализма, систематизации и логики. Для него метафизика, хотя этот термин он не употреблял, поскольку он возник позже, – чистая теория, первая философия и синоним теологии, но она должна вырасти из практической и продуктивной науки. Она есть познание первопричин, знание о Боге, о неких универсальных законах, знание о субстанции и бытии. Все существующее по Аристотелю предполагает несколько значений бытия и того

что есть: это собственно субстанция, ее качество и количество, соотношение субстанций, их действие друг на друга, время, обладание свойствами, отсутствие движения и покой, но к значениям относится то, что затем превратилось в психологическую категорию страдания. Это удивительное вложение страдания имеет последствия, поскольку все значения связаны. Страдание, упрощенно, есть искажение субстанции, которое приводит в конкретное время к искажению соотношений субстанций, лишает их типичных свойств³⁶. Не трудно усмотреть в данной цепи то, что затем мы стали называть этиологией и патогенезом расстройства.

Теология и «первая философия» выясняют причины формальные, воплощенные в материальном мире, действующие и завершающие в которых и есть главный смысл. Эти идеи через много лет приводят нас к космологии и эволюционной теории, которые совсем не отрицают Божественный промысел, но лишь пытаются его прояснить. Библейские понятия «дней» лишь указывают на время вообще, которое может быть иным по сравнению с нашим календарным днем. Если Платон считал, что идеи существуют отдельно от реального мира и могут пониматься многозначно, то Аристотель считает, что все формы, действия есть результат прямого воплощений идей. Таким образом, понимание идей у Платона приводит к кругам интерпретации, то есть герменевтике, при этом идея, в принципе, хотя и понимаема множественно, все же недостижима. У Аристотеля к пониманию идей приводит естественно-научный метод и путь познания природных форм. Время у него является результатом воплощения души и потому без нее невозможно представить течение жизни. В трактате о Душе Аристотель выделяет душу вегетативную, душу чувственную, душу рациональную³². Это разделение восходит к Платону, но позже Гален уже связывает рациональную душу с мозгом, вегетативную с печенью и органами ЖКТ, а чувственную с сердцем³³. Легко заметить, что подобная связь улавливается, прежде всего, в соматических переживаниях депрессии. Теперь мы бы сказали, что герменевтический подход Платона ближе гуманитарным наукам, а Аристотеля – естественным. Психиатрия преимущественно идет по второму пути, а первый путь вообще, к сожалению, не признается научным, то есть доказательным. Ведь в нем предполагается искусство, философия множественности, которые не дают и не могут дать однозначного ответа.

У Аристотеля, как и у Гиппократов, форма (или болезнь) разворачивается по неким логическим причинным законам, которые отчетливы в биомедицинской практике, но сомнительны по отношению к психическому содержанию³⁶. Платоновские универсалии вероятно более применимы к классификации, но в этом случае их следует найти, поскольку они должны соединять в некое единство симптомы психических расстройств с соматикой, конституцией, темпераментом, наследственностью и факторами внешней среды³⁵. А однозначно их найти не удастся, если о них не размышлять.

Платоновские школы полагали, что патология является своеобразной онтологией, судьбой, гиппократическое направление настаивало на конкретных причинах болезни. Но если Гиппократовский взгляд подходит к оценке инфекционной болезни, то Платоновский соответствует психической патологии. Успехи естественных наук фактически заставили пойти психиатрию по пути гиппократовской логики. В связи с этим врач лечит психическое расстройство «как бы зная» его причины и динамику. Это «как бы», на самом деле приводит к особой тупиковой общей теории (эпистемологии) психиатрии и соответственно тупиковой эпистеме (системе взглядов), которая связана с прагматизмом, натурализмом, рационализмом. Психические расстройств суть материальные процессы, возникающие в результате дисфункции, повреждения, и они должны лечиться средствами материального мира. В этой эпистеме нет понятия сострадания, понимания, жалости, но есть лишь стремление к законной упорядоченности и правила этики Гиппократов, запечатленные в его известной клятве.

Согласно платоновской эпистемологии универсалии души существуют имманентно и поэтому то, что мы называем функциональной психической патологией неотделимо от собственно души. Эта идеалистическая теория уже предполагает возможность разнообразия, чувства и сопереживание. Платон открыл мир сверхчувственного бытия, метафизическое измерение, который может быть умопостижим, хотя и невидим, в отличие от феноменального видимого мира. Идея, эйдос отделяется от реальности (физиса). Мир идей Платона это система эстетических, моральных ценностей, тел, математических и геометрических формул и фигур. Различия в постижении человека в зависимости от платоновской и гиппократической традиции прослеживаются уже при сборе анамнеза, который для Платона, в связи с идеей бессмертия души и ее неоднократным перерождением (метемпсихоз) есть извлечение истины из собственного мира и мира многократных переселений. Это и есть собственно воспоминания. Следовательно, реальный и вымышленный анамнез есть лишь две стороны одного воспоминания, а значит он всегда субъективен в той же мере, как и объективен (Платон:

Менон). Гиппократический подход предполагает, что анамнез есть воспоминание о фактическом и документированном прошлом. Бытие в психозе, примером которого для Гиппократа является эпилепсия, не связано с «божественностью» болезни. А согласно теории метемпсихоза и вечности души у Платона психоз выступает как наказание за неверное восприятие духовного, которое затем воплотилось в понятие греха, как перемещение испорченной и извращенной страстями души в несправедливое тело (Платон: Менон, Федон, Федр, Государство).

Если лечение в гиппократовском стиле есть очищение и изменение баланса жидкостей, то в платоновском – воспитание и диалог, который очищает душу. Система совершенствования души способствует ее очищению и этому способствует самоуглубление. Эту способность к самоочищению души Аристотель называет дианоэтической добродетелью.

Путь философии медицины Аристотеля и Гиппократа, в котором есть признаки аномалии, реальные и объективные причины болезни, ее динамика, связь с окружающей средой, физикальность обследования привел нас в XVIII веке к естественной классификации болезней по биологической биномиальной номенклатуре С. Linnaeus³⁶, который, кстати, начинал свою карьеру как врач. В Линнеевской классификации есть род и вид. В дальнейшем рода стали объединять в отряды и классы, а в видах выделять подвиды. Соответственно в медицинской классификации род – болезнь, вид (*nomina trivialia*) – ее вариации. В психиатрической терминологии, например: класс

– психозы, отряд – эндогенные, род – шизофрения, вид – параноидная, подвид – эпилептическое течение с обострениями.

Однако есть серьезные сомнения, что естественная система по типу Линнеевской, связанная с традицией Аристотеля, вообще уместна в психиатрии³⁵. По формальным признакам так можно классифицировать лишь органические расстройства, ведь главным признаком классификации является устойчивость признака. Как можно отнести к конкретной рубрикации фобический невроз, который сменился эндогенной монополярной депрессией? Как классифицировать манию, которая привела к зависимости от гашиша и депрессию, которую кокаин успешно купирует в течение многих лет? Таких вопросов у практической психиатрии множество и добавление к классификации личностных измерений и шкалы социальной успешности ничто не прибавляет, но, напротив, ставит в тупик.

Если исходить из биологической номенклатуры, то *Betula acuminata* (Береза заостренная) может быть дополнена в зависимости от силы ветра *tremula* (дрожащая), а с учетом того, кому она посвящена – *in honorem principis magnus X.* (в честь конкретного первооткрывателя). Системы смены диагнозов в психиатрии это лишь результат смены точек зрения, если конечно не говорить о патологоанатомическом диагнозе. Но ведь именно психиатрический диагноз – источник критики, клейма и социальной стигмы.

Однако, возможен ли иной путь? Неужели исходя из традиций Платона может быть построен какой либо диагноз, если речь идет о духовном процессе? Попробуем вернуться к случаю Z изложенному в первой лекции в предыдущем номере нашего журнала.

Эпистема	Диагноз	Терапия
Гиппократическая	Тяжелый депрессивный эпизод	Антидепрессанты, нейролептики, строгая изоляция
Платоновская	Духовные проблемы связанные с любовью	Воспитание чувств и морали, духовный рост, формирование высшего объекта любви

На самом деле, первая эпистема вполне может быть дополнена второй, а вторая первой, но в современной психиатрии безраздельно доминирует первая, поскольку вторая эпистема уже экономически невыгодна.

Другие философские школы античности, в частности киники, эпикурейцы, стоики и эклектики формировали не только свое мировидение, но и настаивали на его воплощении в морали, стиле поведения.

Свобода слова и свобода действия, доведенная кинической школы философии до абсурда, показали, что аномальность поведения может быть обусловлена не болезнью, но особым восприятием своего индивидуального и неповторимого бытия. Самодостаточность, апатия, отказ от наслаждений, бедность и невежество, асоциальность, сведение сущности человека к животному началу с немедленным удовлетворением желаний как своеобразные идеалы кинизма стали социально санкционированными и затем в истории прослеживаются не

только в психопатологии, но и как устойчивые культуральные феномены – от раблезианского средневековья вплоть до современных молодежных движений в стиле панк-культуры.

Эпикур и эпикурейская школа стали утверждать, что ощущения всегда объективны и истинны. Атомы вещей воспроизводятся нашими чувствами точно и адекватно. Такое воспроизведение названо *simulacra*³⁷. Таким образом, первичное представление об истинности образа вещей (*simulacra*) превратилось в постмодернизме в нечто противоположное, стало пониматься как «копия», не имеющая оригинала в реальности, как подделка³⁸. Ощущения регистрируют эти образы, как они есть, а также те, которые ошибочно называются иллюзиями, которые столь же объективны, как и образы. Так же объективно и физически обусловлено рассуждение и мнение, хотя оно может быть как истинным, так и ложным. Все, что кажется неверным, обусловлено «отклонением» (деклинация) атомов от естественного порядка, но оно также объективно. Соматическое удовольствие является высшим благом, а всякая телесная проблема приводит к духовным страданиям. Истинное удовольствие, по Эпикуру, это отсутствие телесного страдания – апония (*aponia*), или невозмутимость души – атараксия (*ataraxia*). «Когда мы говорим, что благо – наслаждение, то это не указание на обжор и лентяев, ветреников и прощелыг, которые игнорируют или не понимают нашего учения. Мы говорим и указываем на отсутствие телесного страдания, беспокойства. Это не непрерывные празднества, не томления молодых дев, не все то, чем изобильный стол нас искушает, но трезвое обсуждение, доискивающееся последних причин каждого акта выбора или отказа, которое разоблачает все фальшивые мнения, от коих все душевные тревожения исходят» (с. 130)⁴³. Отсутствие размышления о причинах страданий и есть путь к душевной болезни, которая есть заблуждение разума, физическая же болезнь, будучи легкой вполне терпима и переносима, острая боль – преходяща, а самая острая прерывается анестезией смерти. Болезнь предотвращается религией наслаждения жизнью, справедливостью и разумом, однако воображаемые и болезненные образы могут быть результатом восприятия, которое просто неподвластно большинству.

Эпикуреец Тит Лукреций Кар в тракте «О природе вещей» определяет воображаемые и фактически галлюцинаторные образы как построенные из комбинаций реальных внешних «тонких» атомных структур:

«Призраки разных вещей, говорю я, во-первых, витают
многообразным путём, разлетаясь во всех направлениях,
Тонкие; так же легко они в воздухе, встретясь друг с другом,
Сходятся вместе, как нить паутины иль золота блески.
Дело ведь в том, что их ткань по строению значительно тоньше
Образов, бьющих в глаза и у нас вызывающих зренье,
Ибо, нам в тело они, проникая чрез поры, тревожат
Тонкую сущность души и приводят в движение чувство.
Так появляются нам и Кентавры и всякие Скиллы,
С Кербером схожие псы, и воочию призраки видны
Тех, кого смерть унесла и чьи кости землёю объаты:
Всякого вида везде и повсюду ведь призраки мчатся,
Частью сами собой, возникая в пространстве воздушном,
Частью от разных вещей отделяясь и прочь отлетая
И получаясь из образов их, сочетавшихся вместе»³⁹.

Так мир иллюзий и галлюцинаций реально существует, но на некоем ином уровне, в ином пространстве и присутствует повсюду, лишь улавливаясь наиболее чувствительными людьми в связи со слабостью или инаковостью их разума.

Тем не менее, совершенной противоположностью эпикурейства стал стоицизм. Стоики объединяют душу и тело, считая их одним и тем же. Телесно всякое страдание и всякое душевное страдание отражается в теле. Все содержит как материальный, так и неразделимый с ним духовный элементы. Судьба предначертана Логосом, в котором соединены душа и тело, но цель жизни состоит в достижении счастья как гармонии пребывания в единстве с природой и отвержении зла, но культивировании добродетели. Душевная болезнь является малоценной или нейтральной и должна быть отвергнута путем усиления ценности добра. Аномальная страсть должна быть разрушена философией и размышлением о добре. Но и любая страсть не должна быть допущена, для этого нам необходима «апатия» (*ἀπάθεια*), то есть бесстрастие, невозмутимость. Счастье это и есть апатия, и в идеале, в дальнейшем должна следовать анестезия (*ἀναίσθησία* – *безчувствие*). В современной психиатрии апатия уже не высшая добродетель, но патологической безучастность и отрешенность. В отличие

от эпикурейца с его энтузиазмом и радостью жизни, стоик погружен в аскезу холодного Логоса (Платон: Менон). У скептиков во многом поддерживающих позиции стоиков возникает термин «феномен» для обозначения видимости вещей, которая не совпадает с божественным благом⁴⁰. Скептик в связи с этим обстоятельством отказывается от прямого суждения и пребывает в молчании, которое именуется *aphasia* и погружается в невозмутимый покой *ataraxia*⁴¹. Таким образом, афазия, атараксия, апатия, анестезия суть признаки, которые могут указать в равной степени на медитативное состояние и философско-религиозное погружение, кататонию, гипнотическое состояние. Понятно, почему во многих культурах Востока, философия которых имела тесные связи с античной философией со времен Пифагора и орфиков, эти признаки не считались патологическими. В дальнейшем «феномен» превратился вдруг в столп психопатологии благодаря последующим философским обоснованиям.

Эклектики (*εκλέυω* – «избираю») все же считают, что истина существует объективно и она, может быть, существует в каждой философской школе, хотя и выражается по-разному, то есть в каждом отдельном случае, а также в видениях и сне вероятно либо одна истина, либо иная⁴². Это очень точно соответствует современному состоянию психиатрической науки, когда мы пытаемся обнаружить связь между генами и биохимическими процессами с морфологией мозга, нейропсихологией и, наконец, клиникой. Однако каждый из этих уровней пользуется разными методами для своего обоснования и выражен разным научным «языком». Рассуждая эклектично, мы вынуждены говорить о вероятностных, но не однозначных связях данных уровней.

Медицина и прикладная наука вообще, развивалась в античное время параллельно, но всегда вместе с философией. Они сосредотачивались на частных проблемах, а философия сохраняла созерцательный и теоретический характер близкий к религиозному миропониманию. Лечение души для античной философии в целом есть путь размышлений о высшем смысле, лишении или отстранении страданий и получении удовольствия от жизни. По сути эти же задачи стоят и перед современной психиатрией.

Литература

1. Pythagoras and the Pythagoreans. Fragments and Commentary. The First Philosophers of Greece. London: K. Paul, Trench, Trubner, 1898 Hanover Historical Texts Project Scanned and proofread by A. Gulyas, May 1998. Proofread and pages added by J. Perry, March 2001
2. Гегель Г.В.Ф. **Феноменология духа**. СПб, Наука, 1992
3. Assman J. **Канон- к прояснению понятия. В кн: Культурная память: Письмо, память о прошлом и политическая идентичность в высоких культурах древности**. М.: Языки славянской культуры, 2004, с. 111–138.
4. Плутарх. *Сравнительные жизнеописания. Солон*. Пер. С. И. Соболевского. М.: Наука, 1994, т. 1, с. 92–114.
5. Архилох. Лирика. Хрестоматия по античной литературе. В 2 томах. Том 1. Греческая литература. М., Просвещение, 1965
6. Гомер. Илиада. Одиссея. М. Искусство, 1998
7. Гесиод. Работы и дни. Теогония. В кн: «Эллинские поэты» серии «Библиотека античной литературы», М., 1963
8. *Аполлодор*. Мифологическая библиотека. М.: Эксмо, 2006
9. Книга Орфея. М.: Сфера, 2001
10. Фрагменты Гераклита. http://philosophy.ru/library/antiq/geraklit/ger_othe.html
11. Парменид. В кн: Эллинские поэты VIII – III вв. до н. э., М., Ладомир, 1999.
12. Лосев А.Ф. *История античной эстетики. Т. 5: Ранний эллинизм*. М.: Искусство, 1979.
13. Диоген Аполлонийский цит. по Reale G. Antiseri IL **Западная философия от истоков** до наших дней. I. Античность. ТОО ТК Петрополис, 1997.
14. Berrios G. The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge Univ.Press, 1996
15. Protagora di Abdera. Aletheia e kataballontes. In: Volpi, F. Dizionario delle opere filosofiche, Milan; Paravia-Bruno Mondadori, 2000, p.871–874.
16. Reale G. Antiseri IL **Западная философия от истоков** до наших дней. I т. Античность. ТОО ТК Петрополис, 1997.
17. *Платон*. Собрание сочинений. В 4 т. (Под общ. ред. А.Ф. Лосева, В.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи.) М.: Мысль. 1990–1994
18. Авдеев Д. А. Очерки православной психотерапии. Москва, 2007
19. *Гиппократ*. Сочинения. т. 2–3, М., 1941–44.
20. Tangney CC, Kwasny MJ, Li H, Wilson RS, Evans DA, Morris MC. Adherence to a Mediterranean-type dietary pattern and cognitive decline in a community population. *Am J Clin Nutr.* 2011, 93 (3), p.601–607.
21. <http://www.aphorism.ru/author/a16.shtml>

22. Drizis T.J. Medical ethics in a writing of Galen. Acta Med Hist Adriat 2008, 6 (2): 333–336
23. Psychiatrists Dominate «Doctor-Dollars». Database Listing Big Pharma Payments. Database Listing Big Pharma Payments.mht
24. Мамардашвили М. Как я понимаю философию. М., Прогресс, 1992
25. Scull A. The Insanity of Place/The Place of Insanity: Essays in the History of Psychiatry. London and New York: Routledge, 2006.
26. **Поль, Де Крюи.** Борьба с безумием. М., Иностран.лит-ра, 1960.
27. Глязер Г. **Драматическая медицина. Опыт врача на себе.** М., Молодая гвардия, 1965
28. Purkyně J.E. O spánku, snech a stavech příbuzných z roku.Praha, 1857
29. Чехов А.П. Палата № 6 **Художественная литература, М., 1968.**
30. Rosenhan D.L. On being sane in insane places. Science (New York, N.Y.) 1973, 179 (70): 250–25831. В.Х. Кандинский О псевдогаллюцинациях. Содружество,2001
32. Аристотель. Соч. в 4-х томах. Т. 1, с. 371–448 М.: “Мысль”, 1976
33. *Гален Клавдий.* О назначении частей человеческого тела. М.: Медицина. 1971.
34. Аристотель.Сочинения в 4-х томах. М.: Мысль, 1976
35. Cooper R. Psychiatry and philosophy of science. Acumen, 2007
- 36.. Systema naturæ sive regna tria naturæ systematice proposita per classes, ordines, genera, & species. Lugduni Batavorum [Leyden]: apud Theodorum Naak. 1735.
37. Epicure. Opere, a cura di G. Arrighetti (con testo a fronte), Einaudi, Torino 1973
38. J. Baudrillard Simulacra and Simulation. University of Michigan Press 1996
39. Тит Лукреций Кар [http://www.nsu.ru/classics/bibliotheca/lucretius.htm#Строение души и духа.](http://www.nsu.ru/classics/bibliotheca/lucretius.htm#Строение_души_и_духа)
40. *Аристотель.* Физика. Книга 6. В кн: Философы Греции. Основы основ: логика, физика, этика. ЭКСМО-Пресс; Харьков 1999
- 41 Bett R., Pyrrho, his antecedents, and his legacy. Oxford: Oxford University Press, 2000.
42. *Диоген Лаэртский.* О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов. М., Мысль, 1979.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ПРЕПАРАТАМИ МЕМА ТА АЛЬМЕР У ХВОРИХ З КОГНІТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ В ПЕРІОД ПОСТІНСУЛЬТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

*О.П. Бреус-Яворська., І.Г. Голуб-Яворська.,
О.П. Яворський, В.В. Кичай-Яворська*

Смілянська міська лікарня, Смілянська міська поліклініка, Смілянська ЦРЛ,
Смілянська міська поліклініка

Проблема когнітивних розладів у пацієнтів, що перенесли мозковий інсульт, є актуальною, так як статистично кількість хворих з когнітивними порушеннями в постінсультний період зростає щорічно. Ця проблема є не тільки медичною, а й соціальною, тому що когнітивні розлади не менше погіршують якість життя хворих, а й призводять до економічних витрат внаслідок необхідності постійного нагляду та медичного спостереження за даними хворими.

Лікування таких хворих має два основні напрямки: попередження виникнення церебро-васкулярних ускладнень зі зниженням прогресування церебро-васкулярної хвороби та зменшення когнітивного дефіциту. До першої групи відносять дію на фактори ризику – артеріальну гіпертензію, гіперліпемію, кардіальну патологію, куріння, цукровий діабет. До другої – використання інгібіторів ацетихолінестерази і мемантину.

Відомо, що кожна із когнітивних функцій порушується в результаті пошкодження кори, підкоркових структур, стовбура мозку, що супроводжується нейрохімічним дефіцитом. П.В. Волошин і співавтори провідну роль у формуванні когнітивного дефіциту при судинних ураженнях головного мозку надають ураженню білої речовини головного мозку та базальних гангліїв, що призводить до порушення зв'язку лобних часток головного мозку та підкоркових структур. І.А. Марценковський вказує на таку нейроанатомічну зміну, як атрофію гіпокампу, насамперед лівого, та однобічне порушення церебральної нейротрансмісії норадреналіну,

Психіатрія і психофармакотерапія

серотоніну, ацетилхоліну, ГАМК та глутамату. Саме збуджуючим нейроамінокислотам відводиться велика роль в загибелі нейронів. У літературі інформація з приводу наявності нейроамінокислот при мозкових ішеміях повна протиріч. Одні автори вважають, що вирішальну роль у формуванні когнітивного дефіциту відіграє зниження рівня глутамату та одночасне підвищення ГАМК. Інші вказують на зниження рівня глутамінової кислоти та гліцину. Ще ряд авторів доводить в ході проведених досліджень, що у хворих з порушенням мозкового кровообігу несприятливим чинником розвитку когнітивних розладів є підвищення аспарагіну та різке зниження глутамату. Глутаматергічна трансляція є основною для нормального функціонування головного мозку та утворення довготривалої пам'яті, тому її порушення призводить до розвитку когнітивного дефіциту. В результаті серії проведених досліджень виявлений дисбаланс між амінокислотами в бік збільшення збуджуючих (глутамінова, аспарагінова) та зменшення гальмівних (гліцин, таурин, пролін) у хворих з ПМК. Гіперактивація глутаматергічної системи сприяє в свою чергу послабленню холінергічної трансляції, тому ацетилхолінергічний дефіцит призводить до виникнення когнітивних порушень, тому роль системи ацетилхоліна на сьогодні є домінуючою в формуванні когнітивного дефіциту. Для активації холінергічних процесів в мозку застосовуються інгібітори ацетилхолін естерази (іАХЕ). На зміну неселективним іАХЕ прийшли менш токсичні селективні (донепезил – Альмер). Другий препарат вибору в терапії когнітивних порушень – мемантин – в нашому дослідженні представлений препаратом Мема.

Метою дослідження було вивчення впливу препаратів Альмер (донепезил) та Мема (мемантин) на покращення когнітивних функцій у постінсультних хворих. Ефект оцінювали за допомогою психометричних тестів – зокрема ми користувалися шкалою MMSE – модифіковане міні-дослідження ментального стану (Modified Mini Mental State Examination).

В дослідженні взяли участь 18 пацієнтів з когнітивними розладами судинного генезу віком від 54 до 81 років. Судинний генез патології був підтверджений методами нейровізуалізації (КТ, МРТ, РЕГ) у 77 %, що було зумовлене фінансовими обставинами. Наше дослідження передбачало лише психометричне спостереження за пацієнтами і проводилося протягом 1 місяця.

Препарат Мема призначали в дозі 10 мг перорально 1 раз на добу, Альмер – в дозі 5 мг 1 раз на добу. Тестування пацієнтів проводилось на початку дослідження та через 1 місяць після прийому препаратів.

Результати обстежень представлені в таблиці:

	Норма	1-й день прийому	Через 1 місяць
Орієнтація	10	7,0	7,7
Реєстрація	3	2,3	2,8
Увага та рахування	5	1,8	2,0
Пам'ять	3	1,6	1,8
Мова	9	5,3	6,1
Загальний бал	30	18,0	20,4

Слід відмітити, що несприятливих ефектів не спостерігалось. Згідно результатів шкали, домінували зниження концентрації уваги і розладів пам'яті в структурі загального когнітивного дефіциту.

Психометричні дані представлені усередненими показниками. У більшості хворих на тлі лікування відбувалось поліпшення стану, у 2-ох хворих (11,1 %) покращення значно перевищило середні величини, у 1-го хворого (5,5 %) – ефект фактично був відсутній. В нашому випадку поясненням відсутності ефекту є вік даного хворого (81 рік) та наявність в анамнезі 2-ох інсультів.

Згідно даних медичної літератури частота когнітивних розладів сягає після 65 років до 15 %, а після 80 років – до 50 %. Тобто ці дані пояснюють отримані нами результати.

Отже, незважаючи на вік досліджених нами пацієнтів, можна зробити висновок, що препарати Мема та Альмер мають позитивний вплив на відновлення втрачених когнітивних функцій і їх слід застосовувати в комплексному лікуванні хворих з когнітивними розладами в період постінсультної реабілітації.

Список літератури:

1. Зозуля І.С., Боброва В.І., Мяснікова Н.П., Сич Н.С. Стан нейроамінокислот у хворих у гострому періоді інфаркту мозку з когнітивними порушеннями (Міжнародний неврологічний журнал № 7 (37) 2010 р.с. 35–38).

2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Глутаматная нейротрансмисия и метаболизм кальция в норме при ишемии головного мозга (Успехи физиологических наук – 2002 г.Т. 33 № 4 с. 80–93).
3. І.А. Марценківський. Набута когнітивна недостатність. Порушення трансмісії глутамату та можливості її корекції (Науково-практична конференція «Карпатські читання», Ужгород 2008 р.с. 25).
4. П.В. Волошин, Т.С. Міщенко, О.В. Дмитрієва. Судинна деменція. Мистецтво лікування № 5 (011), травень 2004 р., с. 36–39.

УДК:616.89–616.85

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭПИРАМАТ

И. В. Ганзин

Крымский индустриально-педагогический университет

В статье обобщён опыт клинического применения препарата Эпирамат. Представлены особенности терапевтической эффективности препарата в широком спектре психических расстройств.

Ключевые слова: Эпирамат, психические расстройства, терапия.

Противопароксизмальные свойства препарата Эпирамат хорошо известны и нашли своё отражения в ряде публикаций [1–7].

Фармакологическое действие

Противоэпилептический препарат. Относится к классу сульфат-замещенных моносахаридов. Противоэпилептическая активность препарата обусловлена рядом его свойств. Топирамат уменьшает частоту возникновения потенциалов действия, характерных для нейрона в состоянии стойкой деполяризации, что свидетельствует о зависимости блокирующего действия препарата на натриевые каналы от состояния нейрона. Топирамат потенцирует активность GABA в отношении некоторых подтипов GABA-рецепторов (в том числе GABA_A-рецепторов), а также модулирует активность самих GABA_A-рецепторов, препятствует активации каинатом чувствительности каинат/AMПК-рецепторов к глутамату, не влияет на активность N-метил-D-аспартата в отношении NMDA-рецепторов. Эти эффекты препарата являются дозозависимыми при концентрации топирамата в плазме от 1 мкМ до 200 мкМ, с минимальной активностью в пределах от 1 мкМ до 10 мкМ. Кроме того, топирамат угнетает активность некоторых изоферментов карбоангидразы, однако этот эффект у топирамата более слабый, чем у ацетазоламида и, по-видимому, не является главным в противоэпилептической активности топирамата.

Фармакокинетика

Всасывание

После приема препарата внутрь топирамат быстро и эффективно абсорбируется из ЖКТ. Биодоступность, рассчитанная на основе выхода радиоактивной метки после приема 100 мг 14С-топирамата, составила 81 %. Прием пищи не оказывает клинически значимого действия на биодоступность препарата.

Распределение

Связывание с белками плазмы составляет 13–17 %. После однократного приема внутрь в дозе до 1200 мг средний Vd составляет 0.55–0.8 л/кг. Величина Vd зависит от пола. У женщин значения составляют примерно 50 % от величин, наблюдаемых у мужчин, что связывают с более высоким содержанием жировой ткани в организме женщин. После однократного приема препарата внутрь фармакокинетика топирамата носит линейный характер, плазменный клиренс остается постоянным и составляет 20–30 мл/мин, а AUC в диапазоне доз от 100 мг до 400 мг возрастает пропорционально дозе. У пациентов с нормальной функцией почек для достижения равновесного состояния может потребоваться от 4 до 8 дней.

Метаболизм

Около 20 % топирамата биотрансформируется с образованием 6 метаболитов, 2 из которых в основном сохраняют структуру топирамата и либо не обладают противосудорожной активностью, либо проявляют её в минимальной степени.

Выведение

Топирамат и его метаболиты выводятся преимущественно с мочой. После многократного приема препарата по 50 и 100 мг 2 раза/сут средний T_{1/2} составил 21 ч.

Фармакокинетика в особых клинических случаях

У пациентов с нарушениями функции почек (КК ≤ 60 мл/мин) почечный и плазменный клиренс топирамата снижается. Время достижения равновесного состояния у пациентов с умеренными или выраженными нарушениями функции почек составляет от 10 до 15 дней. У пациентов с умеренно и сильно выраженными нарушениями функции печени плазменный клиренс снижается. У лиц пожилого возраста плазменный клиренс не изменяется.

Показания

парциальные или генерализованные тонико-клонические припадки у взрослых и детей старше 2 лет (в качестве монотерапии или в комбинации с другими противосудорожными средствами);

припадки, связанные с синдромом Леннокса-Гасто, у взрослых и детей старше 2 лет (в качестве средства дополнительной терапии).

Форма выпуска: таблетки по 25 мг, 50 мг, 100 мг.

Целью настоящего исследования являлось изучение терапевтических свойств препарата Эпирамат в широком спектре диагностических категорий актуальных в повседневной клинической практике психиатра.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось нами с 10.2008 года по 3.2011. В исследовании принимало участие 105 больных. Все пациенты принимали Эпирамат в составе комплексной психофармакотерапии в дозах от 50 мг до 300 мг, в зависимости от клинической группы, 2–3 раза в сутки, на протяжении от 2 месяцев до 2 лет. На протяжении первого месяца все больные осматривались еженедельно, в последующем – дважды в месяц. Редукция болезненной симптоматики оценивалась посредством клинико-психопатологического и клинико-феноменологического методов, объективизировалась посредством соответствующих клинических опросников и шкал (шкала Монтгомери-Асберг для оценки тяжести депрессии, шкала Янга для маний, шкала Гамильтона для оценки тревоги, шкалы CGI-S и CGI-I – для оценки динамики тяжести болезненных расстройств). Клинические характеристики больных, принимавших участие в исследованиях, представлены в Таблице. Результаты терапии сопоставлялись с контрольной группой, представляющей сходные диагностические рубрики, с сопоставимым количеством больных, клиническими особенностями расстройства, его течением и длительностью. Больные контрольной группы получали сопоставимую с исследуемой терапию, за исключением препарата Эпирамат.

Результаты исследований.

I. У всех пациентов с аффективной патологией, получавших Эпирамат, на 5–10 день терапии отмечались нарастающий анксиолитический эффект, редукция аффективной неустойчивости, уменьшение эмоциональной лабильности, улучшение сна. На третьей неделе терапии указанные эффекты достигали максимума и дополнялись вегетостабилизирующими проявлениями, нормализацией двигательной активности и редукцией тоски. Время достижения состояния интермиссии сопоставимо с другими нормотимиками.

Следует выделить два момента. Первый – в указанной группе Эпирамат принимался в высоких дозах и всеми пациентами переносился довольно хорошо. Побочные эффекты (седация, заторможенность, сонливость, тяжесть в голове, мышечная слабость) редуцировались к концу второй недели терапии. Пациенты хорошо адаптировались к препарату и практически не реагировали на ступенчатое повышение суточной дозы, которое распределялась на 2–3 приёма, с максимумом (≥50 %) на вечерние и ночные часы. Второй – в результате терапии Эпираматом, в трёх из пяти случаев удалось преодолеть терапевтическую резистентность и впервые получить интермиссию при биполярном расстройстве

и качественной ремиссии в случаях резистентных хронических депрессивных состояний (длительность расстройств: 2–5 лет, 3 г. 7 месяцев, и 6,5 лет, соответственно). В 14 случаях Эпирамат назначался в качестве стабилизатора интермиссии и продемонстрировал высокую эффективность как при биполярных (монотерапия), так и в комплексе с антидепрессантом – при рекуррентной депрессии (период наблюдения – от 4 до 16 месяцев).

Следует обратить особое внимание на один весьма интересный и перспективный в терапевтическом плане эффект Эпирамата – снижение аппетита и некоторое снижение массы тела. Снижение аппетита отмечалось нами в 57,7 % больных. Оно нарастало с конца первой недели терапии с конца первой недели терапии, стабилизировалось на третьей неделе и редуцировалось, у большей части пациентов, к концу первого месяца (по мере значительного (до 40 %) регресса аффективной симптоматики). Снижение массы тела отмечалось у 42 % больных, причём, в трети случаев, оно происходило на фоне неизменённого аппетита. У всех этих пациентов до начала терапии отмечалось различной степени избыточная масса тела и поэтому подобный эффект препарата воспринимался весьма позитивно и способствовал улучшению комплайенса, являясь дополнительной мотивацией к терапии (особенно у женщин). Кроме того, многие из антидепрессантов и антипсихотиков, применяемых в современной клинической практике, обладают побочными эффектами в виде повышения аппетита и/или массы тела. Комбинация этих препаратов с Эпираматом позволит не только увеличить терапевтическую эффективность, но и нивелировать указанные побочные эффекты препаратов. Вышеперечисленные эффекты Эпирамата делают его перспективным в комплексной психофармакотерапии расстройств пищевого поведения различного генеза и, в первую очередь, при нервной булимии и ожирении.

II. Тревожно-фобические невротические и соматоформные расстройства сопровождаются интенсивной, в том числе приступообразной тревогой, пароксизмами вегетативной симптоматики, широким спектром аффективно обусловленных алгических проявлений и поэтому назначение в комплекс психофармакотерапии Эпирамата представляется нам патогенетически обоснованным. Уже на первой неделе приёма Эпирамата редуцируется генерализованная тревожность, уменьшается интенсивность и продолжительность панических атак, смягчаются соматоформные вегетативные проявления, уменьшается эмоциональная лабильность, улучшается сон. Указанные эффекты достигают максимума на второй неделе терапии и, при адекватно индивидуально подобранной дозировке, удерживаются на протяжении всего курса.

Анксиолитические вегетостабилизирующие противопароксизмальные и седативные свойства Эпирамата позволяют предложить его в качестве альтернативы бензодиазепиновым транквилизатором и, на наш взгляд, являются перспективными в плане рассмотрения вопроса о внесении препарата в клинические протоколы оказания специализированной помощи при указанных видах психических расстройств.

У всех пациентов препарат переносился хорошо. Побочные эффекты (вялость, сонливость) редуцировались к 7–10 дню терапии и не влияли на качества жизни пациентов.

В трёх случаях терапевтически резистентных тревожно фобических и одном соматоформном расстройстве благодаря применению Эпирамата удалось добиться качественной ремиссии на 8–10 неделе терапии.

Сопоставляя результаты терапии исследуемой группы с контрольной, можно отметить более ощутимую динамику регресса невротической симптоматики, в особенности на 2–3 неделях терапии, и более ранние достижения ремиссии (на 7–10 дней).

III. Группе органических непсихотических расстройств применение Эпирамата давало отчетливое снижение тревоги, уменьшение вегетосудистой симптоматики, в особенности пароксизмального характера. Указанные эффекты достигали максимальной выраженности на третьей неделе терапии и стабильно сохранялось на протяжении всего курса при неизменной дозе. Отчетливым эффектом являлось редукция цефалгий различного генеза. К концу первого месяца терапии у всех пациентов регистрировалось редукция эмоциональной лабильности, уменьшение психического компонента астении, существенное снижение метеочувствительности. В данной подгруппе нами применялись более низкие дозировки препарата (см. таблицу), что обеспечило хорошую переносимость при сохранении всех терапевтических эффектов.

Сопоставление результатов терапии с контрольной группой отчётливо демонстрирует более раннюю (на 5–7 дней) и отчётливую редукцию невротической симптоматики, более стабильное состояние ремиссии в плане резидуальной церебральной и вегетативной симптоматики.

Клинические характеристики исследуемых больных

Диагностическая группа	Кол-во больных	Мужчин и Женщин	Средний возраст лет	Длительность терапии, месяцев	Дозы ЭПИРАМАТА, мг
F3.Аффективные расстройства из них: гипомания биполярное рас-во первичная депрессия рекуррентная терапевтически резистентные	30 2 6 12 10 5	11/19 1/1 2/4 4/8 4/6 2/3	34,2 ±3,9	>6	200–300 – терапевт. 100–150 – поддерж.
F4.Невротические и сомато-формные расстройства из них: тревожно-фобические соматоформные терапевтически резистентные	35 20 15 6	13/22 7/13 6/9 3/3	31,5 ±2,7	2–6	50–150
F0.Органические непсихотические расстройства из них: тревожные депрессивные астенические	30 18 7 5	17/13 10/8 4/3 3/2	44,2 ±1,9	2–6	25–75
Токсические зависимости из них: алкогольная табачная	10 5 5	8/2 5/0 3/2	28,6 ±2,5	2–6	75–200 – терапевт. 50–150 – поддерж.
Итого	105	49/56			

IV. Использование Эпирамата в комплексной психофармакотерапии токсических зависимостей (алкогольной и табачной) выявило отчётливый эффект препарата в плане уменьшения выраженности синдрома зависимости, как физического, так и психического его компонентов. Начиная со второй недели терапии становятся отчётливыми эффекты редукции аффективной симптоматики, улучшение сна, стабилизация настроения, уменьшение вегетативное расстройств. Начиная с третьего месяца лечения осуществлялась монотерапия Эпираматом в поддерживающих дозировках. У 8 пациентов удалось добиться состояния ремиссии продолжительностью более 6 месяцев. Все пациенты переносили препарат хорошо.

ВЫВОДЫ

- 1.Препарат Эпирамат обладает клинически доказанным нормотимическим, противопароксизмальным, анксиолитическим, вегетостабилизирующим эффектами, характеризуется хорошей переносимостью.
- 2.Расширены области клинического применения Эпирамата, доказана его эффективность в комплексной психофармакотерапии тревожно-фобических невротических, соматоформных органических непсихотических расстройств, а также токсических зависимостей.
- 3.Выявлена перспективность использования Эпирамата для терапии расстройств пищевого поведения различного генеза, в том числе ятрогенного.

Литература

1. Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics, 10th. edition, 2001. ISBN 0–07–135469–7
2. Benkert, Hippus: Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie (German), 5th. edition, 2004. ISBN 3–540–21893–9
3. E. Mutschler, G. Geisslinger, H. K. Kroemer and M. Schäfer-Korting: Arzneimittelwirkungen (German), 8th edition, 2001. ISBN 3–8047–1763–2
4. Faught E, Wilder BJ, Ramsay RE, et al (1996) Topiramate placebo-controlled dose-ranging trial in refractory partial epilepsy using 200-, 400-, and 600-mg daily dosages Neurology;46:1684–1690
5. Green, Ben Focus on Topiramate – a new anti-epileptic Priory Lodge Education Ltd., 1997–99. Focus on Topiramate First published May 1997. Version 1.1

- Baldessarini RJ, et al: Pharmacological treatment of bipolar disorder throughout the life cycle. In Shulman KI, Tohen M (eds): Mood Disorders Across the Life Span. New York, Wiley-Lis, 1996, pp 199–338.
- Freeman MP, Stoll AL: Mood stabilizer combinations: A review of safety and and efficacy. Am J Psychiatry 155 (1):12–21, 1998.

ДОСВІД КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЕПІРАМАТ

I. В. Ганзін

Кримський Державний Індустріально-Педагогічний Університет

У статті сумован досвід клінічного використання препарату Епірамаат. Представлені особливості терапевтичної ефективності препарату у широкому спектрі психічних розладів.

Ключові слова: Епірамаат, психічні розлади, терапія.

THE EXPERIENCE OF CLINICAL EXPLORATION OF EPYRAMAT

I. V. Ganzin

Crimean State Industrial-Pedagogic University

The experience of clinical exploration of Epyramat has summarized in this article. The peculiarities of therapeutical efficacy in wide spectrum of mental disorders has presented.

Key words: Epyramat, mental disorders, therapy.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ В 2010 ГОДУ В СРАВНЕНИИ С 2009 ГОДОМ

*С. М. Дымишиц, М. Н. Юрьев, В. А. Вербенко, В. В. Михайлов,
О. А. Потапенкова, И. Б. Дубина*

КРУ «Клиническая психиатрическая больница № 1»

Психиатрическая служба АР Крым располагает 5 Крымскими Республиканскими Учреждениями: «Клиническая психиатрическая больница № 1», «Психиатрическая больница № 2», «Психиатрическая больница № 4», «Психиатрическая больница № 5», «Психоневрологический диспансер» г. Керчь, а также психоневрологическим отделением городской больницы № 1 в г. Ялте, городской больницей № 2 в г. Евпатории, психоневрологической городской больницей № 3 в г. Феодосии, психоневрологическим отделением ЦГБ г. Армянска. Во всех городах и районах Крыма ведут приём врачи-психиатры поликлинической службы. Работают 3 дневных стационара (на 105 мест).

Обеспеченность врачами на 100 тыс. населения составляет – 10,35 (10,27 в 2009 году), по Украине – 8,53 в 2009 г. Из них врачами-психиатрами для взрослых – 10,64 (10,32 в 2009 году), Украина – 9,11. Врачами-психиатрами детскими – 9,18 (8,81 в 2009 году), Украина – 5,87. Обеспеченность населения психиатрами в амбулаторной сети – 4,03 (4,06 в 2009 году), по Украине – 3,8 на 100 тысяч населения. Обеспеченность врачами на 100 тыс. населения в стационарах составляет – 6,35 (6,14 в 2009 году), по Украине в среднем – 4,7.

Количество занятых должностей врачей-психиатров в психиатрических учреждениях и кабинетах Крыма составляет 203,45 (201,25 в 2009 г.), из них по поликлинике – 79 (79,5 в 2009 г.). В психиатрических учреждениях системы министерства здравоохранения Крыма работают 3 кандидата медицинских наук, 1 доктор медицинских наук. Всего в системе здравоохранения работает 188 врачей-психиатров, из них 22 – это детские врачи-психиатры. С высшей категорией – 42 врача, из них 4 детских, с первой – 68, из них – 11 детских врачей-психиатров, со второй категорией – 25 врачей, из них 3 детских, врачей-специ-

Психиатрия и психофармакотерапия

алистов – 53, из них 4 детских врача-психиатра. Работают 13 наркологов, 5 психотерапевтов, 1 сексопатолог, 19 психологов (18,75 ставок), 717 медицинских сестёр (занято ими 794 ставки). Укомплектованность штатных должностей физическими лицами составляет – 73,09 %, по Украине – 78,86 %.

При этом не укомплектованы ставки детских психиатров в Судаче и Алуште, в районах Кировском, Ленинском, Первомайском, Раздольненском и Черноморском не укомплектованы ставки детских психиатров на протяжении многих лет.

В психиатрических стационарах и кабинетах работает 5 медицинских сестёр по оказанию социальной помощи на основной должности и 13 по совместительству (16,25 ставок). Должности медсестры медицинской по оказанию социальной помощи введены во исполнение приказа МЗ АРК № 80 «О внесении дополнений в приказ МЗ АРК «Об оптимизации системы оказания психиатрической помощи в АРК» № 23 от 10.01.08» от 06.03.2008 во всех городах АР Крым, в Черноморском и Раздольненском районах. В остальных районах такие должности не введены.

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

На конец 2010 года состоит на учёте больных с психическими расстройствами, получающих стационарную и амбулаторную помощь – 48 тысяч 431. Из них 37 тысяч 713 больных – это взрослое население, 10 тысяч 718 – дети до 18 лет. Нагрузка на амбулаторном приёме в 2010 году увеличилась на 3,5 % и составила в среднем 4 тысячи 309 посещений на одну занятую должность врача-психиатра (4 165 в 2009 году).

Взято под диспансерное и консультативное наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом расстройств психики и поведения в 2010 году 5659 человек, в 2009–4001, что больше на 40 %. Заболеваемость (взрослые, дети, подростки) на 100 тысяч населения составила в 2010 году – 288,9 (204,4 в 2009 г.), по Украине в 2009–232,56 на 100 тысяч населения. Заболеваемость среди детей – 732,37 (616,48 в 2009 г), по Украине – 470,77 на 100 тысяч населения. Заболеваемость среди подростков – 875,73 (784,13 в 2009 г), по Украине – 374,42 на 100 тысяч населения. Рост заболеваемости (выявляемости) связан с более тщательным учётом лиц, обратившихся за помощью. Это лица, которые прежде получали консультативную помощь, лечение, но не брались под консультативное наблюдение. Сейчас в связи с действием Инструкции о диспансерном и консультативном наблюдении лиц, страдающих психическими расстройствами, они подлежат учёту. Заболеваемость в психотической группе осталась практически на прежнем уровне, колеблется заболеваемость в группе соматоформных и невротических расстройств (увеличилась в 2,5 раза).

Высокие показатели заболеваемости по городам зарегистрированы в Армянске, Судаче, Керчи (594–342 на 100 тыс. населения). По районам в Джанкойском, Раздольненском районах. Низкие уровни заболеваемости отмечаются в Симферополе и Ялте, по районам в Красногвардейском, Кировском.

Распространённость психических расстройств на 100 тысяч населения составила – 2472 (2488 в 2009 г.), по Украине – 2547,97.

Уменьшилось на 59 % количество суицидальных попыток среди больных, находящихся под диспансерным наблюдением в 2010 году, по сравнению с 2009 годом. В 2010 году эта цифра составила – 14 (34 в 2009 г.). Завершённых суицидов за 2010 год – 7 (в 2009–6).

Во всех районах и городах Крыма врачи-психиатры проводят обязательные предварительные и периодические психиатрические осмотры. На хозрасчётной основе проводится 99,2 % осмотров (по Украине в среднем эта цифра составляет – 41,8 %). В 2010 году было проведено 120 635 осмотров (129 тысяч 640 в 2009 году). Это составило 6 159 на 100 тысяч населения АР Крым. Средний по стране показатель – 5 797,5 на 100 тысяч населения. Из них водителей транспортных средств 75 %, в абсолютных числах – 90 226 (84 523 в 2009 году), граждан, получивших оружие – 3,7 % или 4 436 (11 978 в 2009 году). Из числа осмотренных – у 227 (0,2 %) человек выявлены психические расстройства (522 (0,4 %) в 2009 году). По Украине этот показатель – 0,2 %. Всего же профилактически осмотрено (с выдачей справок) – 152 295 человек, что на 13 % больше, чем в 2009 году (134 тысячи 448 человек в 2009 г).

В республике функционирует 3 дневных стационара на 105 мест (100 мест в 2009 году). В г. Симферополе на 50 мест, в Керчи на 30 мест и в г. Феодосии на 25 мест. Обеспеченность местами в дневных стационарах на 100 тысяч населения 5,4 (5,11 в 2009 г), по Украине – 11,05 на 100 тысяч населения. В 2011 году планируется организация дневного стационара на базе Евпаторийской ГБ № 2 на 15 мест для детей за счёт общей коечной мощности больницы.

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

Кочный фонд психиатрических учреждений на конец 2010 года составил 2449 койки, что в сравнении с 2009 годом меньше на 110 коек (2559 коек в 2009 г). В течение 2010 года сокращено из 110 коек – 15 детских, 85 коек для взрослых, 10 наркологических коек. Коек для взрослых в 2010 году – 2174 (2259 в 2009 г). Для детей в 2010 г. – 170 (185 в 2009 году). Наркологические койки в психиатрических учреждениях – 105 (в 2009 году их было 115).

В 2011 году планируется сократить дополнительно 15 психиатрических коек для детей в Евпаторийской ГБ № 2, 35 психиатрических и 5 наркологических коек в КРУ «ПБ № 4». Также планируется сократить 10 психиатрических коек для детей в КРУ «ПБ № 5». В целом – 35 психиатрических коек для взрослых, 5 наркологических коек и 25 коек для детей.

В КРУ «КПБ № 1» с 2011 года функционирует на базе Загородного отделения отделение сестринского ухода на 25 коек. Планируется в 2011 году создание подобных отделений в КРУ «ПБ № 2» и «ПБ № 4».

Обеспеченность населения стационарной психиатрической помощью в АР Крым составляет 116,3 на 100 тысяч населения (124,8 в 2009 году), по Украине этот показатель – 91,8. Обеспеченность койками для взрослых – 129,9 (139,4 на 100 тысяч населения в 2009 г), по Украине в среднем – 106,8. Обеспеченность детскими койками – 51,2 (54,8 в 2009 году), по Украине в среднем – 22,5 на 100 тысяч населения. При планируемом сокращении детских коек в 2011 году со 170 до 145, обеспеченность детскими койками составит 42,92 на 100 тыс. детского населения АР Крым. Число дней работы койки составило в целом – 349,4 (353,2 в 2009 году). Число дней работы койки для взрослых составляет – 350,1 (353,1 дня в 2009 году), среднеукраинский показатель за 2009 год – 335,7 дней. Несмотря на это, простой психиатрических коек для взрослых составил в 2010 году – 55,7. КРУ «КПБ № 1» – 22 койки, КРУ «ПБ № 5» – 27,4 койки, Евпатория ГБ № 2 – 10 коек. Психиатрическая койка для детей работала в 2010 году – 355,3 (357,6 дней в 2009 году), среднеукраинский показатель – 292,6 дня. Приставных – 0,9 коек. КРУ «КПБ № 1» – простой 3,1 коек, в КРУ «КПБ № 5» – приставных 3,7 коек. Наркологическая койка в психиатрических учреждениях работала – 327,7 дней в году (349 в 2009 г). Простаивающих коек – 5,6. КРУ «КПБ № 1» – 5,6 койки, КРУ «ПБ № 5» – 6,8 койки. Приставные койки в ПНГБ № 3 г. Феодосии – 3,6. Оборота койки в психиатрических учреждениях в 2010 году составил – 6,8 (6,7 в 2009 г.). Украина – 6,4 в среднем.

Оборота койки для взрослых в 2010 году – 5,8 (5,7 в 2009 году), средний по Украине – 6,2. Оборота детской койки – 11,5 (10,8 в 2009 году), по Украине – 10,5. Средняя длительность пребывания больного в психиатрических стационарах на койке – 51,4 дня (52,5 дня в 2009 году) Украина – 51,6 дня. На психиатрической койке для взрослых средняя длительность составила – 60,5 дня (61,4 дня в 2009 году), по Украине – 53,4. На психиатрической детской койке средняя длительность пребывания составила 30,9 (33 дня в 2009 году), среднеукраинский показатель – 27,6 дня. Показатель больничной летальности уменьшился на 10 % и составил 1,3 за 2010 год (1,45 в 2009 году), на психиатрической взрослой койке составил 1,7 (1,86 в 2009 году). Среднеукраинский показатель – 1,13.

ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ИНВАЛИДНОСТЬ.

Число случаев временной нетрудоспособности по психическим заболеваниям в 2010 году снизилось и составило 973 (1085 в 2009 г.), что составило 81,7 на 100 тысяч трудоспособного населения (91,1 в 2009 г), по Украине – 93,6 на 100 тысяч, число дней временной нетрудоспособности также снизилось и составило 19402 (22082 в 2009 году). Средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности снизилась до 19,94 (20,35 в 2009 г.), а средняя по Украине составляет – 24,3 дня.

Первичная инвалидность на 100 тысяч населения составляет 17,6 (18,07 в 2009 г.). По Украине это показатель – 29,7 на 100 тыс. населения. По городам самые высокие уровни первичной инвалидности в Керчи и Симферополе, по районам в Кировском, Черноморском районах преимущественно за счёт инвалидов-детей. Количество детей до 17 лет, признанных инвалидами первично в 2010 году на 100 тыс. населения составило – 38,2 (29,7 в 2009 году), Украина – 28,73. Всего состоит на учёте инвалидов по психическим заболеваниям на конец 2010 года в абсолютных числах – 9624 (9721 в 2009 г.). Инвалидов на 100 тысяч населения в 2010 году 491,35 (496,31 в 2009 году). По Украине – 593,78. Детей-инвалидов по психическому заболеванию – по Крыму – 254 (251,3 в 2009 году), по Украине – 292,92.

В психоневрологических домах-интернатах АР Крым по данным Министерства труда и социальной политики развёрнуто планово 1059 мест, фактически занято 1091 место. Оче-

редь в интернаты для психохроников составляет ежегодно примерно одно и то же количество инвалидов по психическому заболеванию – 170 человек на конец 2010 года (165 в 2009 году).

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Судебно-психиатрическая экспертиза в АР Крым проводится на базе 2-х учреждений республиканского подчинения: Крымского республиканского учреждения «Клиническая психиатрическая больница № 1», регионом обслуживания является АР Крым и г. Севастополь (стационарная СПЭ для арестованных) и Крымского республиканского учреждения «Керченский психоневрологический диспансер», регионом обслуживания которого является город Керчь. На базе КРУ «КПБ № 1» проводится амбулаторная и стационарная СПЭ. Экспертиза проводится по гражданским и уголовным делам, как для арестованных, так и для неарестованных лиц.

Кочный фонд ССПЭ за 2010 год составил 40 коек. Это отделение № 15 на 25 коек (до 01.09.2010 г. – на 30 коек) для проведения ССПЭ лицам, находящимся под арестом, и отделение № 9, в структуре которого выделены 15 коек (из них 3 женских) для проведения ССПЭ по гражданским делам и лицам с мерой пресечения, не связанной с содержанием под стражей.

Наиболее острой и сложной проблемой, возникшей с начала 2010 года явилась юридическая коллизия, связанная с различной трактовкой статьи 205 УПК Украины судебными органами АРК и органами прокуратуры о необходимости наличия, кроме постановления следственных органов о назначении ССПЭ, также и постановлений судов на помещение (направление) лиц, находящихся под стражей, на ССПЭ, – либо отсутствие таковой необходимости. Были получены официальные ответы прокуратуры АРК, подтвержденные предписанием Генеральной Прокуратуры Украины № 16–176/10 от 01.06.2010 года, об обязательности наличия постановлений судов о назначении (помещении) стационарной судебно-психиатрической экспертизы лицам, находящимся под стражей.

В настоящее время в системе судебно-психиатрической службы АР Крым работает 14 физических лиц – врачей – судебно – психиатрических экспертов (из них 12 – в КРУ «КПБ № 1» и 2 – в КРУ «Керченский ПНД») и 3 судебных эксперта – психолога в КРУ «КПБ № 1». Из 14-ти врачей судебно-психиатрических экспертов АР Крым – 3 врача имеют высшую квалификационную категорию по данной специальности (2 – в КРУ «КПБ № 1», 1 – в КРУ «Керченский ПНД»); 1–1 категорию (в КРУ «КПБ № 1»); 2–2 категорию (в КРУ «КПБ № 1»). В структуре судебно – психиатрической службы АР Крым имеются: 11,75 ставок врачей – судебно – психиатрических экспертов (10,75 – в КРУ «КПБ № 1» и 1 ст. – в КРУ «Керченский ПНД», разрабатывается совместителями); 2 ставки заведующих отделениями (отделение АСПЭ и отделение № 15 ССПЭ); 1,25 ст. – председатель АСПЭ; 0,75 ст. – председатель ССПЭ. Всего – 15,75 врачебных ставок (из них 14,75 – в КРУ «КПБ № 1» и 1 ст. в КРУ «Керченский ПНД»).

С целью постоянного повышения профессионального уровня врачей данной специальности, а также в связи с увеличением кадрового состава врачей-судебно – психиатрических экспертов, созданием в структуре КРУ «КПБ № 1» отделения АСПЭ – положительно решен вопрос об организации с 2011 г. циклов ТУ «Актуальные вопросы судебно-психиатрической экспертизы» на базе кафедры психиатрии, психотерапии, наркологии с курсами общей и медицинской психологии Крымского КГМУ им. С.И. Георгиевского, продолжительностью 1 месяц с периодичностью 1 раз в 2,5 года.

За 2010 год судебно-психиатрической службой АР Крым проведено 2399 экспертиз, что на 198 меньше, чем в 2009 году (2597 экспертиз). Такая тенденция к снижению отмечается в АРК именно в последние 2 года. Особенностью указанной тенденции в 2010 г. явилось, в отличие от предыдущего года, преобладание значительного снижения стационарных СПЭ. В 200 г. было проведено 284 стационарных СПЭ против 401 в 2009 г., разница составила 117 экспертиз. Несмотря на вышеизложенное, АР Крым продолжает, как и во все предыдущие годы, занимать одно из лидирующих положений среди других регионов Украины по количеству проведенных экспертиз. Статистических данных по Украине за 2010 г. ещё нет, однако, по данным 2009 г., АР Крым находится на 2 месте (после Донецкой области – 3630 экспертиз) среди других регионов Украины. При этом следует отметить, что при анализе не абсолютных, а относительных показателей (на 100 тыс. населения) – АР Крым продолжает оставаться на первой позиции среди других регионов Украины по количеству проведенных экспертиз (данные за 2009 г.): 132,6 (для сравнения: находящаяся на второй позиции Донецкая область – 80,2; Николаевская область – 79,6; г. Киев – 77,3; в среднем по Украине – 56,4). В 2010 г. из 2399 экспертиз произведено: подследственным и подсудимым 2151 (2284 в 2009 г.); свидетелям и потерпевшим 34 (63 в 2009 г.); по гражданским делам 214 (250 в 2009 г.), из них в зале

судебного заседания – соответственно 4 в 2010 г. и 3 в 2009 г. В последние 2 года отмечается рост количества посмертных экспертиз в структуре АСПЭ. Посмертные экспертизы как правило, связаны с имущественными спорами и вопросами дееспособности, относятся к наиболее сложному виду экспертиз и требуют высокого профессионального мастерства эксперта. В 2010 г. в АР Крым судебно-психиатрическую экспертизу прошло 205 несовершеннолетних (250 в 2009 г., 269 в 2008 г.). Как положительный момент, следует отметить обязательное (в 100 % случаев) привлечение в качестве консультантов при проведении стационарной СПЭ несовершеннолетним не только психолога, но и детского психиатра (при необходимости – и др. специалистов узкого профиля). Как вопрос, требующий более детального и углубленного изучения, следует отметить высокий уровень и рост правонарушений среди несовершеннолетних в АРК в 2010 г. (по итогам I полугодия 2010 г. – каждое 5-е), однако корреляции с увеличением экспертной деятельности – не наблюдается; необходима координация и взаимодействие с судебно-следственными органами для более тщательного анализа причин указанного аспекта.

Стационарные экспертные отделения из года в год испытывают затруднения в выполнении плана работы койки, что напрямую связано с вопросами штатных нормативов. При этом важно отметить, что вышестоящими органами здравоохранения при определении нормативов работы койки не всегда учитывается специфика работы судебно-психиатрической койки, являющейся по своей сути социальной, и зависимой от работы судебно-следственных органов. Средняя длительность пребывания подэкспертных на койке составила в 2010 г. 31,1 койко-дня, этот показатель стабилен (2009 г. – 29,7 к/д; 2008 г. – 29,3 к/д) и примерно соответствует как среднеукраинскому (29,2), так и законодательно установленной продолжительности пребывания на СПЭ (до 30 дней, согласно Приказа МОЗ Украины № 397 от 08.10.2001 г. «Порядок проведения судебно – психиатрической экспертизы»).оборот судебно – психиатрической койки несколько снизился, в 2010 г., составил 6,49 (в 15-м отд. – 6,64, в 9-м отд. – 6,4); в 2009 г. – 8,87, но является одним из самых высоких по КРУ «КПБ № 1», (среднеукраинский показатель- 9,1).

По нозологическому регистру возросло количество правонарушений у страдающих шизофренией и шизотипическим расстройством, в 1,5 раза возросло число правонарушений у страдающих хроническими бредовыми психозами, с 2 до 3 случаев увеличилось число правонарушений у лиц шизоаффективными и аффективными психозами. Данный показатель коррелирует с отмечающимся ростом показателя невменяемости и является индикатором состояния работы общепсихиатрической сети.

В 2010 г. психически больными в АР Крым был совершен ряд особо тяжких, резонансных ООД, что повлекло за собой проверки как служебные, так и со стороны правоохранительных и юридических инстанций, в ряде случаев отмечены серьезные нарушения, свидетельствующие о несоблюдении или нарушениях действующего психиатрического законодательства – в части направления лиц на стационарное лечение, преемственности между амбулаторной и стационарной службой, приема и регулярности поддерживающей терапии, контроля врачами состояния больных, порядка оформления меддокументации, качества и регулярности психиатрических осмотров, взаимодействия с органами внутренних дел и др. Кроме того, причиной такого роста являются объективные факторы, а именно недостаточное финансирование как амбулаторной, так и стационарной психиатрической службы, недостаточность медикаментозного обеспечения, пробелы или само отсутствие системы социальной реабилитации, льготной поддержки, семейной и бытовой адаптации больных. Помимо этого, следует учесть и факт невозможности поступления на стационарную СПЭ арестованных лиц по не зависящим от экспертной службы причинам.

Следует обратить внимание на стабильные показатели числа лиц, признанных психически здоровыми (по уголовным делам), – что говорит о важном факторе сохранности одинакового экспертно-диагностического подхода: на АСПЭ – 779, или 41,3 % (851, или 44,5 % в 2009 г. и 938, или 46,0 % в 2008 г.); на ССПЭ – 82, или 30,8 % (131, или 35,3 % в 2009 г. и 34,6 % в 2008 г.); всего – 861, или 40,0 % (982, или 42,99 % в 2009 г.). Этот показатель стабилен из года в год и коррелирует с общеукраинским. Важным является и показатель АСПЭ «диагноз не уточнен, экспертное решение не вынесено» – таких решений, позволяющих как правило, рекомендовать направление испытуемых на ССПЭ, в 2010 г. было 212 (202 – по уголовным делам и 10 по гражданским) или 10,1 % (в 2009 г. – 13,2 %, в 2008 г. – 9 %, в 2007 г. – 11,7 %). В целом, данный показатель соответствует показателю Киевского городского Центра СПЭ (9–10–11–12 %) и является стабильным, что в целом следует расценивать как положительный фактор, учитывая то, что в период стационарного наблюдения экспертиза имеет больше возможностей как обследовать испытуемого, так и запросить дополнительные материалы, а также продолжительность самого клинического наблюдения крайне важно при

диагностике психических расстройств. Невменяемыми в 2010 г. признано 4,9 % (3,1 % – на АСПЭ; 17,3 % – на ССПЭ), что соотносится с украинскими показателями (варьирующими примерно от 4,5 % до 5,9 %; в среднем около 5,5 %). В структуре невменяемости: шизофрения и шизотипические расстройства – 65 случаев (61,9 %), в сравнении с 44 случаями (60,3 %) в 2009 г.; умственная отсталость – 8 случаев (7,6 %), в сравнении с 11 случаями (15,1 %) в 2009 г.; органические расстройства (включая деменцию) – 15 случаев (14,3 %), в сравнении с 8 случаями (11 %) в 2009 г. Эти показатели стабильны и коррелируют с общеукраинскими. В разрезе характера ООД, совершенных невменяемыми: имущественные правонарушения составили 34,3 % (в 2009 г. – 30,1 %, в 2008 г. – 21,1 %), – что отражает ситуацию экономического неблагополучия и кризиса в обществе. Обращает внимание значительный рост правонарушений против личности, в том числе тяжких (убийства, телесные повреждения) – 26,7 %, что является косвенным свидетельством отсутствия необходимой поддерживающей терапии, должного амбулаторного наблюдения. Хулиганство – 2,9 %, в 2009 г. – 5,5 %, среднеукраинский показатель – 5,6 %; отмечается рост сексуальных правонарушений (в 4 р.) – 3,8 % (в 2009 г. – 1,4 %); иные – 32,4 % (в 2009 г. – 41,1 %). Количество лиц, страдающих хроническими психическими заболеваниями, совершивших правонарушения и признанных невменяемыми (шизофрения, шизотипическое расстройство), составило 61,9 % (в 2009 г. – 60,3 %, 2008 г. – 74 %), что соответствует среднеукраинскому показателю (60,4 %); органические психические расстройства из числа лиц, признанных невменяемыми, отмечались у 15-ти человек, или 14,3 % (в 2009 г. – 11 %, 2008 г. – 18,8 %); умственная отсталость – у 8 человек, или 7,6 % (в 2009 г. – 15,1 %; 2008 г. – 7 %). Уменьшение числа деликтов у лиц, страдающих олигофренией, в 2 раза после его роста в 2 раза в 2009 г. – является результатом принятых организационных мер и координирования, направленности работы амбулаторной психиатрической службы в этом аспекте. Выбор принудительных мер медицинского характера: со строгим наблюдением – 18,1 % (в 2009 г. – 13,7 %; в 2008 г. – 16,5 %; среднеукраинский показатель – 16,8 %); с усиленным наблюдением – 17,1 % (в 2009 г. – 8,2 %; в 2008 г. – 9,4 %; среднеукраинский показатель – 14,6 %); с обычным наблюдением – 53,3 % (в 2009 г. – 60,3 %, в 2008 г. – 68,2 %; среднеукраинский показатель 48,7 %); оказание амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке – 11,4 % (в 2009 г. – 17,9 %; в 2008 г. – 3,5 %). В структуре выбора имеются позитивные изменения. Так, в последние 2 года значительно чаще стал рекомендоваться такой вид принудительных мер медицинского характера, как оказание амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке.

ВЫВОДЫ:

1. Заболеваемость психическими расстройствами в Крыму на протяжении последних лет высокая, приближена к среднеукраинскому показателю. По возрастным категориям (дети и подростки) превышает средний показатель по Украине в 1,5–2 раза.
Высокий показатель заболеваемости отражает, в первую очередь, качественную выявляемость лиц с психическими расстройствами в амбулаторном звене.
2. Распространённость психических расстройств в целом ниже, чем в среднем по стране, превышает распространённость по Украине только в группе детей и подростков. Это свидетельствует о работе с контингентами больных – своевременном снятии с наблюдения при выздоровлении, либо выбытии с места проживания.
3. Средняя длительность пребывания на больничном листе значительно ниже, чем средняя по Украине.
4. Показатели инвалидности, как общей, так и первичной значительно ниже среднеукраинских по всем возрастным группам населения.
5. Число дней работы койки, на протяжении многих лет превышающее среднее по стране, а также высокая средняя длительность пребывания больных на койке обусловлены отсутствием достаточного количества мест в домах-интернатах.
6. Коечный фонд психиатрических учреждений АР Крым обеспечивает возможность больным получить своевременную психиатрическую помощь в стационарных условиях. Это даёт результаты в виде низкого уровня общей и первичной инвалидности.

ЗАДАЧИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ:

Связаны с развитием и внедрением в работу службы биопсихосоциальной модели психиатрии. В связи с чем, в 2011 году планируется:

1. Создать ТМО республиканских психиатрических больниц № 1 и № 5 с распределением потоков больных с разной направленностью в лечении и реабилитации:

2. В КРУ «КПБ № 1» – лечение и ранняя реабилитация больных с первичным эпизодом и с длительностью заболевания до 5 лет, в КРУ «ПБ № 5» – лечение и реабилитация больных с эпизодическим типом течения заболевания, в Загородном отделении КРУ «КПБ № 1» – лечение и поздняя реабилитация больных психическими расстройствами с неблагоприятным, непрерывным течением заболевания.
3. Организовать 2 отделения сестринского ухода на 25 коек каждое в КРУ «Психиатрическая больница № 2» и КРУ «Психиатрическая больница № 4»;
4. Создать палату интенсивной терапии в КРУ «Клиническая психиатрическая больница № 1»;
5. Сократить 10 психиатрических коек для детей в КРУ «КПБ № 5».
6. Организовать в 2011 году на базе Евпаторийской ГБ № 2 дневной стационар на 15 мест для детей за счёт общей коечной мощности больницы.
7. Развивать направление психокоррекционной работы с больными – арт-терапию. Одним из путей развития является организация в 2011 году арт-центра на базе дневного стационара в КРУ «КПБ № 1»;
8. Обратиться к главам городских и районных администраций с просьбой обеспечить целевое финансирование льготного амбулаторного лечения психически больных.
9. Продолжать работу с главными врачами ЛПУ АР Крым по укомплектованию ставок детских врачей-психиатров и медицинских сестёр (по социальной помощи) психиатрических кабинетов.
10. Продолжать работу по дестигматизации больных, по интеграции психиатрической службы в общесоматическую сеть.
11. Продолжить взаимодействие между общепсихиатрической и судебно-психиатрической экспертной службами, путем совместного анализа совершаемых психически больными ООД, имеющих тенденции в аспекте общественно опасных действий, проведения совместных психсоветов, семинаров, конференций, с целью обеспечения преемственности в работе служб и внутри сети, путем выработки соответствующих мер по профилактике ООД.

УДК 616.89–008.44–053.2:616.89–055.52

СЕМЬИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

В. Н. Клинков

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

З. Фрейд спрашивал: «Что случилось? Расскажите мне».

Я. Морено ставил вопрос: «Как это случилось? Покажите!»

Резюме. Проведен анализ литературных данных и собственных наблюдений, касающихся взаимоотношений в семьях с детьми-аутистами и особенностей поведения родителей. Применялись клинический и клинико-психологический методы исследования. Показаны взаимосвязь между поведенческими нарушениями, алекситимией и проблемами коррекции.

Ключевые слова: детский аутизм, взаимоотношения родители-ребенок, алекситимия, психологическая коррекция.

Семьи, имеющие аутичного ребенка, находятся в состоянии хронического стресса, выраженность которого зависит от тяжести состояния и возраста ребенка [10]. Воздействие хронического стресса вызывает депрессию, раздражительность, эмоциональную напряженность, заниженную самооценку и конфликты у родителей. Матери характеризуются высоким уровнем тревоги с уходом от фрустрации, эмоциональной неустойчивостью, повышенной чувствительностью к социальным критериям и внешним оценкам [8, 9]. Также родители могут иметь изначально субклинические (сквозные) симптомы тех или иных психических расстройств. При этом ребенок-аутист, будучи закрытым, замкнутым, с рождения не проявляет инстинктивной привязанности к матери, отцу и не «запускает» у них специфической родительской программы (1). Таким образом, поведение родителей ребенка-аутиста являются больше вторично возникшими [7], а проблемы с эмоциональным контактом в паре «аутичный ребенок – родители» присутствуют как с одной, так и с другой стороны (8).

Одновременно эти проблемы являются и алекситимическими. Специалисты знают, как трудно собирать анамнестические сведения и общаться с родителями и другими род-

ственниками детей-аутистов. В различных исследованиях число алекситимиков составляет от 5 до 23 % населения [4]. Такой разброс объясняется тем, что некоторые исследователи причисляют к этой категории только людей с аутистическими расстройствами, тех, у которых алекситимия выражена тотально, другие – всех, кто имеет хоть какие-то алекситимические черты.

У родителей имеются установки и стереотипы на понимание особенностей ребенка и подходы к его воспитанию [1]. Выделяется 3 типа: «директивный», «пассивно-осторожный», «активно-осторожный». Из этих типов только последний является продуктивным для адаптации ребенка-аутиста. А он подразумевает еще более глубокий эмоциональный контакт родителей с ребенком [11]. Отношение к ребенку измеряется не временем, проведенным с ним, а чувствами и вниманием, их качеством (3). У родителей детей-аутистов могут наблюдаться проявления хотя-бы функциональной, вторичной [5] алекситимии. Они часто дают противоречивые сведения о развитии ребенка, с трудом описывают отдельные периоды или проявления в различных сферах поведения. При этом, динамика нарушений речи у детей-аутистов (прежде всего рецептивной) зависит от глубины эмоциональной и адекватной включенности родителей в коррекционные мероприятия (7).

Это послужило основанием для того, чтобы в данной работе уделить большее внимание типам семьи и межличностных отношений в семьях детей с ДА, особенностям эмоционального контакта с ребенком и проявлениям алекситимии у родителей.

Целью исследования является не выявление причин детского аутизма, а изучение его динамики и особенностей поведения родителей в связи с психо-коррекционными мероприятиями. Использовались методика исследования родительских отношений PARI, шкала структурированного интервью для идентификации типа семьи, Торонтская алекситимическая шкала (TAS), опросник СНАТ.

Для обследования было отобрано 20 семей имеющих ребенка с ДА. Все дети-аутисты посещали психокоррекционные занятия в центрах социально-психологической помощи в течение 1,5–3-х лет. Для диагностики нарушений в психических сферах детей с детским аутизмом использовался диагностический инструментарий, рекомендованный МОЗ Украины (Клинический протокол оказания медицинской помощи детям с расстройствами общего развития. Киев, 2010 г.). У 10 из них наблюдается устойчивая положительная динамика, у других 10 положительная динамика отсутствует.

Методика PARI (parental attitude research instrument) адаптированная Т. Нещерет, предназначена для изучения отношений родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни. Нами исследовались субшкала «оптимальный эмоциональный контакт». Как и в других исследованиях [12, 13] результаты группы «с динамикой» в той части, которая касается субшкалы «оптимальный эмоциональный контакт» отличались от результатов группы «без динамики». Количество высоких оценок изначально в группе «с динамикой» в 2,5 раза превышает количество высоких оценок в группе «без динамики». В процессе психокоррекционных мероприятий количество высоких оценок в 1-й группе возросло в 4,5 раза, а во 2-й группе только в 2 раза.

При обследовании родителей по Торонской алекситимической шкале получены следующие результаты (средние показатели): 1-я группа («с динамикой») – матери – 62, а отцы – 58 балла, группа «без динамики» – 72 и 74 балла соответственно. Последняя группа, таким образом, является более алекситимичной, но в целом различия недостаточно достоверны. Однако более значимым было то, что матери на вопросы, касающиеся фантазий, воображения, «мечтаний» давали более амбивалентные ответы. У родителей 2-й группы более значимые затруднения возникали при демонстрации собственных эмоциональных переживаний. Последние проявлялись в отсутствии гармоничных поведенческих (вербальных и невербальных) проявлений.

В процессе психокоррекционных мероприятий в 1-й группе среднее количество баллов составило 44, а во 2-й – 58 баллов.

Но более диссоциировано было описание поведения детей между матерью и отцом. Так при исследовании при помощи опросника СНАТ (часть А) родителей во 2-й группе несоответствие ответов достигало 55 % в сравнении с 18 % в первой группе. В процессе психокоррекционных мероприятий (ПК) несоответствие ответов было уже только 35 % и 14 % в соответствующих группах.

Исследование по шкале структурированного интервью для идентификации типа семьи представлены в таблице № 1.

Тип семьи	группа «с динамикой»		группа «без динамики»	
	до ПК	после ПК	до ПК	после ПК
Эмоционально-отчужденный	-	-	2	1
Напряженно-диссоциативный	1	1	1	1
Псевдосолидарный	2	1	2	2
Гиперпротективный	3	2	1	1
Симбиотический	1	-	4	3
Гармоничный	3	6	-	1

Как видно из таблицы в 1-й группе изначально в 30 % случаев наблюдались как гиперпротективный, так и гармоничный тип семьи, а во 2-й группе в 40 % – симбиотический тип. В процессе психокоррекционных мероприятий в 1-й группе проявления гармоничного типа достигли 60 %. Вторая группа сохраняла большую ригидность в семейных отношениях.

В наших наблюдениях в процессе психо-коррекционных мероприятий отмечались различные проявления сопротивления. Вне контакта, у родителей возникают этологические проявления «вакуум активности», с появлением мимики то замешательства, растерянности, то загруженности или безразличия. При инструкциях демонстрации конкретной игровой деятельности своих детей они испытывали значительные затруднения. Подобные проблемы сохранялись длительное время также несколько чаще в группе «без динамики».

Родители периодически начинают погружаться и жить в растущей амбивалентной ситуации («лечить – не лечить, лечить здесь – лечить там, помогает – не помогает» и т. д.). Вероятность регресса в поведении ребенка, разнообразные сомнения вызывают у родителей противоречивые мысли и чувства и затрудняет интерпретацию как поведения ребенка, так и собственного.

Обсуждение результатов исследования.

Таким образом, можно утверждать, что наличие глубокого эмоционального контакта у родителей, и прежде всего, матери с ребенком является одним из основных факторов, определяющих успешность психокоррекционных воздействий на ребенка-аутиста, выражающуюся в положительной динамике его состояния. Психокоррекционные мероприятия улучшили эмоциональный контакт родителей с ребенком, тип семейных отношений. Более значимые изменения отмечались в первой группе. Однако амбивалентность в ответах, диссоциация, несоответствие в интерпретации между родителями поведения ребенка в целом сохраняются.

Мы не призываем вернуться к психоаналитическим трактовкам этиопатогенеза ДА, но человеческой психике свойственно маскировать, прятать с помощью защитных механизмов моменты непонимания и тревоги (16). В дальнейшем родители не испытывая недостатка привязанности к ребенку, начинают затрудняться в понимании его поведения и ощущения нарастающей вины постепенно вытесняются (17). В группе «без динамики» в процессе психокоррекционных мероприятий эти проблемы заметнее.

Резюмируя вышеприведенные результаты обследований родителей детей с ДА можно утверждать, что вне зависимости от преобладающего типа межличностных отношений, типа семьи, условием наличия у ребенка положительной динамики является повышенная степень, и глубина эмоционального контакта с таким ребенком у его матери и отца. Учитывая симбиотичность пары «мать (отец) – аутичный ребенок», предполагается, что ребенку с РДА измениться вслед за родителем проще, чем сделать это самостоятельно.

Все это свидетельствует о том, что в терапевтических мероприятиях нуждаются не только собственно дети с РДА, но и члены их семей. Эффективная психотерапевтическая работа с аномальными детьми требует включения в процесс родителей ребенка, при этом преимущество отдается игровым методам [15]. Другим фактором, связанным с родителями аутичного ребенка и оказывающим влияние на его динамику является возможность координации действий родителей, врача, психотерапевтов различных направлений, психолога, дефектолога и педагога. С этим связан успех социальной адаптации аутичного ребенка. Ведь большинство методов, программ вмешательства (коррекции) по сути, является эквивалентом стереотипизации (структурирования) поведения, а не развития (психогенеза) игровой, социальной сферы, личности в целом (14).

Представляется перспективной разработка психолингвистических техник коррекции алекситимии, основанных на современных данных о нормальном и искаженном формировании коммуникативно-семантических компонентов речи. Эти техники должны включать как лечебно-коррекционные, так и развивающе-обучающие компоненты (6).

Выводы.

Помощь при детском аутизме должна быть организована с учетом особенностей поведения, как родителей, так и детей, конкретного многоосевого диагноза ДА.

1. Необходимо в программах раннего вмешательства поставить на ведущее место психологическую коррекцию родителей детей-аутистов.
2. Использовать для родителей (исходя из их конкретных, индивидуальных особенностей, психологических проблем, клинических проявлений) широкий психотерапевтический репертуар (т. е. не только общеобразовательной программы и когнитивно-поведенческих тренингов).
3. Терапия при алекситимических проявлениях (гипонозогнозии родителей) должна быть направлена на снижение уровня тревоги и психоэмоционального напряжения с тренингами, обучающими распознавать и описывать словами свои эмоции, преодоление дефицита эмоциональных реакций.

Список литературы

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. М., 2006.
2. Баенская Е. Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. М., 2000.
3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М., «Прогресс», 1986. – с. 370.
4. Былкина Н. Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1995. № 1. С. 43–53.
5. Былкина Н. Д. Функциональная алекситимия: педагогический, психологический и лингвистический аспекты // Личность – Язык – Культура. Саратов, «Наука», 2010. – С. 69..
6. Детская и подростковая психиатрия. / Под ред. Ю. С. Шевченко. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011).
7. Доленко О. В. Аутизм и рецептивные расстройства речи // Нейронew. –, 2009, № 5 (16). – с. 36–39.
8. Каган В. Е. Преодоление: неконтактный ребенок в семье. СПб, 2000.
9. Лебединская К. С., Никольская О. С., Баенская Е. Р. Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. М., 1989.
10. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка. // Дефектология. – 1996. – № 3.
11. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: пути помощи. М., 1997.
12. Печникова Л. С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом. – Автореф. дисс. – М., 1997.
13. Печникова Л. С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом. Личность – Язык – Культура. Саратов: Издательский Центр «Наука», 2010. С. 63–67.
14. Скрипник Т. В. Феноменология аутизму. Київ, 2010.
15. Спиваковская А. С. Психотерапия: игра, детство, семья. М., 2001.
16. Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. / М.: Апрель Пресс, ЕКСМО-Пресс, 1999. – С. 158–160.
17. Эриксон. Э. Детство и общество. СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская Книга». 1996. – С. 281.

СІМ'Ї ХВОРИХ ДИТЯЧИМ АУТИЗМОМ

В. М. Клінков

Резюме. Проведено аналіз літературних даних та власних спостережень, стосовно взаємовідношень в сім'ях з дітьми-аутистами та особливостей поведінки батьків. Застосовувалися клініко-психологічні методи дослідження. Показані взаимозвязки між поведінковими порушеннями, алекситимією та проблемами корекції.

Ключові слова: дитячий аутизм, взаємовідношення батьки-дитина, алекситимія, психологічна корекція.

FAMILIES OF PATIENTS WITH CHILD'S AUTISM

V. N. Klinkov

Resume. There was conducted an analysis of published data and own observations concerning the relationship in families with autistic children and the behavior of their parents. There were applied clinical and clinical-psychological methods of researching. The relationship between behavioral disorders, alexithymia and problems of correction (adjustment is shown).

Key words: infantile autism, parent-child relationships, alexithymia, a psychological correction.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУБЪЕКТИВНОГО САМОЧУВСТВИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ АНТИПСИХОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ

Е. В. Плотникова

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

Субъективная тяжесть индуцированных антипсихотиками двигательных расстройств (англ. DIMD- drug- induced movement disorders) и других осложнений антипсихотической терапии приводит к нарушениям приема терапии и может соответствовать известной формулировке G. Gardos и J. Cole (1976): «лекарство хуже болезни» [1–4]. Нон-комплаенс, который является следствием плохо переносимых нежелательных явлений в ходе психофармакологического лечения, – главная причина обострений эндогенного процесса, что свидетельствует о важности изучения рассматриваемого вопроса [3–6]. С началом широкого применения антипсихотиков второй генерации интерес исследователей к изучению данной проблемы и поискам новых способов коррекции индуцированных антипсихотиками экстрапирамидных расстройств несколько угас, поскольку считалось, что атипичные антипсихотики в терапевтических дозах не вызывают экстрапирамидных расстройств, за исключением редких случаев индивидуальной гиперчувствительности [1, 6,]. Однако, в настоящее время появляется все больше информации о том, что на фоне приема некоторых атипичных антипсихотиков развиваются стертые формы экстрапирамидных расстройств за счет появления «сверхчувствительности дофаминовых рецепторов» [7–9].

Целью данной работы было изучение субъективного самочувствия больных шизофренией, длительно принимающих терапию как атипичными так и традиционными антипсихотиками и оценить их влияние на функционирование пациентов в целом.

Материалы и методы исследования: В исследовании принимали участие 28 больных шизофренией принимавших традиционные нейролептики и 25 больных шизофренией, получавших терапию атипичными антипсихотиками, в возрасте от 28 до 50 лет. Распределение обследованных больных по возрасту представлено в таблице 1. Диагноз: в соответствии с международной классификацией МКБ-10 [10] F20.0 выставлен у 40 больных, F20.5-у 5 больных, F20.6-у 8 больных. Больные находились на лечении в КРБП № 1, республиканском психоневрологическом диспансере. 47 % больных получали лечение в условиях стационара. 53 % лечились амбулаторно. У всех больных отмечался достаточный эффект терапии как традиционными так и атипичными нейролептиками. Все обследованные больные давали информированное согласие на участие в исследовании.

Основную массу обследованных составили лица, в возрасте от 18 до 50 лет, (таблица 1) распределение по полу – мужчины 47,2 %, женщины – 52,8 %, средняя продолжительность болезни составила 10,28±3,89 лет. Большая часть обследованных больных, имеет группу инвалидности в связи с основным заболеванием – 50,9 %, не работает 39,6 %, и только 9,4 % работает. 71,6 % обследованных больных имели среднее образование.

Для изучения субъективного самочувствия больных шизофренией была использована шкала (Subjective Well-Being Under Neuroleptic Treatment Scale – Short Form (SWN-S)) [11].

Форма опросника шкалы (SWN-S) – заполнялась пациентом самостоятельно. Данный опросник состоит из 20 пунктов. Показатели оценивались качественно и количественно. Количественная оценка проводилась по 6 бальной системе, качественный анализ отражал степень выраженности симптомов за прошедшую неделю, где: 1 балл- совсем нет; 2 балла- почти нет; 3 балла- немного; 4 балла- в некоторой степени; 5 баллов- сильно; 6 баллов- очень сильно. Качественный анализ так же отражал особенности субъективного самочувствия по следующим разделам: когнитивная деятельность включала себя пункты – «мне легко думать», «я изобретателен и полон идей», «мое мышление затруднено и замедленно», «мои мысли непостоянны и хаотичны», «мне трудно мыслить последовательно»; наличие самоконтроля – «я чувствую, что у меня нет сил и что я не контролирую себя», «ми чувства и поведение не соответствуют ситуации, я расстраиваюсь из за мелочей, а важные вещи меня едва затрагивают», «мои чувства и поведение соответствуют ситуациям, в которых я нахожусь», «я отличаю себя от других»; регуляция эмоционального состояния – «у меня нет

Распределение больных по возрасту, полу, социальному статусу, семейному положению и образованию

№	Показатель, который оценивался		Среднее значение показателя (абс. ч. / %)
1	Возраст	18–28	15/28 %
		29–39	25/47 %
		40–50	11/20 %
		51–60	2/3,7 %
2	Пол	Мужчины	25/47,2 %
		Женщины	28/52,8 %
3	Образование	Начальное	3/5,6 %
		Средне	38/71,6 %
		Высшее	12/22,6 %
4	Социальное положение	Работающие	5/9,4 %
		Не работающие	21/39,6 %
		На инвалидности	27/50,9 %
5	Семейное положение	В браке	9/16,9 %
		Холост	18/33,9 %
		Разведён	23/43,3 %
		Вдовец	3/5,6 %

ни каких надежд на будущее», «мои мысли и ощущения притуплены, мне все безразлично», «все, что происходит вокруг меня интересует и является для меня важным», «я полностью уверен в своем будущем»; социальные взаимоотношения – «окружающий мир знакомый и дружелюбный», «мне очень трудно вступать в разговор и устанавливать контакты с другими людьми», «мне легко взаимодействовать с окружающими», «окружающий мир кажется мне изменившимся и чуждым»; физическая активность – «я очень хорошо чувствую себя в своем теле», «мое тело привычно, я чувствую, что оно мне принадлежит», «я чувствую себя обессиленным и изнуренным», «я чувствую, что мое тело для меня обуза». Следует подчеркнуть, что каждый раздел включал в себя два пункта с позитивным радикалом и два пункта с негативным радикалом.

Результаты исследования и обсуждение:

Особенности субъективного самочувствия при лечении нейролептическими средствами, (1 группа – на фоне проводимой терапии традиционными антипсихотиками, 2 группа – на фоне терапии атипичными антипсихотиками) отражены в таблицах 2–6.

Таблица 2

Показатели субъективного самочувствия в изучаемых группах больных: когнитивная деятельность

параметры	На фоне терапии ТА (ср.)	На фоне терапии АА (ср.)
Когнитивная деятельность		
«мне легко думать» (+)	1,92	3,48
«я изобретателен и полон идей» (+)	1,86	3,60
«мое мышление затруднено и замедленно» (-)	- 5,14	- 3,48
«мои мысли непостоянны и хаотичны» (-)	- 4,89	- 4,20
Суммарный балл	-6,25	-0,6

Анализ показателей представленных в таблице 2, демонстрирует значительные нарушения когнитивной деятельности у больных первой группы (суммарный балл с отрицательным знаком (-6,25) с преимущественными нарушениями в сфере мышления), незначительные нарушения когнитивной деятельности были выявлены и у больных второй группы, с превалированием отрицательного радикала (-0,6), преимущественно по параметру мыслительной деятельности (-4,20). Качественный и количественный анализ показали, что большая часть обследуемых больных отмечают «замедленность и затруднения мыслительных процессов» и «хаотичность и непостоянность мыслей».

Данные параметры сопоставимы по своим клиническим проявлениям с когнитивным паркинсонизмом, выражающимся заторможенностью мышления, трудностями концентрации внимания, чувством «пустоты в голове» [12]. В данном аспекте следует

подчеркнуть, что, несмотря на эффективность коррекции когнитивных побочных эффектов традиционной нейролептической терапии применением с этой целью атипичных антипсихотиков [13], большинство больных, принимавших терапию атипичными антипсихотиками при проведении оценки субъективного самочувствия отмечали невыраженные затруднения и замедленность мышления (-3,48) и хаотичность и непостоянство мыслительных процессов (-4.20).

Таблица 3 отражает особенности субъективного самочувствия по разделу – наличие самоконтроля.

Таблица 3

**Показатели субъективного самочувствия в изучаемых группах больных:
наличие самоконтроля**

параметры	На фоне терапии ТА (ср.)	На фоне терапии АА (ср.)
Наличие самоконтроля		
«я отличаю себя от других» (+)	3,07	4,20
«мои чувства и поведение соответствуют ситуации» (+)	3,07	4,80
«я чувствую, что у меня нет сил, и я не контролирую себя» (-)	- 1,86	- 1,64
«мои чувства и поведение не соответствуют ситуации» (-)	- 3,07	-3,48
Суммарный балл	1,21	3,88

Как видно из представленной таблицы – суммарные баллы отличаются в изучаемых группах больных 1,21 и 3,88 соответственно. Так по показателям, «отличие себя от других» и «соответствие поведения ситуации», пациенты, находящиеся на терапии атипичными антипсихотиками, выбирали критерии «сильно» и «в некоторой степени» (4,8), а пациенты, получавшие терапию традиционными антипсихотиками, отвечали на поставленные вопросы как «немного» или «в некоторой степени» (3,07). В то же время «способность контролировать себя» в обеих группах соответствовала критериям «немного или почти нет», (1,86 и 1,64), а «несоответствие поведения ситуации» наиболее часто расценивалось как «немного» или «в некоторой степени»- (3,07 и 3,48). Субъективная неспособность контролировать ситуацию с позиций традиционной нейропсихологии сопоставима с дисфункцией передних отделов головного мозга. Данные показатели отличаются от результатов многочисленных исследований, в которых показано, что пациенты, принимающие атипичные нейролептики, демонстрируют лучшие результаты при нейрокогнитивном тестировании по сравнению с больными, получающими традиционные препараты. Особенно выражены отличия при оценке скорости реакции, внимания и быстроты речи. Например, при сравнении традиционных дофаминовых антагонистов (галоперидол и флуфеназин) с атипичными нейролептиками (рисперидон и оланзапин) продемонстрировано, что при применении последних регистрируются существенно лучшие результаты когнитивного тестирования, особенно при решении более сложных «лобных» задач, требующих планирования и последовательности [13]. Отличия в результатах исследований состоят преимущественно в «осознании» (субъективный уровень) психической деятельности при использовании шкалы субъективного функционирования и «выполнении» (операциональный уровень психической деятельности) при проведении нейрокогнитивного тестирования.

Особенности субъективного осознания регуляции эмоций продемонстрированы в таблице 4.

Как представлено в таблице 4, больные шизофренией, находящиеся на терапии традиционными антипсихотиками, отвечали на поставленные вопросы по данному разделу как «почти нет» или «немного», с отрицательным суммарным баллом (-1,12). Данные показатели сопоставимы с клиническими проявлениями эмоционального паркинсонизма проявляющегося эмоциональной индифферентностью, ангедонией, отсутствием удовольствия от деятельности [12–13]. Следует отметить, что в психическом статусе у пациентов изучаемых групп не было выявлено клинически значимых нарушений со стороны эмоциональной сферы, и выраженной негативной симптоматики. В то же время, пациенты, получавшие терапию атипичными антипсихотиками, отрицали наличие притупления ощущений, безразличия – преимущественно выбирая критерии «совсем нет» или «почти нет»

Показатели субъективного самочувствия в изучаемых группах больных: регуляция эмоционального состояния

параметры	На фоне терапии ТА (ср.)	На фоне терапии АА (ср.)
Регуляция эмоционального состояния		
«то, что происходит вокруг, меня интересует и является важным» (+)	2,35	3,40
«я полностью уверен в своем будущем» (+)	2,67	5,40
«у меня нет никаких надежд на будущее» (-)	- 3,07	- 1,60
«мои мысли и ощущения притуплены, мне все безразлично» (-)	- 3,07	- 1,64
Суммарный балл	-1,12	5,56

(1,64), и демонстрировали уверенность в будущем, выбирая критерии «сильно» или «очень сильно» (5,40). Исходя из вышесказанного можно сделать предварительные выводы о том, что субъективное ощущение регулирования эмоций может зависеть от варианта проводимой антипсихотической терапии.

В таблице 5 представлены показатели субъективного самочувствия по параметрам физической активности в изучаемых группах больных.

Таблица 5

Показатели субъективного самочувствия в изучаемых группах больных: физическая активность

параметры	На фоне терапии ТА (ср.)	На фоне терапии АА (ср.)
физическая активность		
«я хорошо себя чувствую в своем теле» (+)	4,28	5,20
«мое тело мне привычно, я чувствую, что оно мне принадлежит» (+)	3,64	5,16
«я чувствую себя обессиленным и изнуренным» (-)	- 2,25	- 1,40
«я чувствую, что мое тело для меня обуза» (-)	- 2,04	- 1,36
Суммарный балл	3,63	7,60

Как видно из данной таблицы, показатели субъективного самочувствия по параметрам физической активности имеют статистически значимые отличия в изучаемых группах больных (суммарные баллы 3,63 и 7,60 $p < 0.05$).

В таблице 6 представлены показатели субъективного самочувствия по параметрам раздела – социальные взаимоотношения.

Таблица 6

Показатели субъективного самочувствия в изучаемых группах больных: социальные взаимоотношения

параметры	На фоне терапии ТА (ср.)	На фоне терапии АА (ср.)
Социальные взаимоотношения		
«окружающий мир кажется мне знакомым и дружелюбным» (+)	3,07	1,40
«мне легко взаимодействовать с окружающими людьми» (+)	3,64	5,40
«мне очень трудно вступать в разговор и устанавливать контакт с другими людьми» (-)	4,28	3,40
«окружающий мир кажется мне чуждым и угрожающим» (-)	1,86	1,64
Суммарный балл	0,57	1,76

Индифферентность по отношению к социальному взаимодействию демонстрировали преимущественно пациенты, находящиеся на терапии традиционными антипсихотиками, выбирая критерии «немного» или «в «некоторой степени» (3,64) по параметрам легкости взаимодействия с окружающими, и «сильно» (4,28) по параметру трудности вступать в

разговор. Пациенты, получавшие терапию атипичными антипсихотиками, отмечали как «сильно» или «в некоторой степени» (5,40) – способность взаимодействовать с другими людьми, и в то же время испытывали субъективные затруднения при контактах с другими людьми и «трудности при вступлении в разговор» – выбирая критерии «немного» или «в некоторой степени» (3,40). Показатели субъективного самочувствия по параметрам социального взаимодействия так же имеют статистически значимые отличия в изучаемых группах больных (суммарные баллы 0,57 и 1,76 $p < 0.05$).

Выводы:

Предварительные данные исследования продемонстрировали, что субъективное самочувствие при лечении антипсихотическими препаратами зависит преимущественно от варианта проводимой антипсихотической терапии, и не находится в прямой корреляционной связи со степенью выраженности клинических проявлений шизофрении.

Ухудшение субъективного самочувствия ограничивает функциональные возможности больных шизофренией приводит к выраженной социальной и трудовой дезадаптации, снижению «качества жизни» в целом. Выявленные особенности сопоставимы с литературными данными [14–16].

У большинства обследованных больных наблюдались клинические проявления синдрома психомоторной индифферентности, разной степени выраженности, проявившиеся на фоне приема как традиционных так и атипичных антипсихотиков.

Выявленные в результате исследования, субъективные нарушения когнитивной деятельности, в обеих группах больных могут быть ассоциированы с лекарственно-индуцированным паркинсонизмом («паркинсонизм мышления» Kim J. H. 2007).

Предварительные данные исследования продемонстрировали, что в большинстве случаев именно выраженность, необратимость и дезадаптирующая составляющая DIMD-расстройств, а не основное заболевание (шизофрения), ограничивают функциональные возможности пациентов, приводят к психологической и социальной изоляции, потере трудоспособности и инвалидизации больного, что указывает на несомненную актуальность изучения данной проблемы.

Литература

1. Яничак Ф.Д., Девис Д.М., Прескорн Ш.Х., Айд мл. Ф.Д. (1999) Принципы и практика психофармакотерапии/Пер. с англ. С.А. Малярова.– К.: Ника-центр.– С. 357–393, 129–223.
2. Cornella C. (1999) Drug-induced movement disorders//In: Movement disorders in clinical practice. Ed. G. Sawlc.– Oxford,– P.73–92.
3. Fitzgerald PM, Jankovic J. (1989) Tardive oculogyric crises//Neurology, – V.39,– P.1434–1437.
4. Gershanic O.S. (1998) Drug-induced dyskinesias//In: J. Jankovic, E. Tolosa (eds). Parkinson's disease and movement disorders. 3rd ed.– Baltimore. Williams&Wilkins,– P.579–599.
5. Grace A.A. (2000) Gating of information flow within the limbic system and the pathophysiology of schizophrenia//Brain Research Reviews,– V.31, (2–3),– P. 330–341.
6. Hyde T.M., Saper C.B, German D.C., Hersh L.B., Holt D.J. (2000) Evidence for a deficit in cholinergic interneurons in the striatum in schizophrenia//Brain Research Reviews,– V.31, (2–3),– P. 230–242.
7. Seeman P. Dopamine D2 receptors as treatment targets in schizophrenia.//Clin Schizophr Relat Psychoses. 2010 Apr;4 (1):56–73. Review.
8. Novak G, Seeman P, Le Foll B. Exposure to nicotine produces an increase in dopamine D2 (High) receptors: a possible mechanism for dopamine hypersensitivity.//Int.J Neurosci. 2010 Nov;120 (11):691–7
9. Novak G, Seeman P. Hyperactive mice show elevated D2 (High) receptors, a model for schizophrenia: Calcium/calmodulin-dependent kinase II alpha knockouts.//Synapse. 2010 Oct;64 (10):794–800.
10. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Киев. Издательство «Факт».– 1999.– С. 85–98.
11. A new rating scale for negative symptoms: The Motor-Affective-Social Scale//Psychiatry Research.- V. 160,– Issue 3,– 30 September 2008,– P. 346–355.
12. Borison RL. The role of cognition in the risk-benefit and safety analysis of antipsychotic medication//Acta Psychiatr Scand –1996.– 26с.
13. Аведисова А.С. Неврология, Педиатрия, Качественная клиническая практика//Фарматека.- № 9–10, (87).-2004.
14. Марута Н.А. Использование интегративного показателя качества жизни в диагностике, терапии и реабилитации больных шизофренией//Архив психиатрии.– 2004.–Т. 10, вып. 2 (37). –С. 4–9.
15. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. ВОЗ. 2006. 185 с.

16. Saarni S.I., Suvisaari J., Sintonen H. et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey//The British J. of Psychiatry.– 2007.– V. 190.– P. 326–332.

КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУБ'ЄКТИВНОГО САМОПОЧУТТЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ТЕРАПІЮ АНТИПСИХОТИЧНИМИ ЗАСОБАМИ.

Плотникова О.В.

Державна Установа. Кримський Державний Медичний Університет ім.
С.И. Георгієвського.

Вивчалися і аналізувалися особливості суб'єктивного самопочуття у хворих на шизофренію, які отримували терапію традиційними антипсихотиками або атипівними антипсихотиками. Показники суб'єктивного самопочуття вивчалися за допомогою опитувальника SWN-S. Були виявлені значні особливості суб'єктивного самопочуття в обох досліджуваних групах. Якісний і кількісний аналіз показав, що більша частина обстежуваних хворих не відмічають низькі показники суб'єктивного самопочуття та зниження «якості життя» в цілому.

Ключові слова: шизофренія, лікарсько-індуковані рухові розлади, суб'єктивне самопочуття, опитувальник SWN-S.

CLINICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS SUBJECTIVE WELL-BEING UNDER NEUROLEPTIC TREATMENT IN THE SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Plotnikova E. V.

The State establishment "Crimean State Medical University of S.I. Georgievsky"

There were investigated and analyzed the subjective well-being under neuroleptic treatment in the schizophrenic patients treated with conventional antipsychotics or atypical antipsychotics. Indicators of subjective well-being were studied by means of SWN – questionnaire. Have been revealed significant violations the "subjective well-being" of both study groups. The qualitative and quantitative analysis has shown that the most part of surveyed are not satisfied with the life. Limiting the functionality of patients with schizophrenia due to decreased subjective well-being under neuroleptic treatment leads to severe social and occupational maladjustment and reduce the "quality of life".

Key words: schizophrenia, drug-induced movement disorders, subjective well-being, SWN-S questionnaire.

УДК 616.895.8-085:615.214

ПОРІВНЯННЯ АНТИПСИХОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ПЕРШОГО ТА ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ ЇХ ПЕРЕВАГИ ТА НЕЛОЛІКИ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПСИХОЗУ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ

П.А. Кисляк

Волинська обласна психіатрична лікарня № 2

Вступ. Лікування гострого психозу є актуальним і складним питанням, збудженого хворого необхідно якомога швидше заспокоїти, щоб він не наніс шкоди здоров'ю собі чи оточуючим. Для цього потрібно вибрати оптимальну тактику лікування. Основними препаратами залишаються на сьогоднішній день нейролептики. Вибір їх надзвичайно широкий.

Перед клініцистом часто постає питання: антипсихотик якого покоління слід обрати для лікування гострого психозу параноїдної шизофренії? Адже тут слід врахувати не лише клінічні ефекти цих препаратів, а також і з економічну сторону цього питання. Чи вірним є твердження, що атипівні нейролептики при їх високій ціні, враховуючи непрямі затрати, в результаті є більш вигідними, оскільки забезпечують тривалу ремісію і мають високий комплаєнс?. І чи вірним є твердження, що типові нейролептики найчастіше викликають екстрапірамідні розлади? Чи дійсно атипівні нейролептики менше викликають екстрапірамідну симптоматику і навіть, на противагу останнім, впливають на негативну

симптоматику? Таким чином постають нелегкі питання і в цій статті саме проводиться аналіз переваг та недоліків нейролептиків першого та другого покоління.

Також було проведено дослідження в якому прийняло участь 72 хворих з гострим психозом половина з яких отримувала антипсихотики другого покоління (рисперидон, оланзапін) а інша половина антипсихотики першого покоління (галоперидол, аміназин). Дослідження проводилося протягом року (2009 р –2010 р)

Матеріали і методи. З ціллю виконати завдання дослідження було проведено порівняння матеріальних джерел, присвячених порівнянню: типових і атипичних нейролептиків, протоколів медикаментозного лікування гострого психозу шизофренії. Проведене дослідження на базі Волинської обласної психіатричної лікарні № 2 в якому прийняло участь 72 хворих з гострим психозом половина з яких отримувала антипсихотики другого покоління (рисперидон, оланзапін) а інша половина антипсихотики першого покоління (галоперидол, аміназин). Дослідження проводилося протягом року (2009 р –2010 р). Результати оцінювалися по шкалі PANSS. Також були проаналізовані джерела присвячені концепції ремісії шизофренії.

Результати. Для того щоб з'ясувати по яким критеріям оцінювати ефективність антипсихотиків у лікуванні гострого психозу параноїдної шизофренії слід розглянути які першочергові завдання ставляться перед лікарем.

Знизити вірогідність насильницьких дій з боку хворого

Дозволити проводити більш спеціалізоване лікування

Уникнути необхідності механічної фіксації хворого

Полегшити діагностичні міроприємства [8]

До того ж лікування проводиться в 3 основні етапи:

Перша фаза: Курація гострого збудження.

Проводиться контроль над маренням і галюцинаціями, особливо, якщо вони супроводжуються збудженням і агресією. Мета цієї фази вивести пацієнта на рівень який дозволить надавати більш спеціалізовану допомогу.

Друга фаза: Повернення функціонування. Вираженість ажитації стає менша, що дозволяє нам звернути увагу на когнітивні функції, які як правило при гострому психозі значно порушуються, хоча вони повертаються дуже повільно до попереднього рівня [9,10] і їх остаточне лікування проводиться вже поза межами стаціонару. Також слід обрати препарат який буде підходити саме цьому пацієнту, враховуючи профіль побічних дій, необхідно підібрати дозу яка буде достатньою для того щоб мінімізувати ризик повернення до попереднього стану. Звертається увага на побічну дію антипсихотиків. Крім того важливо досягти згоди пацієнта на лікування, створення зв'язку між лікарем та хворим, турботливе ставлення, проведення освітньої роботи, що є не менш важливим на цій фазі лікування.

Третя фаза: досягнення ремісії. Ціль цього етапу полягає у активному залученні пацієнта до свого лікування, участь його у психотерапії, психосоціальних заходах. Крім того вибір антипсихотика з благоприємним профілем побічних дій дає шанси що хворий буде з терпінням виконувати інструкції, навіть після виписки зі стаціонару. [11]

Що до того яким препаратами надавати перевагу у лікуванні гострого психотичного збудження.

Групою вчених з Європи було проведено порівняння 24 протоколів медикаментозного лікування гострого психозу шизофренії з різних країн світу [2]. У 13 протоколах препаратами першої лінії є як типові так і атипичні нейролептики. А у 11-ти всеж таки віддають перевагу традиційним антипсихотикам. Причому дози препаратів в межах 200–1000 мг хлорпромазинового еквіваленту. А Австралійські і Норвежські, що є новішими пропонують дозу 200–400 мг.

На предмет того чи антипсихотики другого покоління є ефективніші за антипсихотики першого покоління, було проведено Американське клінічне дослідження ефективності антипсихотиків (CATIE – Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) [5], яке фінансувалося державою, в ньому прийняли участь 57 дослідницьких центрів за період між 2001 и 2004 рр. досліджувалося 1493 пацієнта. Порівнювались антипсихотики II покоління – оланзапін, кветіапін, рисперидон, зипразидон з антипсихотиком I покоління – перфеназином, який володіє середньою ефективністю. В результаті були отримані дані про те, що препарати II покоління не відрізнялися один від одного, а також від перфеназина, антипсихотика I покоління, ні по ефективності, ні по частоті і вираженості екстрапірамід-

них побічних ефектів. Не було отримано даних на користь препаратів II покоління в плані впливу на негативну симптоматику і когнітивні порушення. Окремі препарати відрізнялися один від одного по спектру специфічних побічних ефектів. Так, оланзапін частіше інших викликав збільшення маси тіла і дисліпидемію, кветіапін мав виражені антихолінергічні ефекти, рисперидон приводив до розвитку гіперпролактинемії і побічних ефектів зі сфери сексуальної сфери.

Друге дослідження було проведене в Великобританії, яке теж фінансувалося державою з метою визначення затрат і користі при приміненні антипсихотичних препаратів II покоління при шизофренії (Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study – CUtLASS) [5]. Основним параметром служили показники якості життя через 1 рік і вираженість симптоматики. Результати оцінювали експерти, які не мали доступу до інформації про назначення препаратів. В дослідженні CUtLASS-1 взяли участь 227 пацієнтів з діагнозом шизофренія, які були в основному амбулаторними хворими. Було виявлено випадки недостатньої ефективності і небажаних ефектів серед пацієнтів, рандомізованих на прийом антипсихотиків I і II покоління (амісульпірид, оланзапін, кветіапін і рисперидон). Доля пацієнтів, що звернулася після першого року на повторне обстеження, складала 81 %. За цей рік препарати II покоління не показали кращі результати ніж антипсихотики I покоління ні по покращенню якості життя, ні по дії на психотичну симптоматику. На ділі у учасників, що отримували антипсихотики I покоління, була помітна навіть краща позитивна динаміка. Крім того, між групами препаратів не було виявлено різниці по частоті виникнення екстрапірамідних побічних ефектів. По даним опитувань учасників, не було виявлено надання переваги якомусь із класів препаратів. Дизайн дослідження CUtLASS-2 був схожим за винятком того, що в ньому проводили порівняння ефективності клозапіну і інших антипсихотиків II покоління. Приняло участь 136 пацієнтів, які були резистентні до двох і більше курсів адекватної терапії. Протягом 1 року, клозапін показав кращі результати; крім того, пацієнти самі надавали перевагу саме цьому антипсихотику. Також було проведено дослідження в Німецькій клініці, де були розглянуті листки призначень з 1998 року по 2004 рік [7]. Не було виявлено якихось більших переваг антипсихотиків II покоління, проте виявлено один цікавий факт, що при виникненні екстрапірамідної симптоматики у хворих, що отримували типові антипсихотики лікарі не зменшували дозу а переходили на атипіві нейролептики.

Існують також окремі дані про те, що оланзапін мав переваги в лікуванні гострих психотичних станів перед препаратом I покоління, зокрема галоперидолом [6]. Проте в групі хворих були включені ті, що вже отримали лікування в перші тижні типовими антипсихотиками, до того ж якби використовували галоперидол у менших дозах він би мав не гірші показники ніж оланзапін. Проведене дослідження на базі Волинської обласної психіатричної лікарні № 2 в якому прийняло участь 72 хворих з гострим психозом половина з яких отримувала антипсихотики другого покоління (рисперидон, оланзапін) а інша половина антипсихотики першого покоління (галоперидол, аміназин). Дослідження проводилося протягом року (2009 р – 2010 р). Середня добова доза препаратів була 300 мг хлорпромазинового еквіваленту, тобто рисперидон- 6 мг, оланзапін- 15 мг, галоперидол – 6,5 мг, аміназин- 300 мг. Не проводилась вибірка хворих, тобто дослідження проводилося в реальних умовах. На нарощування дози тратилося від 6-ти до 9-ти днів, курс лікування тривав від 11-ти до 14-ти тижнів. Отримані результати були подібні до результатів американського клінічного дослідження САПЕ. Лише рисперидон показав кращі результати ніж галоперидол на 7 % по ефективності, крім того 2 хворих відмовились отримувати галоперидол мотивуючи це побічними ефектами в минулому. Не було підтверджено, що нейролептики I покоління більше викликають екстрапірамідні розлади, також не виявлено переваг антипсихотиків II покоління що до впливу на негативну симптоматику.

Антипсихотики також слід обирати за їхнім профілем побічної дії, а основні побічні дії нейролептиків є такими: аміназин – гіпотензія, тахікардія, сонливість; галоперидол – екстрапірамідні розлади, ажитація; клозапін- гіперсалівація, тахікардія, гіпотензія, агранулоцитоз; оланзапін- сонливість, ажитація, серцевий біль, збільшення маси тіла, невроз; кветіапін- гіпотензія, серцевий біль, сонливість; рисперидон – порушення сну, ажитація, тривога, гіпотензія, екстрапірамідні розлади, серцевий біль; зипразидон – диспепсія, акатизія, сонливість [12].

У нашому дослідженні не було виявлено виражених екстрапірамідних розладів при застосуванні галоперидолу.

Розглянемо економічний бік питання вибору антипсихотиків.

Основні затрати на лікування шизофренії йдуть не на закупівлю ліків, а на перебування хворого в стаціонарі. Тому питання вибору препаратів першого чи другого покоління

антипсихотиків заключається не в ціні а в їхній ефективності, зокрема зменшення частоти повторних госпіталізацій. Проведені дослідження показали, що нейролептики другого покоління не переважають над нейролептиками першого покоління в досягненні ремісії, і саме поняття ремісії в повному розумінні цього слова не може на даний час примінятися що до хворих на шизофренію [1], тому такий критерій як ціна препарату є більш переконливим. До того ж в Україні немає широкого використання ін'єкційних форм атипичних антипсихотиків, тому лікувати гостре психотичне збудження доводиться препаратами першого покоління і переконати хворого, приймати будь-які нейролептики є дуже важко [15].

Тепер щодо питання ремісії. Дві робочі групи (одна в США інша в Європі) займалися питанням симптоматичної ремісії при шизофренії і розробили конкретні критерії оцінки. При чому малася на увазі симптоматична ремісія, яка не вимагала повної відсутності симптоматики і тривалістю не менше 6 місяців. При застосуванні даних критеріїв виявилось, що третина хворих в яких вважалася досягнута ремісія не відповідали критеріям ремісії. [1].

Дискусія. Багато авторів свержує, що антипсихотики II покоління викликають меншу кількість екстрапірамідних розладів, що є гарантією того, що хворий буде отримувати підтримуючу терапію. Негативізм у хворого виникає тому, що лікують в дозах, які є безпідставно завищеними, сучасні підходи заключаються в тому щоб використовувати менші дози нейролептиків, а при необхідності назначають бензодіазепіни [3]. Тоді не буде виникати негативізм, а збільшення дози у гострій фазі всеодно не збільшує ефективність. Також слід пам'ятати про те, що для досягнення терапевтичного ефекту необхідна блокада 75 % дофамінових рецепторів, тоді як для розвитку екстрапірамідної симптоматики потрібна блокада 85 % рецепторів [13]. При цьому покращення у в деяких хворих настає дуже швидко протягом декількох днів, а у інших – розвивається поступово на протязі декількох місяців. Не існує ніяких доказів існування клінічної толерантності, оскільки, якби вона формувалася, то в процесі лікування доводилося б нарощувати дозу препаратів. Дослідження з використанням фіксованої дози препарату показали, що ефективність препарату залишається незмінною протягом всього курсу лікування. Крім того, через декілька тижнів не тільки не потребується збільшувати дозу препарату, а павпаки – доводиться знижувати [14]. Тому тактика надвисоких доз не є доцільною. Проте всі препарати першого покоління викликають розвиток побічних екстрапірамідних симптомів завдяки вираженому антагонізму до D_2 -дофамінових рецепторів. Так проте згідно з дофамінергною гіпотезою А. Карлсона, за яку він в 2000 році отримав Нобелівську премію, блокада D_2 -дофамінових рецепторів являється основним механізмом розвитку антипсихотичного ефекту як класичесних нейролептиків, так і атипичних антипсихотиків.

І все ж такі непрямі затрати, як втрата працездатності, виплати в зв'язку з інвалідністю, смертність, зокрема від суїцидів, збільшення злочинності є актуальними для суспільства і тривалість ремісії істотно зменшує ці затрати.

Так, проте перевага Клозапіну у резистентних хворих є очевидною, також ціна його є невеликою і хоча по ефективності атипичні антипсихотики рівні типовим, проте вони не викликають такої кількості побічних ефектів. Так клозапін є препаратом поза конкуренцією, але ми говоримо про хворих без резистенції до терапії.

Необхідно зменшити частоту повторних госпіталізацій за рахунок тривалих ремісій, причому необхідно оцінювати ремісію по запропонованим критеріям, для того щоб виявити хворих з недосягнутою ремісією і вжити всі можливі заходи, медикаментозні і немедикаментозні, для якомога тривалішого перебування їх в суспільстві.

Ризик рецидиву – 50 % в 1-й рік верифікованого діагнозу (W. Gaebel., 2002) и 40 % – ре-госпіталізацій, в наслідок нонкомплаєнса (D. Misdrahi 2002). Ризик рецидиву при першому епізоді шизофренії в 5 раз вищий при припиненні підтримуючої терапії (D. Robinson, 1999). І коли склалася така ситуація що хворий не хоче приймати препарат, будь то антипсихотик I чи II покоління, у таких хворих препаратами вибору є депоновані форми антипсихотичних препаратів.

Затрати на хворих, що страждають на шизофренію в основному йдуть на стаціонарне обслуговування а не на ліки, частина хворих знаходиться у відділеннях не по медичним показанням а по соціальним, наприклад у недієздатної особи помер опікун, житла не має, чи просто родичі не хочуть забирати, а лікар не вагається відпустити хворого самого додому. Тривале перебування в стаціонарі, втрата особистого життя, пасивна участь в своїй долі, відсутність життєвих проблем, які спонукають до мотивацій ще більше зменшують адаптацію до життя в суспільстві ніж сама хвороба [4]. Так проте як показали дослідження, – не

було доведено переваг антипсихотиків II покоління що до впливу на негативну симптоматику і у досягненні ремісії, в повному її розумінні [1, 5]. Тому в більшості випадків раціональніше використовувати антипсихотики I покоління.

Висновок. Проведені дослідження CUTLASS і CATIE були наближені до реальних умов, не була проведена така чітка вибірка хворих як при дослідженні нового препарату, до того ж фінансування здійснювалося державам які хотіли з'ясувати чи вигідно з економічної точки зору використовувати атипіві антипсихотичні препарати у лікуванні гострого психозу параноїдної шизофренії, тому вони є переконливими і не заангажованими. Ці дослідження, зокрема і наше показали, що вигідніше використовувати антипсихотики I покоління.

Слід також не назначати антипсихотики у високих дозах, цим самим буде забезпечений комплаєнс, а при відсутності його слід назначати депо препарати, оскільки з економічної точки зору вигідно, зменшити частоту повторних госпіталізацій за рахунок тривалих ремісій які забезпечуються тим, що хворі абулаторно приймають ліки. А якщо комплаєнса таким чином не вдалось досягнути то для підтримуючої терапії доцільно широко використовувати депо препарати. Також слід зменшити затрати за рахунок того, щоб не використовувати антипсихотики II покоління в гострий період, окрім звичайно Клозапіну у резистентних хворих.

Не існує переконливих доказів того, що атипіві антипсихотики є більш ефективними в лікуванні гострого психітичного збудження і не існує доказів що антипсихотики II покоління ефективні в досягненні ремісії.

Література

1. Andreasen N. C., Carpenter Jr. W. T. Kane J. M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus//Am. J. Psychiatry. 2005 vol. 162. p. 441–449.
2. Gaebel W., Weinmann S., Sartorius N., Rutz W., McIntyre J. S et al. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison//British Journal of Psychiatry 2005. p. 248–255.
3. Секреты психиатрии/Джеймс Л. Джекобсон, Алан М. Джекобсон; Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. 310–314.
4. Чуркин А. А. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний. Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Т. Б. Дмитриевой.- М. Медицина, 2001. с. 296–314.
5. Lewis Sh., Lieberman J.. CATIE and CUTLASS: can we handle the truth?//British Journal of Psychiatry 2008; 192 p. 161–163.
6. Маляров С. А., Блажевич Ю. А. Сравнительная оценка эффективности оланзапина, галоперидола и клозапина в период активной терапии больных шизофренией и шизоаффективным расстройством: результаты ретроспективного натуралистического исследования//Социальная и клиническая психиатрия Том 16, выпуск 3 под ред. Гуровича И. Я. Москва 2006. с. 61–79.
7. Wessels T., Grunler D., Specka M. Changes in the Treatment of Acute Psychosis in German Public Hospital from 1998 to 2004.//Psychiatr Q. 2007. 78: 91–99.
8. Принципы и практика психофармакотерапии Филипп Дж. Яничак, Джон М. Дэвис, Шелдон Х. Прескорн, Фрэнк Дж. Айд Мал.- Киев Ника-Центр 1999 г. с. 164–167.
9. Sweeney JA, Haas GL, Keilp JG, Long M. Evaluation of the stability of neuropsychological functioning after acute episodes of schizophrenia: one-year follow-up study. Psychiatry Res 1991; 38:63–76.
10. Jibson MD, Tandon R. A summary of new research findings on the new antipsychotic drugs. Essential Psychopharmacol 1996; 1:27–37.
11. John G. Csernansky Schizophrenia A New Guide for Clinicians//Marcel Dekker, New York 2001; 117–136
12. John G. Csernansky Schizophrenia A New Guide for Clinicians//Marcel Dekker, New York 2001; 213–246
13. Arnt J, Skarsfeld T: Do novel antipsychotic have similar pharmacological characteristics? A review of the evidence. Neuropsychopharma 18:63–101, 1998
14. Davis JM, Dysken MW, Haberman SJ, Javadi J, Chang S, Killian G. Use of survival curves in analysis of antipsychotic relapse studies. In: Cattabeni F, Racogni G, Spano P, eds. Long-term effects of neuroleptics (Adv Biochem Psychopharmacol, Vol. 2) New York: Raven Press, 1980:471–481
15. Alex J. Mitchell и Thomas Selmes. Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry//Advances in Psychiatric Treatment 2007; 13: 336–346

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ТЕЧЕНИЯ

И. Д. Спирина, С. Ф. Леонов, Я. С. Варшавский, Т. Й. Шустерман,
А. Е. Николенко, С. В. Рокотов*

Днепропетровская государственная медицинская академия, кафедра психиатрии,
общей и медицинской психологии,

*Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница»
Днепропетровского областного совета»

Авторами изучено состояние клеточного иммунитета у 32 больных параноидной формой шизофрении с разными типами течения по сравнению с 17 больными страдающими острым полиморфным психотическим расстройством. В ходе исследования установлено, что при непрерывном типе течения шизофрении происходит значимое снижение процентного отношения и абсолютного количества Т-лимфоцитов, а также Т-хелперов. При эпизодическом типе течения с нарастающим дефектом выявлено снижение абсолютного количества Т-лимфоцитов и их субпопуляции Т-хелперов. Выявлена корреляция снижения иммунологического статуса с тяжестью шизофренического процесса.

Ключевые слова: шизофрения, типы течения, клеточный иммунитет, Т-лимфоциты, Т-хелперы.

Вступление. В настоящее время все большее внимание уделяется патогенетическому значению нарушений иммунитета при развитии многих заболеваний, в том числе и психических [1,2]. Несмотря на достаточно большое число работ по иммунологии шизофрении, сведения об особенностях клеточного иммунитета при разных формах и типах течения заболевания немногочисленны и разноречивы [3]. В доступной литературе недостаточно проанализированы изменения Т-лимфоцитов и их субпопуляций при параноидной форме шизофрении с разными типами течения [4,5].

Недостаточность эффективности от проведения терапии при помощи традиционных методов при шизофреническом процессе сопряжено с имеющими место выраженными иммунными нарушениями. В связи с этим, изучение клеточного иммунитета у больных шизофренией представляет большой интерес для клинической практики и разработки патогенетически обоснованных способов лечения данной патологии [6,7].

Целью настоящей работы явилось изучение состояния клеточного иммунитета у больных параноидной шизофренией и выявление корреляций изучаемых показателей с разными типами течения данного заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 32 больных параноидной шизофренией мужского пола. Средний возраст больных составил – $29,93 \pm 1,63$ лет. Среди них – 18 пациентов с непрерывным типом течения, 7 – с эпизодическим типом течения и нарастающим дефектом, 4 – с эпизодическим типом течения со стабильным дефектом, 3 – с длительностью наблюдения менее года. Группу контроля составили 17 больных мужчин с острым полиморфным психотическим расстройством без симптомов шизофрении, сопоставимых с обследованными больными шизофренией по полу и возрасту (средний возраст – $25,95 \pm 1,07$ лет). Все больные находились на лечении в психиатрическом стационаре и получали антипсихотическую терапию согласно клиническим протоколам с соблюдением общепринятых принципов проведения психотропного лечения.

При проведении исследования использовался клинко-психопатологический метод, на основе применения общепринятых подходов к психиатрическому обследованию пациентов. Диагностика психических расстройств осуществлялась согласно критериям МКБ-10.

Применение клинко-иммунологического метода проводилось с оценкой выраженности клеточного иммунитета больных основной группы и группы сравнения. Детально изучалось процентное отношение Т-лимфоцитов от общего количества лимфоцитов (CD3+/CD45+), абсолютного количества лимфоцитов (CD3+), процентного отношение Т-хелперов от общего количества лимфоцитов (CD3+CD4+/CD45+) и абсолютного количества Т-хелперов (CD3+CD4+).

Статистическую обработку результатов проводили с применением непараметрического критерия Фишера.

Результаты исследования. Данные, полученные при помощи клинико-психопатологического и клинико-иммунологического методов исследования больных параноидной шизофренией с разными типами течения заболевания и больных с острым полиморфным психотическим расстройством без симптомов шизофрении представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели клеточного иммунитета у больных параноидной формой шизофрении с разными типами течения в сравнении с показателями больных имеющих острое полиморфное психотическое расстройство (M±m)

Нозология	Показатели	CD3+/CD45+ (%)	CD3+ (Абс.)	CD3+CD4+/CD45+ (%)	CD3+CD4+ (Абс.)
Непрерывный тип течения шизофрении (n=18)		47±3,6*	509±10,43*	30±0,05*	320±9,9*
Эпизодический тип течения шизофрении с нарастающим дефектом (n=7)		68±2,4	647±8,2*	40±1,4	385±2,08*
Эпизодический тип течения шизофрении со стабильным дефектом (n=4)		52±3,08	831±9,2	47±1,1	513±8,7
Период наблюдения менее года (n=3)		74±1,2	1403±4,6	42±3,1	792±5,7
Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (n=17)		62±3,1	1297±4,9	42±0,2	872±4,9
Референтный показатель		52-72	950-1800	31-46	570-1100

Примечание: «*» – показатель при $p < 0,05$;

В ходе исследования было установлено, что при шизофрении происходит изменение состояния клеточного иммунитета. Так, статистически значимое снижение процентного отношения Т-лимфоцитов от общего количества лимфоцитов и их абсолютного количества, выявлено при параноидной форме шизофрении с непрерывным типом течения. Следует отметить, что в процентном соотношении данные показатели снижены незначительно, а в абсолютных цифрах отмечался выраженный дефицит клеточной экспрессии. Подобная тенденция установлена и в отношении Т-хелперов при данной типе течения заболевания по сравнению с группой острого полиморфного психотического расстройства.

При параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения с нарастающим дефектом установлено статистически достоверное, значительное снижение абсолютного количества Т-лимфоцитов и их субпопуляции Т-хелперов, по отношению к группе сравнения. В то же время, статистической разницы процентных соотношений Т-лимфоцитов и Т-хелперов у обеих групп не выявлено.

У больных с эпизодическим типом течения параноидной шизофрении и стабильным дефектом показатели абсолютного количества Т-лимфоцитов и Т-хелперов приближались к нижней границе нормы, в то время, как их процентные отношения соответствовали референтным.

У больных шизофренией с периодом наблюдения менее года и больных с острым полиморфным психотическим расстройством без симптомов шизофрении изменений клеточного иммунитета по изучаемым показателям не выявлено.

Выводы. Таким образом, показатели клеточного иммунитета у больных параноидной формой шизофрении с непрерывным и эпизодическим типами течения с нарастающим дефектом достоверно снижены как в процентном соотношении, так и в абсолютном количестве по сравнению с показателями больных с острым полиморфным психотическим расстройством. Выявлена корреляция снижения иммунологического статуса с тяжестью шизофренического процесса: наиболее выраженное снижение количества Т-лимфоцитов и Т-хелперов отмечалось у больных с более прогрессивным типом течения, т. е. при непрерывно протекающей параноидной шизофрении и эпизодическом типе течения с нарастающим дефектом. Однако следует отметить, что для полного понимания механизмов, приводящих к изменению клеточного иммунитета у больных шизофренией при разных типах течения, и последующей разработки патогенетически детерминированных методов лечения, необходимы дальнейшие исследования.

Список литературы.

1. Жданов В.А. Особенности корреляционных связей в системе цитокинов/А.В. Жданов, Г.Т. Сухих, М.П. Давыдова//Бюл. экпер. биол. и медицины.– 2003.– № 1.– С. 34–37.
2. Кутько І.І. Інтерлейкіновий та інтерфероновий статус у хворих на параноїдну шизофренію/І.І. Кутько, В.М. Фролов, Г.С. Рачкаускас//Укр. вісн. психоневрології.– 2004.– Т. 12, вип. 4 (41).– С. 65–67.
3. Кушнер С.Г. Фагоцитарная активность нейтрофилов у больных шизофренией и шизоаффективным психозом/С.Г. Кушнер, Г.И. Коляскина, В.Г. Каледа [и др.]//Журн. неврол. и психиатрии.– 2000.– № 4.– С. 64–65.
4. Кузнецова Л.В. Полиоксидоний – иммуномодулирующий препарат нового поколения/Л.В. Кузнецова, В.М. Фролов, Е.В. Высочин//Укр. медичний альманах.– 2007.– Т. 10, № 2.– С. 195–201.
5. Коляскина Г.И. Изменение иммунного профиля больных шизофренией/Г.И. Коляскина, Т.П. Секирина, Л.В. Андросова//Журн. невролог. и психиатр.– 2004.– Т. 104 (4).– С. 39–45.
6. Столяров И.Д. Нейроиммунология: некоторые теоретические и прикладные аспекты/Столяров И.Д., Огурцов Р.П., Петров А.М.//Нейроиммунология.– 2009.– № 3.– С. 11–15.
7. Steiner J. Immunological aspects in the neurobiology of suicide: Elevated microglial density in schizophrenia and depression in associated with suicide/J. Steiner, H. Biela, R. Brisch [et al.]//J. Psychiat. Res.– 2008.– V.42.– P. 66–72.

STATE OF CELLULAR IMMUNITY OF PATIENTS WITH PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT TYPES OF FLOW

*I. D. Spirina, S. F. Leonov, Y. S. Warsawskiy *, T. Y. Shusterman, A. Y. Nikolenko, S. V. Rokutov*

Dnipropetrovsk State Medical Academy,

*Municipal establishment «Dnipropetrovsk clinical psychiatric hospital» of Dnipropetrovsk Regional Council»

The authors have studied the state of cellular immunity in 32 patients with paranoid schizophrenia with different types of flow, compared with 17 patients with acute polymorphic psychotic disorder. The study found that there was a significant reduction in percentage and absolute number of T-lymphocytes and T-helper cells at the continuous type of schizophrenia. A reduction of absolute number of T-lymphocytes and their subpopulation of T-helper cells was showed at the episodic type of flow with progressive defect. Correlation of reduce of immunological status with the severity of the schizophrenic process was exposed.

Key words: schizophrenia, types of flow, cellular immunity, T-lymphocytes, T-helper cells.

СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ ПАРАНОЇДНОЮ ФОРМОЮ ШИЗОФРЕНІЇ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ПЕРЕБІГУ

І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, Я.С. Варшавський, Т.Й. Шустерман, А.Є. Ніколенко, С.В. Рокутов*

Дніпропетровська державна медична академія, *

Комунальний заклад «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради»

Авторами вивчений стан клітинного імунітету у 32 хворих параноїдною формою шизофренії з різними типами перебігу в порівнянні з 17 хворими з гострим поліморфним психотичним розладом. В ході дослідження встановлено, що при безперервному типові перебігу шизофренії відбувається значиме зниження відсоткового відношення та абсолютної кількості Т-лімфоцитів, а також Т-хелперів. При епізодичному типі перебігу з дефектом, що наростає, виявлено зниження абсолютної кількості Т-лімфоцитів та їх субпопуляції Т-хелперів. Виявлена кореляція зниження імунологічного статусу з тяжкістю шизофренічного процесу.

Ключові слова: шизофренія, типи перебігу, клітинний імунітет, Т-лімфоцити, Т-хелпери.

НООЕТИЧНІ ДИЛЕМИ У ТЕРАПІЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР*К. В. Аймедов, Ю. В. Довгий*

Науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Резюме: в статті с позицій концепції нооетики рассмотрены стратегии медико-социальной реабилитации пациентов страдающих склонностью к азартным играм. Особое место отведено влиянию феномена «виртуальной реальности», который предполагает использование нооэтической парадигмы в практической деятельности психиатра.

Ключевые слова: нооетика, деонтология, патологический гемблинг, лудомания.

Найважливішою особливістю розвитку цивілізації у ХХІ столітті, на думку фахівців, ставатиме процес глобалізації суспільства [1, 2], який обумовлений, передусім, новим етапом у геологічній історії біосфери – ноосфери (за В.І. Вернадським [3]), а саме глобалізацією її інформаційної складової – світового інформаційного простору, який останніми роками нестримно перетворюється завдяки розвитку й поширенню засобів інформатики та нових інформаційних технологій. Треба також зауважити, що поряд із загалом позитивними наслідками глобалізації (інтенсифікація науково-технічного процесу, інформатизація суспільства, науки та освіти тощо), мають місце й негативні, зокрема, кіберзлочинність та кіберзахворювання.

Подібні трансформації ноосфери відбиваються практично на всіх рівнях буття людства, що відзеркалено у декількох міжнародних конвенціях, спрямованих на подолання так званого «електронно-цифрового розриву» та на «сприяння загальній участі» [4]. Подібні тенденції, природно, певним чином стимулюватимуть відповідні соціальні процеси на регіональному рівні, та, імовірно, реакції на інтер- та інтрапсихічному рівнях організації окремого індивіду. Відповіддю глобалізації на національному рівні можна вважати появу низки теоретичних концепцій: політичної – «Стратегія інноваційного розвитку України на 2010–2020 роки в умовах глобалізаційних викликів» [2], етичної – концепція нооетики В.М. Запорожана [1] у рамках біоетики та деонтології; та деяких соціально-економічних реформ (зокрема, і закон, що ініціював «тотальну заборону» грального бізнесу тощо).

Поширення нехімічних адиктивних реалізацій у сучасному українському суспільстві, зокрема, гемблінгу, нетаголізму, гаджет-адикції тощо, вимагає формування адекватних психотерапевтичних підходів до цієї проблеми. Нехімічні адиктивні розлади, на думку спеціалістів, суттєвою властивістю мають малу курабельність (ефективність лікування не перевищує 30%), та той факт, що корекція будь-якої адиктивної реалізації не може обмежуватися купіруванням психопатологічних розладів, але має бути продовжена психотерапією, як чи не найпровідним методом лікування адиктивних розладів [5, 6]. Адекватність лікування сучасних кіберхвороб, у свою чергу, актуалізує проблеми соціальної та медичної етики (за В.М. Запорожаном [1, 7, 8]), позаяк сучасний, третій по-порядку етап глобалізації у геологічній історії біосфери [9] торкається як способу життя людей, широкого кола питань соціально-культурного контексту, так і внутрішнього світу людини.

Треба також зауважити, що етичні питання у адиктології піднімаються не вперше. Так, Б.Д. Менделевич неодноразово піддавав критиці сучасні протоколи супроводу у пострадянській наркології, вказуючи на невідповідність останніх загальноприйнятим принципам доказової медицини та на консерватизм відповідних державних відомств [10]. В.М. Запорожан [7], а також ми у деяких наших публікаціях [11–13], звертаємось до теми відповідності методів лікування його меті. Власне, статтю сфокусовано на подібній деонтологічній проблематиці; її **мета** – деонтологічний аналіз сучасних терапевтичних підходів у лікуванні нехімічної адикції, а саме, патологічної схильності до азартних ігор. **Об'єктом статті** є патологічна схильність до азартних ігор, **предметом** – деонтологічний аспект організації психіатричної допомоги при патологічній схильності до азартних ігор. У контексті даної статті ми вважаємо, що семантичне поле родового поняття «етика» містить такі генетично споріднені (афінні) поняття, як мораль, деонтологія, біо- та нооетика.

Позаяк предмет нашого розгляду сфокусовано, говорячи словами В.М. Запорожана [1; 4], на «комплексному етичному контролі інтелектуальної діяльності» лікаря, очевидно, доцільно здійснити аналіз подібної діяльності у взаємодії «лікар-пацієнт», яка приковує

увагу нашого аналізу доцільності дій лікаря при виконанні протоколу ведення хворого на патологічну схильність до азартних ігор та на психологічні властивості останнього.

Спеціалісти вважають біоетичні проблеми у психіатрії та, звісно, у адиктології, надважливими позаяк йдеться про результати лікування, що не мисляться без психологічної безпеки, юридичної автономії хворого, як облігатних складових громадянських прав людини [7, 10, 13–15]. Одвічна дилема біоетики для психіатрії, відтак, розташована поміж двома крайніми полюсами: «поліцейське» ставлення до хворого (із відповідним феноменами госпіталізму та госпітальної травми) та відома система Дж. Конолі *no restraint* (від лат. жодного утиску), коли одужання досягалось у разі збігу адекватного ставлення хворого до хвороби з адекватними терапевтичними інтервенціями лікаря. Ідеальним рішенням дилеми, очевидно, є патерналістична «золота середина» у вигляді гуманістично-орієнтованого контексту надання психіатричної допомоги, який попри вимоги «мінімальної достатності» до лікувальних схем хвороби та суспільної безпеки зауважує ідеєю захисту громадянських прав і свобод психічнохворого.

До «звичайних» психіатричних проблем: специфічного «обмеження» юридичної дієздатності психічнохворих, питань відмови від лікування та поінформованої згоди тощо, – у випадку лудоманії додається проблема віртуальної реальності (ВР). Людина, існуючи у «власній» реальності (інтрапсихічний простір, який визначається гомеостатичною рівновагою поміж суб'єктивними імперативними чинниками онтогенезу та соціально-історичним, культурним тощо контекстом «об'єктивної реальності», із відповідним мікросоціумом), неодмінно співвідносить індивідуальну та суспільну екзистенційні траєкторії. В такому разі, очевидно, йдеться про успішну адаптацію індивідуума та відсутність певних дізонтонетичних артефактів розвитку. Існування онтологічного модусу «віртуальна реальність» виникає після суб'єктивного унеможливлення стримувати вимоги об'єктивного середовища, т.зв. «стрес життя». Екзистенційна альтернатива, що виникає у такому разі, пов'язана із ступенем залученості людини у невинний процес життєдіяльності: у разі, якщо у неї достатньо запасу стресостійкості або широти репертуару механізмів психологічного захисту, вона продовжує тестувати реальність та, відтак, лишається психічно та соматично здоровою; інакше – вона поринає у невроз або психосоматичне захворювання та, як відомо, певною мірою припиняє враховувати «тут-і-тепер-реальність».

Еквіфінальним станом цього процесу, очевидно, є грубий зрив психосоціальної адаптації – психоз, коли суб'єктивна психічна реальність максимально відсторонена від «об'єктивної». Проте, головна «інтрига» генези ВР полягає у кардинальній зміні системи координат індивідуального хронотопу, коли свідомість стає резидентом іншого часопростору зі всіма логічними наслідками. Відтоді, онтологічна виправданість існування ВР (до нині індивідуально екстраординарної та, водночас, асоціальної по своїй природі) для суб'єкта життєдіяльності уможливується, а розподіл інтрапсихічного простору, відтак, можна вважати таким, що кристалізувався. Невипадково тому фахівці вважають лудоманію клінічною формою девіантної поведінки, яка реалізована суб'єктом життєдіяльності саме через акт адиктивної втечі від реальності [3, 5–7, 11–13]. (Цікавим у теоретичному плані, на нашу думку, є дослідження точки біфуркації подібного розподілу: особистісні предиспозиції, середовищні предиктори цього процесу, власне механізм «роз'єднання» або віртуального схизису.)

Подібна втеча, звісно, супроводжується станом зміненої психічної діяльності [16] та специфічним розшаруванням інтрапсихічного простору на «той, що враховує» та «той, що не враховує» реалії життя. Тут доречно нагадати відомі екзистенційні концепції неврозу (К. Ясперс, Л. Бінсвангер та ін.) та вже згадувані психологічні особливості ВР: *домінуюча адикція*, *telepresence* (з англ. здатність занурюватися у кіберпростір, сприймаючи його як реальність), *трансформація індивідуального хронотопу*, – які відтворюють нозологічну наближеність останньої до розладів паранойяльного спектру [13]. Сприяють втечі й психологічні особливості гемблера, а саме: практична уможливленість розшарування інтрапсихічного простору *per se*, відсутність «спротиву» з боку вольової сфери психіки гемблера, як наслідок легітимізації «інших» (віртуальних) ціннісних пріоритетів у смисловій сфері особистості із надпотужною суб'єктивною привабливістю, відсутність рефлексії на подібну поліонтологічність життя, – які дозволяють йому знаходитись в іншій формі екзистенції. Не випадково тому феноменологічний аналіз ВР, як вважають Н. А. Носов та Ю. Т. Яценко, виокремлює такі її характеристики, як *актуальність*, *самодостатність*, *інтерактивність* [16; 8], – що, зрозуміло, також сприяють «міграції» свідомості гемблера у ВР.

Повертаючись до предметної площини ноетики, яка у разі лудоманії дещо розширюється за рахунок впливу ефекту віртуалізації інтрапсихічного простору, треба наго-

Наркологія

лосити, 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 [1, 7, 8, 11–13];
- «коморбідну», позаяк гемблінг має надвисоку коморбідність з іншими психічними розладами, яка, за оцінками фахівців, сягає 60% [5];
- «нозологічну», позаяк клінічні прояви, асоційовані із гемблінгом, феноменологічно наближені до розладів як особистості, так і поведінкових; як невротичного, так і психотичного реєстрів.
- Не вміщуючи всієї сукупності цих питань у фокусі статті, ми вважаємо, що з огляду на присутність зміненого стану свідомості, як концептуального критерію, доцільно уподібнити гемблінгасоційовані феномени та феномени, що притаманні розладам, якими опікується «велика психіатрія». Зокрема, повертаючись до проблеми нозологічної приналежності вищезначених клінічних ознак, нам видається дещо неоднозначною позиція рубрики F63.0 (патологічна схильність до азартних ігор). Зовнішні, умовно-другорядні ознаки, які не стосуються сутності явища, в цьому випадку відтворюють розлади поведінки та особистості (асоціальність, соціальна дезадаптованість, трансформація смислової сфери особистості тощо); натомість, сутнісно – ми маємо справу з деструкцією радикалу психічного функціонування (когнітивної, емоційної та вольової сфер психіки), що вимагає розглядати схильність до азарту у рамках багаторівневого континууму – патологічний процес (біологічний «злам»), захисні психологічні утворення, індивід (організм та особистість), середа (біологічна та соціальна).

Подібно до інших адиктивних реалізацій ігрова діяльність має вмотивовану ціль лише на початку хвороби, коли схильність до азарту ще не є патологічною, особистість має лише преморбідні предиспозиції, та й рубрика МКХ-10 «досягає» лише рівня соціальної дезадаптації (Z72.6). Проте, віртуальна реальність, стаючи домінуючим мотивом поведінки «зсуває» останній на ціль (за О. М. Леонтьєвим), та, відповідно, відривається від початкової мотивації, коли патогенез хвороби досягає рівня психічної руїни (рубрика – F63.0). Сучасні намагання класифікації гемблінгу, на нашу думку, нагадують давнішу наукову полеміку у психіатричній класифікації XVIII століття, коли М. Блейлер виголошував ідею аксіологічних комплексів на тлі дихотомії «нозологія – єдиний психоз».

Отже, враховуючи вищенаведене, можна зробити наступні **висновки**:

- основною нооетичною дилемою терапії патологічної схильності до азартних ігор, на нашу думку, постає питання психіатричної класифікації гемблінгасоційованої феноменології,
- коректна діагностика динамічних показників хвороби, ознак віртуальної реальності, інших особливостей патогенезу схильності до азартних ігор, як от віднесеність останньої до певної рубрики МКХ-10 (зокрема, Z73, Z72.6, F63.0),
- відповідна орієнтація протоколу ведення хворого (зокрема, використання фармакології або психології, у якості ведучого компоненту терапії).
- Подібна проблематика є тим деонтологічним «контролем» лікаря, який встановлює нооетичні межі застосування фармако- та психотерапевтичних засобів та методів лікування патологічної схильності до азартних ігор.

Література:

1. Запорожан В. М. Нооетика як новий напрямок соціогуманітарної культури і філософії/В. М. Запорожан//Проблеми біоетики. – № 1–2 (5–6). – 2005. – С. 3–10.
2. 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>
3. 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_21dec2006/philosarticles_21dec2006_1882.rar
4. Окинавская Хартия глобального информационного общества//[Електронний ресурс]/Режим доступу: <http://www.iis.ru/library/okinawa/charter.ru.html#top>
5. Егоров А. Ю. Нехимические зависимости [Монография]/А. Ю. Егоров. –СПб.: Речь, 2007. – 190 с.

6. Бузик О.Ж. Зависимость от азартных игр. (Клинические проявления, особенности течения, лечение): дис. док. мед. наук: 14.00.45, 14.00.18/О.Ж. Бузик. – Москва. – 2008. – 272 с.
7. Запорожан В.М. Ігровий патерн у компенсації ноогенного неврозу/В.М. Запорожан, В.С. Бітенський, К.В. Аймедов//Одеський медичний журнал. – 2009. – № 6 (116). – С. 50–53.
8. Запорожан В.М. Шлях до ноетики/В.М. Запорожан. – О.: Одес. держ. мед. ун-т. – 2008. – 284 с.
9. Колин К.К. Информационная глобализация общества и гуманитарная революция/К.К. Колин/[Электронный ресурс]/Режим доступа: http://ihtik.lib.ru/philosarticles_21dec2006_3919.rar
10. Менделевич Б.В. Осторожно – псевдонаркология (по поводу публикации А. Берестова и соавторов «Осторожно – метадон!!!»)/Б.В. Менделевич/[Электронный ресурс]/Режим доступа: http://www.narkotiki.ru/expert_6457.html
11. Аймедов К.В. Ноетична 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. Аймедов К.В. Погляд ноетики на проблему азартних ігор/К.В. Аймедов//Міжн. наук. конф. студ. та молодих вчених «Молодь – медицині майбутнього», ОДМУ. – 2009. – С. 131–132.
13. Ревенок О.А. Віртуалізація гемблінгасоціюваної феноменології у сучасному українському суспільстві (медико-соціальний аспект)/О.А. Ревенок, К.В. Аймедов//Науково-практичний журнал «Архів психіатрії». – 2010. – Т. 16. – № 3 (62) – С. 90–94.
14. 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./ [Электронный ресурс]/Режим доступа: http://biomed.nas.gov.ua/files/Final_4Congress_205x295_eng.pdf
15. Иванюшкин А.Я. Биоэтика и психиатрия/А.Я. Иванюшкин//Вопросы философии. – 1994. – № 3. С. 23–27/[Электронный ресурс]/Режим доступа: <http://www.antidrug.health.am/news/resources/posts/2694/>
16. 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.

НООЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ В ТЕРАПИИ СКЛОННОСТИ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

К. В. Аймедов, Ю. В. Довгий

Резюме: У статті з позицій концепції ноетики розглянуті стратегії медико-соціальної реабілітації пацієнтів, які схильні до азартних ігор. Особливе місце відведене феномену «віртуальної реальності», який вимагає використання ноетичної парадигми в практичній діяльності психіатра.

Ключові слова: ноетика, деонтологія, патологічний гемблінг, лудоманія

NOOETHICS DILEMMAS ARE IN THERAPY OF PATHOLOGICAL GAMBLING

K. Ayumedov, Y. Dovgiy

Summary: in the article from positions of conception of nooethics there are the considered strategies of medical and social rehabilitation of pathological gambling patients. The special place is taken to influence of the phenomenon of “virtual reality”, which requires the use of nooethics paradigm in practical activity of psychiatrist.

Keywords: nooethics, deontology, pathological gambling.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В. А. Вербенко, Е. В. Филиппова

Кафедра психиатрии, психотерапии, наркологии с курсом общей и медицинской психологии КГМУ им. С. И. Георгиевского

Резюме. В статье изучается эффективность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и психологической реабилитации когнитивных расстройств у ВИЧ-позитивных пациентов с опиоидной зависимостью. Проанализированы исходы программы заместительной поддерживающей терапии бупренорфином у 27 больных с опиоидной зависимостью на протяжении 5 лет. Клинически и вирусологически эффективная ВААРТ в сочетании с патогенетической терапией и психологической реабилитацией способствует сохранению когнитивных функций у ВИЧ-позитивных пациентов с опиоидной зависимостью. Заместительная терапия агонистами опиоидных рецепторов является фактором, повышающим приверженность к ВААРТ и мотивирующим пациентов к участию в реабилитационных мероприятиях.

Ключевые слова: наркомания опиоидная, ВИЧ-инфекция, нейропсихологическое исследование, антиретровирусная терапия, психологическая реабилитация.

Введение

По литературным данным, единый подход к лечению когнитивных нарушений у ВИЧ-позитивных пациентов, который был бы эффективен с позиций доказательной медицины, до настоящего времени не разработан. В лечении психических нарушений, вызванных инфекционным поражением ЦНС, обязательно присутствие этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Учитывая большое количество социально-психологических проблем, связанных как с наркозависимостью, так и с ВИЧ-инфекцией, важная роль в лечебном процессе отводится также психологической реабилитации и социальному сопровождению больных.

1. Этиотропная терапия ВИЧ-инфекции – ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия) – используется с целями:

- Клинические: продление жизни и улучшение ее качества;
- Иммунологические: количественное и качественное восстановление иммунитета для предупреждения оппортунистических инфекций;
- Вирусологические: максимально возможное подавление вирусной нагрузки (ВН) на максимально долгий срок с целью замедления прогрессирования болезни и предупреждения (либо отсрочки) развития лекарственной устойчивости;
- Эпидемиологические: снижение частоты, в идеале, предупреждение дальнейшей передачи ВИЧ [1].

Согласно Клиническому протоколу антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, показаниями для назначения ВААРТ являются: любые СПИД-индикаторные заболевания в анамнезе; уровень CD4 ниже 350 клеток в 1 мл. Независимо от уровня CD4 антиретровирусная терапия показана беременным, а также лицам с ВИЧ-ассоциированной нефропатией и коинфекцией ВИЧ/вирусные гепатит В. При наличии психоневрологических нарушений рекомендовано включение в схему терапии ламивудина, как препарата, хорошо проникающего через гематоэнцефалический барьер [2].

Эффективность проводимой ВААРТ оценивается по вирусологическим (ВН), иммунологическим (количество лимфоцитов CD4) и клиническим критериям. Об успехе терапии говорит снижение ВН до <400 копий/мл к 24-й неделе или до <50 копий/мл к 48-й неделе лечения; увеличение числа лимфоцитов CD4 примерно на 150 клеток/мкл в первый год терапии [3,4]; исчезновение или уменьшение клинических проявлений болезни [2].

Логичным было бы предположить, что этиотропная терапия в виде адекватно подобранной схемы ВААРТ с высокой проницаемостью гематоэнцефалического барьера способствовала бы редукции когнитивных нарушений при ВИЧ-инфекции. Однако, как указывалось выше, в большом проценте случаев (до 68%) на фоне клинически успешной ВААРТ нейрокогнитивные нарушения сохранялись, а у 21% пациентов ВИЧ-деменция

прогрессировала на фоне авиремии [5–7]. Высокой проникающей способностью по отношению к гематоэнцефалическому барьеру обладают абакавир, зидовудин, делавирдин, невирапин, ампренавир/ритонавир, атазановир/ритонавир, фосампренавир/ритонавир, индинавир/ритонавир, лопинавир/ритонавир. Средней способностью диффузии через гематоэнцефалический барьер характеризуются эмтрицитабин, ламивудин, ставудин, эфавиренц, ампреновир, атазановир, фосампренавир, индинавир. Практически не проникают через гематоэнцефалический барьер диданозин, тенофовир, зальцитабин, нелфинавир, ритонавир, саквинавир, саквинавир/ритонавир, типранавир/ритонавир, энфувиртид. Назначение схемы ВААРТ, содержащей хорошо проникающие через гематоэнцефалический барьер препараты, на 41 % снижает риск развития ВИЧ-энцефалопатии у детей и подростков (по сравнению со схемами, содержащими только препараты с низкой проникающей способностью) [8]. S. Simioni и соавт. в своем исследовании подсчитали для каждого пациента, получающего ВААРТ, «балл проникновения» в ЦНС. Он равен сумме баллов, присвоенных каждому входящему в схему препарату (0 – почти не проникает через гематоэнцефалический барьер, 0,5 – средняя способность, 1 – высокая проникающая способность по отношению к гематоэнцефалическому барьеру). Однако, хотя авторы и предполагали, что препараты, хорошо проникающие в ЦНС, способны лучше подавить репликацию вируса в головном мозге, результаты нейропсихологического обследования не зависели от назначенной схемы лечения [9]. Украинские авторы обнаружили, что частота и выраженность когнитивных нарушений выше у пациентов, не получающих ВААРТ, независимо от вирусной нагрузки [10].

2. Патогенетическая терапия когнитивных нарушений. В мировой практике предпринимались попытки патогенетического лечения препаратами различных групп. С целью борьбы с оксидативным стрессом использовался антиоксидант селегилин [11], однако в более поздних исследованиях его эффективность не доказана [12]. Блокатор кальциевых каналов нимодипин, как средство патогенетической терапии, также оказался малоэффективен [13]. Мемантин, агонист рецепторов N-метил-D-аспартата, несмотря на улучшение метаболизма в белом веществе лобных долей и париетальной коре, выявленное с помощью магнитно-резонансной спектроскопии, не вызывал заметного улучшения в результатах нейропсихологических тестов ни при 16-недельном [14], ни при 60-недельном приеме [15]. Украинские авторы рекомендуют в составе комплексной терапии использовать препараты с ноотропной активностью: ноофен, цераксон, тиоцетам, однако оценка эффективности этих препаратов не проводилась [16].

Клинический протокол антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков также предусматривает помощь психолога, социального работника, групп взаимопомощи, сотрудничество с неправительственными организациями в плане психологической поддержки на всех этапах лечения ВИЧ-инфекции – от момента установления серостатуса до терминальных стадий болезни [2].

Цель реабилитации в наркологии состоит в максимальном восстановлении физического, психического и духовного здоровья наркологических больных, их нормативных личностных и социальных качеств. Задачами ее являются:

1. подавление патологического влечения к ПАВ;
2. купирование астенических, аффективных и интеллектуально-мнестических расстройств, вызванных употреблением ПАВ;
3. формирование установки на отказ от наркотиков;
4. восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать собственные эмоциональные реакции;
5. восстановление коммуникативных навыков, стабилизация семейных, социальных и трудовых отношений;
6. формирование ответственности за свое поведение;
7. обучение навыкам противостояния стрессовым ситуациям и профилактика «срывов»;
8. обучение анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения;
9. нейтрализация наркотической субличности («я-наркоман»), осознание и развитие здоровых конструктивных частей личности;
10. формирование и закрепление позитивных морально-этических установок;
11. формирование реальной жизненной перспективы;
12. работа с родственниками пациентов по преодолению созависимости [17].

Цели реабилитационных мероприятий в рамках программы ЗПТ в принципе совпадают с вышеперечисленными за исключением формирования установки на немедленный отказ от наркотиков. Этой цели соответствует формирование установки на отказ от употребления

Наркология

уличных наркотиков и удержание в программе ЗПТ до стабилизации психического и физического состояния, семейных и социальных отношений. С пациентами обсуждается возможность в дальнейшем снижения дозировки замещающего препарата и полный отказ от него. В зарубежной литературе приводятся данные о том, что включение реабилитационных мероприятий в программы заместительной терапии приводит к повышению эффективности последних – улучшению отношений в семье, редукции психопатологической симптоматики, снижению частоты употребления уличных наркотиков на фоне ЗПТ и после ее прекращения [18].

В наркологии нашли свое применение следующие направления психотерапии: аверсивная, когнитивно-поведенческая, психодинамически ориентированная, гуманистическая и семейная [19]. Поскольку заместительная поддерживающая терапия не преследует своей целью немедленный отказ от приема опиоидов, аверсивная терапия в данном случае не применяется. Остальные перечисленные методы вполне могут использоваться в сочетании с ЗПТ.

Когнитивно-поведенческая психотерапия ставит перед собой задачу обучения пациентов навыкам разрешения ситуаций, ранее приводивших к «срыву». Алекситимия, характерная для большинства наркозависимых, приводит к тому, что влечение к наркотику не осознается и носит неукротимый характер, не сопровождаясь борьбой мотивов. Таким образом, умение распознавать свои чувства и адекватно их выражать – важная составляющая более конструктивной стратегии поведения [19]. Основными формами работы, реализуемыми в рамках когнитивно-поведенческого подхода, являются: метод «политики жетонов», тренинг социальных навыков, мотивирующее интервью, семейная терапия, консультирование по вопросам наркозависимости и ВИЧ-инфекции [20], а также терапия средой. Последняя подразумевает создание в отделении (группе) таких условий, которые позволили бы изменить стиль поведения пациента в сторону большей социальной адаптивности как в группе, так и за ее пределами. Важная роль отводится партнерству персонала и больных, их участию в управлении лечебным процессом (система самоуправления больных) [19].

Гуманистический подход к психотерапии базируется на отношении к пациенту как к человеку, способному справиться со своей проблемой, а не как к пассивному объекту психотерапевтического вмешательства. Важной составляющей данного подхода является выстраивание доверительных, недирективных, безопасных отношений между терапевтом и пациентом (или между терапевтом, пациентом и другими участниками группы при групповой форме работы) [19].

Обеспечение доступа и повышение приверженности к ВААРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов – одна из важных задач заместительной терапии. Схемы антиретровирусной терапии подразумевают пожизненный прием препаратов в строго определенное время. Пропуски или нерегулярный прием медикаментов данной группы могут привести к формированию резистентных форм вируса, что несет в дальнейшем угрозу не только для самого больного (сложность подбора адекватной схемы лечения), но и для популяции в целом. Поэтому в лечении ВИЧ-инфекции большое внимание уделяется формированию приверженности к ВААРТ. По зарубежным данным, лица, продолжающие прием наркотиков, имеют наиболее низкую приверженность к ВААРТ. Факторами, способствующими пропуску приема лекарств, были социальная нестабильность, депрессия, отсутствие прочных социальных связей [21]. Среди ПИН, продолжающих употребление наркотиков, клинический эффект ВААРТ оказался наиболее слабым (оценивались темпы снижения вирусной нагрузки) [22]. Ежедневное посещение программы ЗПТ дает тот базис, на которой можно проводить необходимые информационные, образовательные мероприятия, диагностику и лечение [23].

Цель исследования

Оценить эффективность используемых лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении когнитивных расстройств у ВИЧ-инфицированных лиц с опиоидной зависимостью и разработать оптимальную лечебную тактику.

Материалы и методы исследования

Обследованы две группы ВИЧ-положительных пациентов: первая – 50 больных с сопутствующим диагнозом Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов с синдромом зависимости и вторая – 51 больной без сопутствующей наркопатологии. В первую группу вошли больные в возрасте от 25 до 53 лет, средний возраст – $37,4 \pm 8,0$ лет, из них 36 мужчин (72%) и 14 женщин (28%). Вторая группа состояла

из 21 мужчины (41,1%) и 30 женщин (58,9%), средний возраст – $36,8 \pm 9,0$ лет, минимальный – 24 года, максимальный – 65 лет.

Предпочитаемой формой опиатных наркотиков у всех больных первой группы была ацетилированный опий. Суммарная длительность наркотизации (исключая периоды ремиссий) в этой группе составила от 4 месяцев до 27 лет, медиана 13,5, интерквартильный размах от 9 до 18 лет. На момент обследования 10 пациентов находились в ремиссии длительностью 1 до 15 лет. 36 пациентов этой группы (72%) получали ЗПТ, в качестве замещающего препарата использовались бупренорфин и метадон (по 18 больных). Эти 36 пациентов обследованы дважды: перед назначением ЗПТ и на фоне ее приема. Длительность приема ЗПТ на момент повторного обследования составила от 5 до 45 месяцев. При этом среди лиц, получавших бупренорфин, длительность приема ЗПТ была 41,0 (29,0–45,0) месяцев, суточная доза – 12,0 (8,5–16,0) мг. Среди лиц, получавших метадон, эти показатели составили 9,0 (5,0–11,5) месяцев и 72,5 (51,3–85,0) мг соответственно. Данные представлены в виде: медиана (интерквартильный размах).

Первая стадия ВИЧ-инфекции диагностирована у 3 больных первой группы и у 3 – второй; вторая – только у 1 больного первой группы; третья – у 34 пациентов первой группы и у 35 – второй; четвертая – у 12 и 13 пациентов первой и второй групп соответственно. Количество лимфоцитов CD4 в 1 мкл крови в первой группе составило от 48 до 2070, а во второй группе – от 2 до 1161 клетки. Количество CD4-лимфоцитов <200 в 1 мкл отмечено у 17 больных (34%) первой и у 26 (51%) – второй групп, что характеризуется как выраженная иммуносупрессия. 7 пациентов первой и 2 – второй групп не обследованы. Вирусная нагрузка в первой группе была от неопределяемых величин до 154023, во второй – от неопределяемых величин до 6609625 РНК копий в 1 мл крови. Не обследованы 18 больных первой группы (36%) и 11 – второй (21,6%). На момент первого обследования ВААРТ получали в первой группе 11 (22%) пациентов, во второй – 24 (47,1%). При повторном обследовании ВААРТ получали 26 представителей первой группы (52%), из них 23 были на ЗПТ, трое – в длительной ремиссии. Данные иммунологического и вирусологического обследования пациентов первой группы представлены на момент первого обследования. Все пациенты, получавшие ВААРТ, принимали как минимум два препарата со средней способностью проникновения через гематоэнцефалический барьер («балл проникновения» – от 1 до 2,5). Длительность антиретровирусного лечения составила в первой группе от 3 до 64 месяцев, медиана – 27, интерквартильный размах – от 10 до 44 месяцев; во второй группе – от 2 недель до 74 месяцев, медиана – 10,5, интерквартильный размах – от 6 до 27,5 месяцев.

Кроме того, проанализированы исходы применения заместительной поддерживающей терапии бупренорфином у 27 ВИЧ-позитивных наркозависимых на протяжении 5 лет.

Все пациенты обследованы с применением клинико-психопатологического, нейропсихологического методов, а также с применением шкалы депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS) и шкалы мании Янга (YMRS).

Анализ данных проводился с помощью методов непараметрической статистики: критерия Манна-Уитни (для сравнения несвязанных выборок), критерия Уилкоксона (для связанных выборок), коэффициента корреляции Спирмена. Для сравнения величин, выраженных в процентах, использовано угловое преобразование Фишера. Расчеты выполнены в программах Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Перед назначением ЗПТ наиболее частыми жалобами у наркозависимых были тяга к наркотику, диссомнические расстройства, снижение настроения, забывчивость, боли различной локализации. В таблице 1 представлена частота (в абсолютных числах) жалоб пациентов, получавших заместительную терапию, при первом и втором обследовании.

Таблица 1.

Изменения в жалобах пациентов на фоне заместительной терапии

подгруппы	жалоб нет	тяга к наркотику	нарушения сна	снижение настроения	боли	снижение памяти	другое
ЗПТ бупренорфином	0 (7)	14 (1)	9 (0)	9 (2)	5 (2)	9 (9)	5 (4)
ЗПТ метадоном	0 (10)	16 (0)	10 (4)	5 (1)	2 (4)	13 (14)	7 (3)

Примечание. В скобках указаны цифры, соответствующие второму обследованию.

Наркология

Таким образом, прием заместительной поддерживающей терапии способствует снижению тяги к наркотику, редукции диссомнических и депрессивных нарушений у ВИЧ+ наркозависимых. В предыдущем исследовании авторов [24] показано отсутствие негативного влияния ЗПТ бупренорфином и метадоном на когнитивный статус ВИЧ-позитивных пациентов с опиоидной зависимостью.

Среди ВИЧ-позитивных лиц без наркопатологии 17 больных не предъявляли жалоб. Слабость отмечали у себя 17 (33,3%) больных, боли и снижение памяти – по 6 (11,8%), повышение температуры тела и бессонницу – по 5 (9,8%) пациентов. Также в этой группе отмечались другие соматические жалобы – кашель, одышка, потливость, нарушения стула, сыпь и др.

Формальность контакта, скрытность, подозрительность, лживость, изворотливость, поиск дополнительной выгоды от общения с врачом, не критичность были характерны для ВИЧ+ наркозависимых при первом обследовании. Во всех случаях наблюдалась эмоциональная лабильность, тенденция к пониженному настроению, сопровождавшемуся у некоторых больных вялостью, апатией, ангедонией, у других – дисфорическими проявлениями. 30 пациентов (60%) отмечали ухудшение кратковременной памяти. При повторном обследовании пациенты демонстрировали большую открытость, доверие в отношениях с врачом, улучшение настроения.

В психстатусе пациентов второй группы обращали на себя внимание вялость, заторможенность, замедленность мышления, нередко сопровождаемые подавленностью и тревожно-ипохондрическими проявлениями, утомляемость. Особенно выражены были данные нарушения у пациентов стационара, что можно объяснить как тяжестью их соматического состояния, психогенными факторами, так и большей выраженностью у них органического поражения ЦНС, вызванного ВИЧ. У ряда амбулаторных пациентов на поздних стадиях заболевания отмечались гипоманиакальные проявления: многоречивость, переоценка своих возможностей, раздражительность, снижение критики к своему состоянию. Однако скорость мышления и продуктивность деятельности у таких больных не увеличивались. 38 (74,5%) пациентов обнаруживали у себя снижение способности к запоминанию имен, дат, цифр, а иногда и текущих событий.

На момент назначения заместительной терапии у 17 из 36 пациентов первой группы количество CD4 было ниже 200, что является показанием к назначению ВААРТ. Получали же противовирусное лечение на этот момент только 11 наркозависимых (64,7% от числа лиц, имевших к ней показания). При обследовании на фоне приема ЗПТ антиретровирусную терапию получали 23 пациента из 36, и только один больной, имевший CD4 ниже 200, категорически отказывался от такого лечения, то есть ВААРТ получали 95,8% больных, в ней нуждавшихся. Отличия доли получавших антиретровирусную терапию от числа нуждавшихся в ней до и после назначения ЗПТ статистически значимы ($\phi^* = 2,713$, $p < 0,01$). При этом у 18 пациентов из 23 (78,3%) антиретровирусная терапия оказалась клинически эффективной – вирусная нагрузка в крови не определялась. Как известно, эпидемическая опасность ВИЧ-позитивного больного тем выше, чем выше уровень вирусной нагрузки в крови. При неопределяемой ВН риск передачи вируса от такого больного существенно снижается [23]. Таким образом, назначение ЗПТ бупренорфином и метадоном ВИЧ-позитивным больным с опиоидной зависимостью способствовало повышению доступности ВААРТ для этого контингента больных и достижению высокого уровня приверженности к антиретровирусной терапии, о чем можно косвенно судить по снижению вирусной нагрузки до неопределяемых величин.

С целью оценки влияния ВААРТ на аффективную симптоматику сравнивалась ее выраженность у лиц, получающих ВААРТ, и у лиц, ее не получающих. Сравнение проведено отдельно в первой и второй группах с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. В группе ВИЧ+ наркозависимых пациентов различия по шкалам MADRS и YMRS между пациентами, получающими и не получающими ВААРТ, оказались статистически незначимы. Во второй группе значимые различия между подгруппами получены в пункте Внутреннее напряжение шкалы MADRS и в пункте Речь (скорость и объем) шкалы YMRS. Результаты сравнения приведены в Таблице 2.

Таким образом, прием ВААРТ у ВИЧ-позитивных пациентов без наркопатологии способствует снижению внутреннего напряжения и повышению речевой продукции. На выраженность аффективной симптоматики у наркозависимых пациентов прием ВААРТ не оказывает влияния.

Выявлены корреляционные связи между выраженностью трудности концентрации и стадией ВИЧ-инфекции (в первой группе $R = 0,39$, $p = 0,006$, во второй – $R = 0,29$, $p = 0,04$); только для первой группы обнаружена связь между выраженностью внутреннего напряже-

Значимые отличия в выраженности аффективных нарушений у пациентов третьей группы, получающих и не получающих ВААРТ

Показатели	Средний ранг		U	p
	Получали ВААРТ, N=24	Не получали ВААРТ, N=27		
Внутреннее напряжение (шкала MADRS)	20,4	31,0	189,5	0,01
Речь: скорость и объем (шкала YMRS)	30,5	22,0	216	0,041

ния и вирусной нагрузкой ($R=0,53$, $p=0,002$), только для второй – между выраженностью снижения интереса к окружающему и вирусной нагрузкой ($R=0,50$, $p=0,001$). То есть, по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции нарастают трудности концентрации внимания, что скорее всего свидетельствует о нарастании когнитивного дефицита. Влияния способности антиретровирусных препаратов проникать через гематоэнцефалический барьер на выраженность депрессивной симптоматики не обнаружено.

По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции в первой группе выявлено ухудшение показателей воспроизведения после гомогенной (коэффициент корреляции Спирмена со стадией ВИЧ-инфекции $R=0,35$, $p=0,01$) и гетерогенной интерференции ($R=0,29$, $p=0,04$). Во второй группе с прогрессированием ВИЧ-инфекции связано усиление гностических нарушений: зрительного (коэффициент корреляции Спирмена со стадией ВИЧ-инфекции $R=0,48$, $p=0,0003$), акустического ($R=0,30$, $p=0,03$) и соматосенсорного ($R=0,40$, $p=0,004$) гнозиса. Снижение иммунологического статуса у пациентов первой группы коррелировало с ухудшением зрительно-пространственных функций и счета (коэффициент корреляции Спирмена с уровнем CD4 $R=-0,32$, $p=0,03$), а также мышления ($R=-0,37$, $p=0,01$). Во второй группе нарушения ВПФ в большей степени были связаны с вирусологическими показателями: коэффициент корреляции между уровнем ВН и выраженностью нарушений зрительного гнозиса составил $R=0,41$, ($p=0,009$), акустического гнозиса – $R=0,45$, ($p=0,003$), пространственного и динамического праксиса – $R=0,39$, ($p=0,01$), мышления – $R=0,37$, ($p=0,02$). Отсутствие значимых взаимосвязей между ВН и степенью нарушения ВПФ объясняется тем, что в группе ВИЧ+ наркозависимых вирусная нагрузка менее 50 РНК копий в мл обнаружена у 18 (75%) пациентов, что говорит о хорошем вирусологическом ответе на назначенную терапию. Влияния длительности приема ВААРТ на выраженность когнитивных нарушений ни в одной группе выявлено не было. Не было также выявлено и взаимосвязи между степенью когнитивного дефицита и способностью принимаемых антиретровирусных препаратов проникать через гематоэнцефалический барьер (выраженной «баллом проникновения»), что согласуется с литературными данными [9]. Мы не располагаем данными о когнитивном статусе пациентов, получавших только АРВ-препараты, не проникающие в ЦНС, поскольку таких пациентов в исследовании не было. Все традиционно назначаемые схемы содержали как минимум два препарата со средней степенью проникновения через гематоэнцефалический барьер. Поскольку ВИЧ+ пациенты без наркопатологии обследованы нейропсихологическим методом однократно, мы не можем проследить у них динамику когнитивных нарушений на фоне приема ВААРТ. 24 ВИЧ+ наркозависимых, получавших ЗПТ, обследованы дважды. Динамика когнитивных нарушений у этой группы пациентов представлена в таблице 3.

У ВИЧ+ пациентов, получающих одновременно ВААРТ и ЗПТ, на фоне лечения отмечается улучшение показателей внимания и ухудшение воспроизведения материала после гетерогенной интерференции (по сравнению с первым обследованием). Другие ВПФ за время лечения практически не изменились (различия незначимы).

Таким образом, прием адекватно подобранной схемы ВААРТ способствует улучшению клинического состояния, продолжительности и качества жизни ВИЧ-позитивных пациентов, замедляет процесс когнитивного снижения (среди больных, получающих антиретровирусную терапию, не было ни одного с проявлениями деменции). Эти результаты достижимы при условии высокой приверженности к антиретровирусному лечению, точном соблюдении режима приема препаратов. Традиционно применяемые в Украине основные и альтернативные схемы ВААРТ содержат как минимум два препарата со средней способностью проникать в ЦНС. В нашем исследовании не выявлено влияния способности АРВ-препаратов проникать через гематоэнцефалический барьер на выраженность когнитивных нарушений.

Динамика когнитивных нарушений у ВИЧ+ наркозависимых, получавших ЗПТ и ВААРТ

ВПФ	Увел.	Умен.	Z	p
Внимание	4	15	2,26	0,02
Зрительный гнозис	6	10	1,16	0,2
Акустический гнозис	3	4	0,34	0,7
Соматосенсорный гнозис	4	6	0,00	1,0
Пространственный и динамический праксис	11	6	1,07	0,3
Зрительно-пространственные функции, понимание логико-грамматических конструкций и счет	12	8	1,07	0,3
Мышление	6	5	0,31	0,8
Воспроизведение материала после гомогенной интерференции	6	11	0,62	0,5
Воспроизведение материала после гетерогенной интерференции	17	1	3,11	0,002
Отсроченное воспроизведение	7	6	0,14	0,9

Примечания. Обозначения в колонках таблицы:

Увел. – количество пациентов, у которых отмечалось увеличение баллов по данному пункту шкалы за период приема ЗПТ

Умен. – количество пациентов, у которых отмечалось уменьшение баллов по данному пункту шкалы за период приема ЗПТ

Z – вычисленное значение критерия Уилкоксона

p – вероятность статистической ошибки, вычисленная с помощью программы Statistica 6.0

6.2. Патогенетическая терапия когнитивных нарушений.

В нашем исследовании пациенты, которым выставлен диагноз ВИЧ-энцефалопатия или энцефалопатия смешанного генеза (ВИЧ+токсическая), после консультации невропатолога получали в качестве патогенетического лечения следующие препараты: ноофен, цераксон, препараты магния, актовегин. При сочетании ВИЧ-энцефалопатии с проявлениями нейропатии также использовались нуклео-ЦМФ, тиогама, комплексы витаминов группы В (мильгамма, нейрорубин, нервиплекс и т. д.). Оценка эффективности действия данных препаратов не проводилась и нуждается в дальнейших исследованиях.

6.3. Психологическая реабилитация и социальное сопровождение.

1. В психосоциальном сопровождении программы ЗПТ были заняты сотрудники, имевшие опыт реабилитационной работы, направленной на полный отказ от наркотиков. Опыта психотерапевтической реабилитации клиентов ЗПТ у сотрудников не было. Фактически в первый год реализации проекта пациентам, получающим заместительную терапию, была предложена несколько модифицированная (с учетом целей и задач ЗПТ) полноценная амбулаторная реабилитационная программа, подразумевающая, помимо приема бупренорфина, участие в ряде реабилитационных мероприятий на протяжении 4–6 часов ежедневно (кроме выходных дней). Первоначально ЗПТ назначалась только ВИЧ-позитивным наркозависимым, преимущественно тем, кто уже получал ЗПТ или нуждался в ней. Группа из 27 больных была набрана в течение 3–4 месяцев. На момент включения в данную программу (в первый год ее реализации) основная масса пациентов имела низкий уровень реабилитационного потенциала, характеризующийся максимальной выраженностью симптоматики наркозависимости, длительным «стажем» наркотизации, нестойкими ремиссиями или полным их отсутствием [25]. Средний уровень реабилитационного потенциала на момент включения в программу имели только 5 пациентов. По разным причинам (соматическое состояние, неудачные попытки лечения в прошлом, низкий социальный статус) ни один из больных не планировал в ближайшее время полный отказ от приема наркосредств.

Далеко не все пациенты – участники программы ЗПТ имели опыт адекватного взаимодействия в группе. На первых порах удивление у больных вызывали некоторые ограничения, связанные с работой группы: во время групповой сессии нельзя выходить курить, нужно отключать мобильный телефон, высказываться можно только по одному, не перебивая собеседника.

Элементами терапии средой можно считать заключение терапевтического контракта, проведение общих собраний клиентов и персонала группы ЗПТ. Контракт включал в себя

права и обязанности участника программы ЗПТ, указывая на недопустимость (вплоть до исключения из программы после стационарной детоксикации) выноса препарата за пределы отделения, агрессивных действий или высказываний в адрес медперсонала или других больных, необходимость соблюдения режима и посещения реабилитационных мероприятий. Общие собрания участников и персонала программы проводились 1 раз в неделю, на них обсуждались организационные моменты.

Когнитивный психотерапевтический подход реализовывался в основном посредством проводимых психотерапевтом групповых бесед на определенные темы и тренингов социальных навыков. Кроме этого, из числа наркозависимых в ремиссии (а позднее и из числа пациентов, получающих ЗПТ) были подготовлены консультанты по вопросам химической зависимости, ВИЧ-инфекции и антиретровирусной терапии, которые в первые месяцы проводили групповые, а впоследствии – индивидуальные консультации по соответствующей тематике.

Гуманистический подход в реабилитационной программе был представлен элементами гештальт-, арт- и сказкотерапии. Групповые терапевтические сессии проводились в первый месяц 3 раза в неделю, в последующие месяцы – 2 раза в неделю. Настороженность, склонность давать формальные, социально приемлемые ответы, наблюдавшиеся у наркозависимых на первых сессиях, в последующем уступили место большей открытости и доверию, больные активно включались в арт-терапевтические процессы, обсуждение, а в последующем и создание собственных сказок и историй. Часть сессий была посвящена проработке актуальной личной проблематики участников группы.

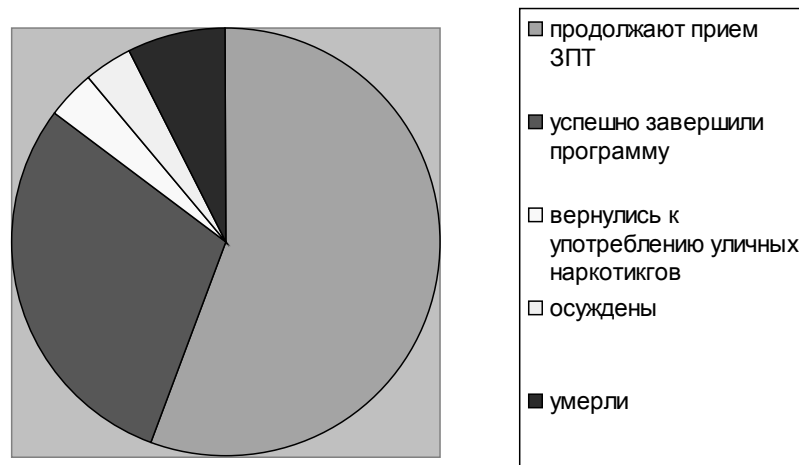
Помимо этого, проводились также собрания группы взаимопомощи, базирующейся на философии программы «12 Шагов» с учетом специфики ЗПТ. Желающие посещали также групповые занятия 2 раза в неделю по методике саморегуляции ци-гун.

В 2005–2006 гг. реабилитационные мероприятия проводились по следующему графику: информационные занятия – 3 раза в неделю, групповая психотерапия с элементами гештальт-, и арттерапии – 4 раза в неделю в первый месяц, 2 раза в неделю – в последующие, собрания группы само- и взаимопомощи 2 раза в неделю, индивидуальные консультации психолога по потребности, консультации по принципу «равный – равному» по вопросам заместительной терапии и ВААРТ – по потребности. С 2007 г. объем реабилитационной помощи был несколько уменьшен: групповая психотерапия 1–2 раза в неделю, собрания группы само- и взаимопомощи 1–2 раза в неделю, консультации психолога и по принципу «равный – равному» – по потребности. С 2009 года групповая психотерапия не проводилась.

Из 27 пациентов, начавших прием ЗПТ в 2005–2006 гг. и посещавших вышеописанную реабилитационную программу, на 1 марта 2011 года 15 (55,6%) продолжают прием заместительной терапии, из них один был осужден на год и после освобождения вернулся в программу. 2 больных (7,4%) умерли от СПИДа, одна пациентка (3,7%) покинула программу и вернулась к употреблению уличных наркотиков, один пациент осужден. 8 больных (29,6%) успешно завершили программу и в настоящее время ведут трезвый образ жизни, 5 из них работают, трое имеют инвалидность. Исходы применения программы ЗПТ у данной группы больных на протяжении 5 лет представлены на Рисунке 1.

Рисунок 1.

Исходы применения заместительной терапии в сочетании с психологической реабилитацией ВИЧ+ наркозависимых



Оценка эффективности психологической реабилитации имеет свои отличия от оценки эффективности фармакотерапии. Особенности эти связаны с невозможностью «точного дозирования» психотерапевтических факторов, индивидуальной динамике каждого пациента и т.д. Сложности возникают и в сравнении результатов, полученных в разных лечебных учреждениях, поскольку имеют значение особенности организации лечебно-реабилитационного процесса, влияние личности психотерапевта, психолога и консультанта, вариации используемых методик [26]. Результаты личностно-ориентированных подходов в психотерапии нередко носят отсроченный характер. Они, в отличие от фармакотерапии и симптоматически ориентированных психотерапевтических подходов, часто не дают немедленной редукции симптоматики, тем не менее приводя к устойчивым жизненным изменениям в будущем.

Таким образом, ежедневные реабилитационные мероприятия, проводимые в сочетании с ЗПТ, повышают эффективность последней. Даже у пациентов с низким уровнем реабилитационного потенциала сочетание психотерапевтических интервенций с приемом заместительной терапии (хотя бы на начальном ее этапе) позволяет добиться полного отказа от наркотиков почти в трети случаев в течение 5 лет. В данном случае назначение замещающего препарата служит фактором, мотивирующим больных к участию в реабилитационных мероприятиях. В последние 2 года (2009–2011) наметилась тенденция к сокращению психотерапевтической составляющей реабилитационного процесса в целях «удешевления» терапии (проводятся только индивидуальные консультации по обращению). Такой подход ведет к формальному отношению больных к лечебному процессу, увеличению числа правонарушений, связанных с наркотиками, не способствует приобретению наркозависимыми социальных навыков.

Схематически лечение когнитивных расстройств у ВИЧ-инфицированных лиц с опиоидной зависимостью можно представить следующим образом (рисунок 2):

Рисунок 2.

Лечение когнитивных расстройств у ВИЧ-позитивных пациентов с опиоидной зависимостью



Выводы. Лечение когнитивных нарушений у ВИЧ-позитивных лиц с опиоидной зависимостью должно включать в себя этиотропную и патогенетическую терапию, а также мероприятия по социально-психологической реабилитации. Такой подход требует координации

усилий инфекциониста, нарколога, психолога, консультантов и социальных работников. Клинически и вирусологически эффективная ВААРТ в сочетании с приемом метаболических и ноотропных средств, а также психотерапевтическими интервенциями способствует сохранению когнитивных функций пациентов в течение длительного времени, повышению качества жизни. Заместительная поддерживающая терапия позволяет привлечь и удерживать в программе реабилитации наркозависимых с низким реабилитационным потенциалом, что со временем позволяет достичь полного отказа от наркотиков почти у трети больных (в течение 5 лет). Заместительная поддерживающая терапия безусловно показана ВИЧ-положительным пациентам с опиоидной зависимостью, которые по различным причинам не планируют в ближайшее время полный отказ от наркотизации. Прием ЗПТ при данной патологии способствует стабилизации образа жизни, повышению приверженности к ВААРТ, является мощным фактором, мотивирующим больных к участию в психотерапевтических мероприятиях. Однако нецелесообразно рассматривать программу ЗПТ только как метод снижения вреда от употребления наркотиков и сводить ее к выдаче пациентам бупренорфина и метадона, отказываясь при этом от мероприятий по психологической и социальной реабилитации.

Список использованной литературы

1. Бартлет Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2009–2010/Дж. Бартлет, Дж. Галант, П. Фам: Пер. с англ. – М.: Р. Валент, 2010. – С. 490
2. Наказ № 551 МОЗ України від 12.07.2010 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків»
3. Predictors of long-term increase in CD4 (+) cell counts in human immunodeficiency virus-infected patients receiving a protease inhibitor-containing antiretroviral regimen/V. Le Moing, R. Thiébaud, G. Chêne et al. // *Journal of Infectious Diseases*. – 2002. – V. 185, № 4. – P. 471–480.
4. Factors influencing increases in CD4 cell counts of HIV-positive persons receiving long-term highly active antiretroviral therapy/C. J. Smith, C. A. Sabin, M. S. Youle et al. // *Journal of Infectious Diseases*. – 2004. – V. 190, № 10. – P. 1860–1868.
5. Dynamics of cognitive change in impaired HIV-positive patients initiating antiretroviral therapy/L. A. Cysique, F. Vaida, S. Letendre et al. // *Neurology*. – 2009. – V. 73, № 5. – P. 342–348
6. Impact of combination antiretroviral therapy on cerebrospinal fluid HIV RNA and neurocognitive performance/C. M. Marra, Y. Zhao, D. B. Clifford et al. // *AIDS*. – 2009. – V. 23, № 11. – P. 1359–1366
7. Changes in cognition during antiretroviral therapy: comparison of 2 different ranking systems to measure antiretroviral drug efficacy on HIV-associated neurocognitive disorders/V. Tozzi, P. Balestra, M. F. Salvatori et al. // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* – 2009. – V. 52, № 1. – P. 56–63
8. Impact of HAART and CNS-penetrating antiretroviral regimens on HIV encephalopathy among perinatally infected children and adolescents/K. Patel, X. Ming, P. L. Williams et al. // *AIDS*. – 2009. – V. 23. – P. 1893–1901.
9. Cognitive dysfunction in HIV patients despite long-standing suppression of viremia./S. Simioni, M. Cavassini, J. M. Annoni et al. // *AIDS*. – 2010. – V. 24, № 9. – P. 1243–1250
10. Соловьева Е. Т. Степень выраженность когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных лиц/Е. Т. Соловьева, С. С. Дубовская// *Актуальні питання геронтології та гериатрії: мат. наук. конф.* – К., 2011. – С. 53–54.
11. Dana Consortium on the Therapy of HIV Dementia and Related Cognitive Disorders. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of deprenyl and thiotic acid in human immunodeficiency virus-associated cognitive impairment/*Neurology*. – 1998. – V. 50, № 3. – P. 645–651
12. Selegiline transdermal system (STS) for HIV-associated cognitive impairment: open-label report of ACTG 5090./S. R. Evans, T. M. Yeh, N. Sacktor et al. // *HIV Clin. Trials*. – 2007. – V. 8, № 6. – P. 437–446
13. A Phase I–II trial of nimodipine for HI V-related neurologic complications./B. A. Navia, U. Dafni, D. Simpson et al. // *Neurology*. – 1998. – V. 51, № 1. – P. 221–228
14. Memantine and HIV-associated cognitive impairment: a neuropsychological and proton magnetic resonance spectroscopy study./G. Schifitto, B. A. Navia, C. T. Yiannoutsos et al. // *AIDS*. – 2007. – V. 21, № 14. – P. 1877–1889
15. Memantine for AIDS dementia complex: open-label report of ACTG 301./Y. Zhao, B. A. Navia, C. M. Marra et al. // *HIV Clin. Trials*. – 2010. – V. 11, № 1. – P. 59–67
16. Евтушенко С. К. НейроСПИД как одна из актуальнейших проблем современной практической неврологии/С. К. Евтушенко, И. Н. Деревянко// *Международный неврологический журнал*. – 2006. – № 5 (9). – С. 147–157.
17. Дудко Т. Н. Реабилитация наркологических больных// *Руководство по наркологии: в 2 т. Под ред. Проф. Н. Н. Иванца.* – М.: Медпрактика-М, 2002. – С. 222–270.
18. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment./A. T. McLellan, I. O. Arndt, D. S. Metzger, et al. // *JAMA*. – 1993. – V. 269. – P. 1953–1959.
19. Белокрылов И. В. Психотерапия наркологических больных/И. В. Белокрылов, И. Д. Даренский, И. Н. Ровенских// *Руководство по наркологии: в 2 т. Под ред. Проф. Н. Н. Иванца.* – М.: Медпрактика-М, 2002. – С. 120–171.

Наркологія

20. Carroll K. M. Behavioral Therapies for Drug Abuse/K. M. Carroll, L. S. Onken.//Am. J. Psychiatry.– 2005.– V. 162.– P. 1452–1460.
21. Nonadherence Among HIV-Infected Injecting Drug Users: The Impact of Social Instability/A. D. Bouhnik, M. Chesney, P. Carrieri et al.//Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.– 2002.– V. 31.– P. 149–153.
22. Impaired Virologic Response to Highly Active Antiretroviral Therapy Associated With Ongoing Injection Drug Use/A. Palepu, B. Yip, M Tyndall et al.//Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.– 2003.– V. 32, № 5.– P. 522–526.
23. Поддерживающая терапия агонистами опиоидов: (метод. пособие)/Сост.: С. В. Дворяк и др.– К., 2010.– 172 с.
24. Вербенко В. А. Влияние заместительной поддерживающей терапии препаратами «Эднок» и «Метадол» на когнитивный статус больных с опиоидной зависимостью/В. А. Вербенко, Е. В. Филиппова//Український вісник психоневрології.– 2010.– Т. 18, вип. 2 (63).– С. 91–97.
25. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров: (метод. рекоменд.)/Сост.: Т. Н. Дудко и др.– М., 2006.– 74 с.
26. Day E. Maximising the treatment outcomes of opioid substitution treatment//Evid Based Mental Health.– 2010.– V.13.– P.5–7.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІА-ПОЗИТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ З ОПІОЇДНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

В. А. Вербенко, О. В. Філіппова

кафедра психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології,
КДМУ ім. С. І. Георгіївського

Резюме. У статті вивчається ефективність високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) і психологічної реабілітації когнітивних розладів у ВІА-позитивних пацієнтів з опіоїдною залежністю. Проаналізовані результати програми замісної підтримуючої терапії бупренорфіном в 27 хворих з опіоїдною залежністю впродовж 5 років. Клінічно і вірусологічно ефективна ВААРТ у поєднанні з патогенетичною терапією і психологічною реабілітацією сприяє збереженню когнітивних функцій у ВІА-позитивних пацієнтів з опіоїдною залежністю. Замісна терапія агоністами опіоїдних рецепторів є чинником, що підвищує прихильність до ВААРТ і мотивує пацієнтів до участі в реабілітаційних заходах.

Ключові слова: наркоманія опійна, ВІА-інфекція, нейропсихологічне дослідження, антиретровірусна терапія, психологічна реабілітація.

TREATMENT APPROACHES FOR COGNITIVE DISORDERS IN HIV-POSITIVE OPIOID ADDICTS

V. A. Verbenko, O. V. Filippova

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology with the Course of General and
Medical Psychology; S.I. Georjievskyy's Crimean State Medical University

Summary. Efficiency of highly active antiretroviral therapy (HAART) and psychological rehabilitation for cognitive disorders in HIV-positive opioid addicts is studied in article. Outcomes of maintenance treatment program with buprenorphine throughout 5 years are analysed. Clinically and virologically effective HAART in a combination with pathogenetic therapy and psychological rehabilitation promotes preservation cognitive functions in a HIV-positive opioid addicts. Maintenance therapy by opioid agonists is the factor raising adherence to HAART and motivating patients to participation in rehabilitation actions.

Keywords: opioid addiction, HIV-infection, neuropsychological research, highly active antiretroviral therapy (HAART), psychological rehabilitation.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОТРЕБИТЕЛЯМ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОПИОИДОВ

С. В. Дворяк

Украинский институт исследований политики общественного здоровья

Резюме. В статье приведен анализ данных, касающихся оказания медицинской помощи зависимым от опиоидов потребителям инъекционных наркотиков, в первую очередь тем, кто страдает коморбидными заболеваниями и получает поддерживающее лечение агонистами опиоидов. Рассматривается возможность интеграции различных медицинских услуг. Исследованы количество предоставляемых услуг и уровень охвата ими, выявлены факторы, влияющие на степень интеграции медицинской помощи в разных типах лечебно-профилактических учреждений.

Ключевые слова: поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО), заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), потребители инъекционных наркотиков (ПИН), интегрированная медико-социальная помощь ПИН.

Постановка проблемы в общем виде и её связь с важными научными и практическими заданиями. В Украине, начиная с середины 2008 г. выросла численность зависимых от опиоидов потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), которые получают лечение в программах поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО). Количество больных на 01.12. 2010 г. составляет 5926 человек, из них сопутствующими заболеваниями страдает: ВИЧ-инфекция – 2598 (43,8%); вирусные гепатиты В и С – 2688 (51,7%), туберкулез – 994 (16,8%) [1]. Основной причиной смертности среди данного контингента являются туберкулез и ВИЧ-инфекция. В Украине научными исследованиями доказано наличие достоверной связи между эпидемией ВИЧ и эпидемией опиоидной зависимости [2]. Результаты работы XVIII Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Вене в 2010 г. свидетельствуют, что потребление наркотиков инъекционным путем все еще остается «мотором» эпидемии ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы и, в первую очередь, в нашей стране. Одной из актуальных проблем украинской наркологии является несовершенство системы лечения больных опиоидной зависимостью, что не позволяет обеспечить своевременную и эффективную помощь ПИН с коморбидной патологией. Повышение доступности и качества медико-социальной помощи ПИН с ВИЧ-инфекцией в Украине является важной научной и практической задачей. Необходимо найти пути стабилизации эпидемической ситуации, снижения уровня заболеваемости среди ПИН и смертности, обусловленной ВИЧ-инфекцией, что отвечает требованиям Закона Украины «Об утверждении Общенациональной программы обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, лечения, ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом на 2009–2013 годы».

Анализ исследований и публикаций и выделение нерешенных ранее частей общей проблемы, которым посвящена статья. В соответствии с законодательной и инструктивно-методической базой, действующей в Украине, диагностика, лечение и профилактика коморбидной патологии у наркозависимых входит в компетенцию специализированной наркологической службы, а также профильных научных учреждений. Эффективность лечения традиционно оценивается по достижению пациентом абстиненции и её продолжительности. Данный подход, принятый в отечественной наркологии, в качестве объекта терапевтического воздействия рассматривает патологическое влечение (ПВ) к наркотику (алкоголю). При этом ПВ оценивается, как психопатологический феномен [4], а его устранение – как главная задача лечения зависимости. Однако исследования, проведенные Всеукраинской наркологической ассоциацией, показали, что процент пациентов, продолжающих посещать нарколога и получающих поддерживающую и противорецидивную терапию, после завершения курса детоксикации составляет менее 5,0%, а рецидивы после проведения лечения составляют 85% и более [5]. Следовательно, есть основания считать, что декларируемая цель – полный отказ от наркотиков – в большинстве случаев оказывается мало достижимой.

В современных мировых исследованиях оценивается возможность терапевтическими средствами улучшить состояние здоровья и качество жизни больных наркотической зависимостью, а абстиненция не рассматривается как основная цель. Медицинские усилия направлены на поиск таких препаратов и методов, которые обеспечивают улучшение

здоровья и качество жизни больных, а также профилактику ВИЧ-инфекции в среде ПИН. В контексте профилактики ВИЧ-инфекции внедрение в Украине программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов обеспечило длительное удержание пациентов в терапии, что предоставило возможность проводить лечение коморбидных состояний: ВИЧ-инфекции, гепатита С, туберкулеза, психиатрических расстройств и т. п. [6,7].

Философия ПТАО основывается на признании факта, что зависимость от опиоидов – хроническое рецидивирующее заболевание головного мозга и наиболее адекватным подходом, как и при лечении многих других хронических заболеваний, является поддерживающая долговременная терапия вместо краткосрочного одномоментного воздействия [8–9]. По мере развития этого подхода было установлено, что ПТАО является не только средством лечения опиоидной зависимости, но также создает предпосылки для обеспечения ПИН необходимой им медицинской помощью в отношении сопутствующих заболеваний.

В исследованиях ученых университета Джонса Хопкинса (2001 г.) выявлено, что зависимые от опиоидов ПИН в значительно меньшей степени имеют доступ к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и другим видам медицинского сервиса по сравнению с общей популяцией. Авторы утверждают, что в отношении данной группы пациентов необходимы дополнительные усилия по обеспечению их приверженности к ВААРТ, вовлечению в терапию зависимости, своевременное тестирование на инфекционные заболевания [10]. Данные усилия в научном мире классифицируются как интегрированный подход в оказании медико-социальной помощи ПИН. Так, в обзорной статье, опубликованной в 2003 г. [11], сообщается о 450 источниках, посвященных интегрированному подходу при лечении наркотической зависимости, ВИЧ-инфекции и психических расстройств. Выявлено, что у 50,0% пациентов, лечившихся в связи с ВИЧ-инфекцией, диагностировано психическое расстройство, соответствующее критериям DSM-III, а у 42,0% больных – злоупотребление наркотиками. На основании полученных данных было предложено использовать “биопсихосоциальный” подход в лечении ВИЧ-инфекции, включающий терапию нарушений психики и поведения, как аутохтонных (собственно психические расстройства), так и вызванных употреблением наркотиков [12]. Авторы отмечают, что об интегрированной помощи следует говорить, как о стратегии, которая предполагает сплетение терапий зависимости, психопатологических расстройств и собственно ВИЧ-инфекции в единую систему, а пациент при этом должен получать все необходимые медико-социальные услуги в одном месте и у одного врача. Данное утверждение совпадает с одним из базовых принципов лечения наркотической зависимости, сформулированных американским Национальным институтом изучения наркомании (National Institute on Drug Abuse) в 2001 г.: «Эффективное лечение направлено на множество потребностей пациента» [13]. Обобщая результаты анализа литературы в контексте предоставления интегрированной помощи, можно утверждать, что в мировом научном сообществе сложился консенсус относительно следующих важных положений [14, 15]:

- а) факторами, обеспечивающими интеграцию медико-социальных услуг, являются адекватное потребностям финансирование, гибкий подход в организационных моделях, отсутствие строгой иерархии между службами, мультидисциплинарный командный способ взаимодействия;
- б) в системе оказания медицинской помощи ВИЧ-позитивным ПИН объем услуг обязательно должен включать высокоспециализированную терапию, принимаемую под непосредственным контролем (DOTS – Direct Observed Treatment System); лечение вирусного гепатита С; лечение мультирезистентного туберкулеза; терапию психических расстройств; психологическую помощь; социальную поддержку.

Цель исследования – изучить степень интеграции медицинских услуг для потребителей инъекционных опиатов, получающих поддерживающую терапию опиатами (ПТАО), в различных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Украины.

Задачами исследования определены следующие:

1. Провести сравнительный анализ количества, охвата и степени интеграции медицинских услуг для потребителей инъекционных опиатов в разных типах лечебно-профилактических учреждений.
2. Установить факторы, влияющие на степень их интеграции.

Материал и методы исследования. Исходя из цели и задач исследования в период август–ноябрь 2010 г. были оценены объем и комплексность услуг, предоставляемых лицам, страдающим расстройствами поведения и психики вследствие инъекционного употребления

опиоидов с синдромом зависимости, в 39 ЛПУ. ЛПУ были представлены четырьмя типами: 1) специализированные наркологические диспансеры/психиатрические учреждения; 2) многопрофильные ЛПУ типа центральных районных или городских больниц; 3) противотуберкулезные диспансеры; 4) областные и городские центры профилактики и борьбы со СПИД.

Отбор в исследование осуществлялся случайным образом из числа 116 ЛПУ, где согласно приказов МЗ Украины внедрена ПТАО.

Численность пациентов распределилась в диапазоне от 26 (многопрофильные ЛПУ) до 120 (специализированные наркологические учреждения). Оценивалось наличие в ЛПУ следующих медицинских услуг для ПИН:

- А) тестирование на ВИЧ;
- Б) рентген-диагностика туберкулеза;
- В) анализ мокроты на туберкулез;
- Г) диагностика вирусного гепатита С;
- Д) определение иммунного статуса по анализу крови на содержание уровня лимфоцитов CD 4;
- Е) предоставление высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) больным с ВИЧ-инфекцией;
- Ж) профилактика туберкулеза изониазидом;
- З) диагностика психических расстройств;
- И) назначение антидепрессантов пациентам с депрессией.

Если медицинская услуга предоставлялась на сайте, где пациент получал ПТАО, то уровень интегрированности оценивался в 3 балла. Если пациент направлялся в другое ЛПУ (переадресация) выставлялась оценка в 1 балл, в случаях наличия смешанной тактики, когда сочетались переадресация с предоставлением услуги на сайте, оценка была 2 балла. Затем количество баллов по каждой услуге (А – И) суммировалось и эта сумма рассматривалась как показатель интегрированности на данном сайте. Минимальный уровень отмечался тогда, когда по каждой услуге назначался один балл (в сумме – 9), а максимальный, если по каждой услуге присваивалось 3 балла (сумма 27). Охват услугами оценивался в процентах: учитывалось количество получивших данную помощь к общему числу нуждающихся в ней. Для удобства расчетов проценты переводились в баллы по следующей схеме: 1–20,0% = 1 балл; 20,1% –40,0% = 2 балла; 40,1% –60,0% = 3 балла; 60,1%–80,0% = 4 балла; 80,1% –100,0% = 5 баллов. На основании суммарного показателя количества и объема медицинских услуг оценивалась степень интегрированности ЛПУ. При сравнении данных по разным ЛПУ рассчитывалось стандартное отклонение (SD) и уровень значимости (p-value).

Результаты исследования. Была собрана информация о 39 ЛПУ с общим числом ПИН, у которых диагностирована опиоидная зависимость и которым была назначена ПТАО, 2678 человек. Из них: 14 многопрофильных ЛПУ (всего 354 больных); 16 – наркологических (1909 больных); 5 – фтизиатрических (106 больных) и 4 центра СПИД (309 больных). По средней численности больных, получавших терапию в связи с опиоидной зависимостью, ЛПУ распределились следующим образом: многопрофильные ЛПУ – 26, туберкулезные диспансеры – 29, наркологические диспансеры – 120, центры СПИД – 77 пациентов. Уровень интегрированности медицинских услуг в зависимости от типа ЛПУ, а также распределение по оценке конкретных медицинских услуг представлены в табл. 1 и табл. 2. Из этих данных видно, что среди оцененных ЛПУ самый низкий комплексный показатель по наличию медицинских услуг выявлен в специализированных наркологических учреждениях – 14,24 баллов. В свою очередь самый высокий уровень (количество предоставляемых услуг) выявлен в центрах профилактики и борьбы со СПИДом – 23,5 балла. Многопрофильные ЛПУ (18,8 баллов) и туберкулезные диспансеры (20,2 балла) заняли, соответственно, промежуточное положение по уровню интегрированности медицинских услуг для зависимых от опиоидов ПИН.

Таблица 1

Показатель интегрированности медицинских услуг в зависимости от типа ЛПУ

№	Тип ЛПУ	Комплексный показатель (в баллах)	SD и p
1	Многопрофильные	18,8; интервал (11–27)	SD = 5,41; p<0,5
2	Туберкулезные диспансеры	20,2; интервал (18–23)	SD=1,92; p >0,5 ¹
3	Наркологические диспансеры	14,25; интервал (9–19)	SD= 2,65; p < 0,001
4	СПИД-центры	23,5; интервал (21–26)	SD=2,38; p< 0,1

¹ Низкий показатель достоверности обусловлен малой выборкой, всего 5 учреждений.

Наркология

Обобщая полученные результаты оценки показателей интегрированности медицинских услуг в зависимости от типа ЛПУ, можно сделать следующие выводы:

1. На сегодняшний день центры профилактики и борьбы со СПИДом являются учреждениями предоставляющих наиболее полный и комплексный спектр медицинских услуг ПИН.
2. Наркологические диспансеры не обладают достаточным перечнем медицинских услуг для ПИН и уровень интегрированности остается низким.
3. Многопрофильные ЛПУ и туберкулезные диспансеры обеспечивают минимальный уровень интегрированности медицинской помощи ПИН, но все же нуждаются в их увеличении.

На следующем этапе исследования проведена оценка объема медицинских услуг, предоставляемых ПИН в ЛПУ Украины. Или, можно говорить, об охвате пациентов той или иной услугой. Показатели объема медицинских услуг в зависимости от типа ЛПУ представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатель объема медицинских услуг в зависимости от типа ЛПУ

№	Тип ЛПУ	Комплексный показатель (в баллах)	SD и p
1	Многопрофильные	18,1; интервал (9–31)	SD = 7,34 p >0,5
2	Туберкулезные диспансеры	24,8; интервал (12–36)	SD=10,76 p < 0,5
3	Наркологические диспансеры	13,9; интервал (3 –24)	SD = 6,43 p < 0,05
4	СПИД-центры	26,3; интервал (20–33)	SD = 7,23 p < 0,05

Из этих данных видно, что среди оцененных ЛПУ самый низкий объем медицинских услуг выявлен, опять же, в специализированных наркологических и психиатрических ЛПУ – 13,9 баллов. В свою очередь, самый высокий уровень наблюдался в центрах профилактики и борьбы со СПИДом – 26,3 балла. Соответственно многопрофильные ЛПУ (24,8 баллов) и туберкулезные диспансеры (18,1 балла) заняли промежуточное положение по предоставлению медицинских услуг ПИН.

На основании проведенного анализа был выбран условный показатель, с помощью которого можно определить уровень интегрированности медицинских услуг в исследованных ЛПУ. В качестве величины, позволяющей считать ЛПУ центром интегрированной помощи (ЦИП), мы предложили показатель в 20 баллов. Все учреждения, получившие 20 и более баллов рассматривались в качестве центров интегрированной помощи (ЦИП). Данный подход позволил оценить комплексность предоставляемых ЛПУ услуг.

Исходя из предложенного критерия оценки ЛПУ к группе ЦИП было отнесено 7 (50,0%), многопрофильных ЛПУ, 3 (60,0%) фтизиатрических, все 4 (100,0%) центра профилактики и борьбы со СПИД. Все наркологические учреждения набрали менее 20 баллов, что позволяет считать, что они не отвечают требованиям ЦИП (по количеству и охвату услуг).

Обобщая вышеизложенные результаты, можно все изученные ЛПУ систематизировать по интегрированности медицинской помощи зависимым от опиоидов ПИН, а именно:

1. Максимальное (наибольшая интегрированность) количество медицинских услуг ПИН получали в центрах СПИД – наивысший средний показатель как по баллам, отражающим возможность получения услуги (на сайте, переадресация или смешанный вариант), так и по их объему, выраженному в процентах получивших услугу к общему числу в ней нуждающихся.
2. Среднее (средняя интегрированность) количество медицинских услуг, как собственно по количеству услуг так и по их объему, ПИН получали в фтизиатрических учреждениях, а также в многопрофильных ЛПУ.
3. Минимальное (низкая интегрированность) количество медицинских услуг ПИН получали в наркологических учреждениях. Низкий уровень интеграции медицинских услуг в наркологических ЛПУ частично может объясняться значительно большим количеством пациентов (по сравнению с учреждениями других типов). Однако, установлено, что в тех наркологических клиниках, где численность пациентов не превышала 20 человек, показатель интегрированности был также значительно ниже, чем в ЛПУ других типов.

В качестве факторов, влияющих на степень интеграции медико-социальных услуг в наркологических учреждениях, выделены:

1. Недостаточный уровень финансирования материально-технической базы (отсутствие рентгенологического кабинета, лаборатории).

2. Низкая обеспеченность специалистами терапевтического профиля (фтизиатр, инфекционист, терапевт).
3. Монотерапия – ориентация на лечение только наркотической зависимости, а не всего комплекса проблем пациента, включая коморбидные заболевания.
4. Ориентированность регуляторной базы (законодательной и инструктивно-методической) на специализированную помощь и отсутствие разрешения на предоставление медицинской помощи вне рамок профильной специальности (например, антиретровирусную или противотуберкулезную терапию имеет право назначать только специалист, имеющий соответствующую специализацию).
5. Не использование в полном объеме системы консультативной помощи узкими специалистами в ЛПУ, что также связано с недостаточным финансированием.
6. Наконец, одним из важных факторов, мешающих развитию интегрированной помощи, является существующая система оплаты медицинских работников и финансирования ЛПУ, когда средства выделяются не в зависимости от количества предоставляемых услуг, а в зависимости от численности пациентов. При таком подходе отсутствует экономическая заинтересованность в развитии интегрированной помощи.

Выводы. По результатам проведенного исследования в целом установлено, что расширение количества медицинских услуг и охвата ими в ЛПУ до уровня, когда эти ЛПУ можно считать ЦИП, отвечает стратегии внедрения интегрированного подхода в Украине. Такой подход позволяет предоставлять ПИН значительно больший комплекс медицинских услуг и достигать лучшего эффекта от проводимой терапии. Главным фактором, способствующим внедрению интегрированного подхода, является использование поддерживающей терапии агонистами опиоидов. Препятствиями широкому внедрению интегрированного подхода в Украине являются нормативы предоставления специализированной медицинской помощи в ЛПУ. Выявлено, что повышение количества и объема медицинских услуг для ПИН в ЛПУ достоверно влияет на улучшение соматического и психического здоровья, а также снижает распространение ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и туберкулеза.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении. Полученные результаты исследования свидетельствуют, что на сегодняшний день в Украине актуальным является организация ПТАО в многопрофильных и специализированных соматических ЛПУ (центры профилактики и борьбы со СПИД, противотуберкулезные диспансеры). Разработку и внедрение моделей интегрированной помощи пациентам, зависимым от опиоидов, необходимо рассматривать как приоритетную задачу отечественного здравоохранения, учитывая потребность в противодействии эпидемиям ВИЧ, вирусных гепатитов и туберкулеза среди ПИН.

Литература

1. <http://www.uiphp.org.ua/ua/resource/zvedeni-danni> access 16/12/2010
2. National estimate of HIV/AIDS situation in Ukraine as of beginning of 2009. Date of report: September 2009. International HIV/AIDS Alliance in Ukraine. Kyiv. 2010.
3. Закон України Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2009, N 27, ст. 353.
4. Альтшулер В.Б. В кн. Национальное руководство по наркологии. М., 2008, 720 с.
5. Виевский А.Н., Дворяк С.В., Сидяк С.В. Лечение наркозависимости в Украине и оценка его эффективности. Киев. 2008. – 121 с.
6. Дворяк С.В., Приб Г.А., Штенгелов В.В. Замісна підтримувальна терапія для наркозалежних в Україні. Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини, Т 1, № 2 (2), 2009 с. 35–40.
7. Lawrinson P., Ali R., Dvoryak S. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS/P. Lawrinson, R. Ali, S. Dvoryak [and others]//Addiction. – 2008. – Vol. 103, № 9. – P. 1484–1092.
8. Herbert D. Kleber Methadone Maintenance 4 Decades Later: Thousands of Lives Saved But Still Controversial. JAMA 2008. – 300 (19):2303–2305. doi:10.1001/jama. 2008. – P. 648.
9. Robert G. Newman. “Maintenance” treatment of addiction: To whose credit, and why it matter. International Journal of Drug Policy 20 (2009) P. 1–3.
10. Amy R. Knowlton, Donald R. Hoover, Shang-en Chung, David D. Celentano, David Vlahov, Carl A. Latkin. Access to medical care and service utilization among injection drug users with HIV/AIDS.//Drug and Alcohol Dependence 64 (2001). – P. 55–62.
11. T.A. Soto, J. Bell, & M.B. Pillen. Literature on integrated HIV care: a review. AIDS Care, 2004; 16 (Supplement 1): Pages 43–55.

Наркологія

12. Acuff, C., Archambeault, J., Greenberg, B., Hoeltzel, J., McDaniel, J.S., Meyer, P., Packer, C., Parga, F.J., Pillen, M.B., Ronhovde, A., Saldarriaga, M., Smith, M.J. W., Stoff, D., & Wagner, D. (1999). Mental health care for people living with or affected by HIV/AIDS: a practical guide. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
13. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide. <http://www.nida.nih.gov/PODAT/access> 12/12/2010
14. Frederick L. Altice, Vincent V. Soriano, Mauro Schechter, Gerald H. Friedland. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *The Lancet*. Early Online Publication, 20 July 2010 doi:10.1016/S0140-6736 (10) 60829
15. Daniel Wolfe, M Patrizia Carrieri, Donald Shepard. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *The Lancet*. Published online June 20, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736 (10)60832-X

ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СПОЖИВАЧАМ ІН'ЄКЦІЙНИХ ОПОЇДІВ

С. В. Дворяк

Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я

Резюме. У статті наведено аналіз даних, що стосуються надання медичної допомоги залежним від опіоїдів споживачам ін'єкційних наркотиків, в першу чергу тим, хто страждає на коморбідні захворювання та отримує підтримувальну терапію агоністами опіоїдів. Розглядається можливість інтеграції різних медичних послуг. Досліджено кількість медичних послуг, які надаються СІН, та рівень охоплення ними. Виявлено чинники, які впливають на ступінь інтеграції послуг у різних типах лікувально-профілактичних закладів.

Ключові слова: підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (ПТАО), замісна підтримувальна терапія (ЗПТ), вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), інтегрована медико-соціальна допомога СІН.

PROBLEMS OF ORGANIZING OF MEDICAL SERVICES FOR OPIOD INJECTIONS DRUG USERS

S. Dvoriak

Ukrainian Institute on Public Health Policy

Abstract. There is analysis of data regarding to some aspects of providing of medical and care for opioid IDUs, especially participants of opioid agonist maintenance therapy with co-morbid diseases. It was postulated a possibility of integration of different medical and psychosocial services. It was assessed quantity of medical services and level of coverage by them. Some factors were founded, which influenced on integration level in different clinics.

Key words: opioid agonist maintenance treatment (OAMT), opioid substitution treatment (OST), human immunodeficiency virus (HIV), injection drug users (IDU), integrated medical and social support for IDU.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ І УМОВ ВИХОВАННЯ У ДИТИНСТВІ, ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ-АНТИРИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОПІОЇДІВ

О. В. Друзь

Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» (м. Київ)

Опіоїдна залежність, поряд із станами залежності іншого походження, має складну біопсихосоціальну природу [1–10]. Відомо, що окрім несприятливої спадковості, на ризик формування і клінічний перебіг розладів наркологічного профілю, істотно впливають особливості перинатального періоду і умов виховання у дитинстві [11–18]. Вивченню таких особливостей присвячені численні публікації, але наведені в них дані часто суперечать один одному. Тому ця проблема залишається далекою від розв'язання і вимагає подальших досліджень. Ось чому метою цієї роботи була оцінка особливостей перинатального періоду і умов виховання у дитинстві, як факторів ризику-антиризиків формування залежності від опіоїдів.

Матеріали та методи дослідження.

Основні дослідження за темою проводились в період з 2001 року до 2009 року в клініці психіатрії Головного військового клінічного госпіталю Міністерства оборони України (м. Київ). Всього було обстежено 540 осіб (чоловіків), в тому числі 270 осіб основної групи, що мали залежних від опіоїдів (шифр діагнозу F11.2 за МКХ-10), а також 270 осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група).

Відомо, що ризик формування як залежності від опіоїдів, так і афективних розладів істотно залежить від віку особи та рівня її освіти. Також відомо, що і залежність від опіоїдів, і афективні розлади поширені в регіонах України досить нерівномірно. Ось чому, контрольна група формувалась методом «парного підбору» по відношенню до основної, таким чином, щоб зазначені соціально-демографічні характеристики її членів (вік на момент обстеження, рівень освіти та регіон мешкання), а також додаткова характеристика (служба у лавах збройних сил) відповідали аналогічним характеристиками членів основної групи. Для визначення особливостей перинатального періоду і умов виховання у дитинстві було використано метод опитування респондентів та їхніх матерів [19].

Фактори ризику-антиризиків щодо формування залежності від опіоїдів, які мали бути виявлені в процесі виконання цієї роботи, передбачалось в подальшому використовувати у складі багатофакторної процедури розпізнання патологічних процесів за Гублером Е. В. [20], тому для кожного з потенційних факторів розраховувались необхідні для згаданої вище процедури розпізнання патологічних процесів діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ) [20].

Результати та обговорення.

Було встановлено, зокрема (табл. 1, рис. 1), що наявність патології вагітності, пологів і післяпологового періоду (шифри діагнозів O10-O99 за МКХ-10) при народженні осіб, які потім потрапили у залежність від опіоїдів, зустрічались в 1,61 рази частіше (при $p=0,02$), ніж у практично здорових осіб.

Таблиця 1

Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) за наявністю в анамнезі патології вагітності та/або пологів (в яких народились обстежені), а також ускладнень післяпологового періоду (шифр групи розладів за МКХ-10: O10-O99)

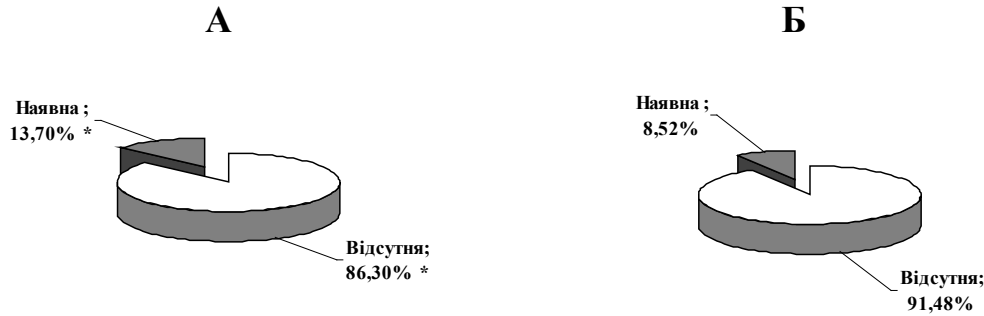
Патологія вагітності, пологів і післяпологового періоду (ПВ, ПіПП):	Контрольна (n=270)		Основна (n=270)		Достовірність відмінностей ($P_{TMФ}^1$)	Відношення частот	ДК ²	МІ ²
	Абс. (осіб)	Відн. (%)	Абс. (осіб)	Відн. (%)				
- наявна	23	8,52	37	13,70	0,02	1,61	2,06	0,05
- відсутня	247	91,48	233	86,30	0,02	0,94	-0,25	0,01

Примітка:

¹ достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчались, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ).

² – Умовні позначення: ДК – діагностичний коефіцієнт, МІ – міра інформативності Кульбака.

Таким чином, наявність патології вагітності, пологів і післяпологового періоду є хоча і не дуже інформативним (ДК=2,06, МІ=0,05), але достовірним фактором ризику формування залежності від опіоїдів, який, за концепцією А. П. Артемчука [21], разом із спадковими чинниками утворює стабільний фонд факторів, що визначають розвиток коморбідної (в тому числі – афективної) патології при психічних та поведінкових розладах внаслідок вживання психоактивних речовин.



Примітка: * – відмінність від групи практично здорових осіб достовірна (p<0,05) Достовірність відмінностей оцінено точним методом Фішера (ТМФ).

Рисунок 1 – Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (А), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (Б) ¹) за наявністю в анамнезі патології вагітності та/або пологів (в яких народились обстежені), а також ускладнень післяпологового періоду (шифр групи розладів за МКХ-10: О10-О99)

Відповідно, відсутність патології вагітності, пологів і післяпологового періоду при народженні осіб, залежних від опіоїдів, зустрічались в 0,94 рази рідше (при p=0,02), ніж у практично здорових осіб. Внаслідок цього відсутність, патології вагітності, пологів і післяпологового періоду виявилась так само достовірним, але дуже мало інформативним (ДК=-0,25, МІ=0,01) фактором антиризиків формування залежності від опіоїдів.

Наступною важливою обставиною життя пробандів, що вивчалась, був порядок їхнього народження (послідовність) серед інших сибсів у родині батьків (табл. 2, рис. 2).

Таблиця 2

Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) за порядком народження (серед інших сибсів) у родині батьків

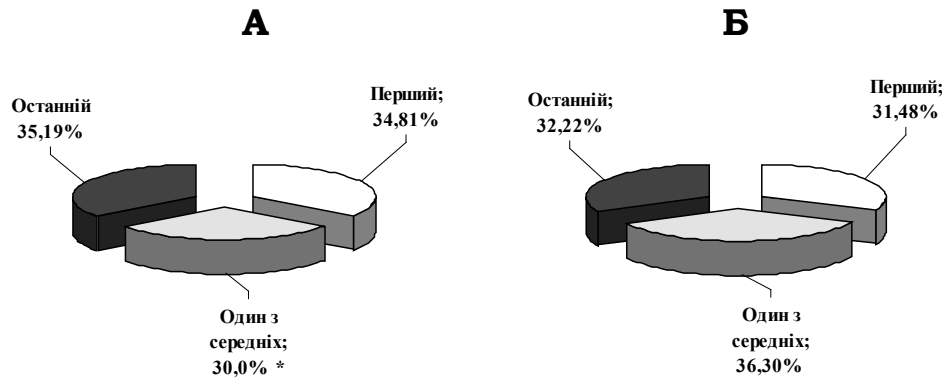
Якою дитиною народився (в родині батьків серед інших сибсів):	Контрольна (n=270)		Основна (n=270)		Досто-вірність відмін-ностей (РТМФ ¹)	Відно-шення частот	ДК ²	МІ ²
	Абс. (осіб)	Відн. (%%)	Абс. (осіб)	Відн. (%%)				
- першою	85	31,48	94	34,81	0,06	1,11	0,44	0,01
- одною з середніх	98	36,30	81	30,00	0,02	0,83	-0,83	0,03
- останньою	87	32,22	95	35,19	0,06	1,09	0,38	0,01

Примітки:

¹ Достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчались, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ).

² Умовні позначення: ДК – діагностичний коефіцієнт, МІ – міра інформативності Кульбака.

Необхідність дослідження цієї обставини обумовлена тим, що увага батьків не рівною мірою розподіляється поміж первістками, середніми і останніми дітьми. Додатковим похідним від порядку народження фактором, що впливає на життя дітей у родині, є ієрархічні відносини поміж сибсами різного віку.



Примітка: * – відмінність від групи практично здорових осіб достовірна ($p < 0,05$)
Достовірність відмінностей оцінено точним методом Фішера (ТМФ).

Рисунок 2 – Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (А), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (Б) за порядком народження (серед інших сибсів) у родині батьків

Результати представлені у таблиці 2 і на рисунку рис. 2 свідчать про те, що особи, залежні від опіоїдів (основна група), і особи без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) народжувались як першою, так і останньою дитиною у родині своїх батьків приблизно з рівною частотою (наявні відмінності недостовірні, $p = 0,06$). А частота народження пробандів середньою дитиною у родині батьків достовірно ($p = 0,02$) вища в контрольній групі. Іншими словами, наявність як старших так і молодших сибсів є хоча і не дуже міцним ($DK = -0,83$, $MI = 0,03$) але достовірним фактором антиризиків формування залежності від опіоїдів.

Це спостереження підтверджує існуючі уявлення про те, що родина в якій є декілька дітей створює кращі умови для соціалізації дитини. Завдяки наявності старших і молодших сибсів, дитина в такій родині з перших років свого життя вчиться вибудовувати свої відносини з оточуючими її людьми. До того ж в таких родині батьки частіше делегують виконання деяких повсякденних зобов'язань і побутових справ дітям, призвичаюючи їх до праці, що також є потужним фактором антиризиків щодо формування станів залежності, взагалі, і психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів, зокрема.

Як було сказано вище, в світовій фаховій літературі давно і широко обговорюється роль у формуванні залежності від психоактивних речовин таких факторів як склад і умови виховання у батьківській родині. Однак, як показує аналіз відповідних джерел ці питання сьогодні залишаються далекими від свого розв'язання і тому вони також стали предметом дослідження на цьому етапі роботи (табл. 3, рис. 3).

Таблиця 3

Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) за складом родин, в яких виховувались обстежені

Склад родини, в якій виховувався обстежений:	Контрольна (n=270)		Основна (n=270)		Достовірність відмінностей (РТМФ ¹)	Відношення частот	DK ²	MI ²
	Абс. (осіб)	Відн. (%%)	Абс. (осіб)	Відн. (%%)				
- повна	187	69,26	169	62,59	0,02	0,90	-0,44	0,01
- без батька	75	27,78	90	33,33	0,03	1,20	0,79	0,02
- без матері	5	1,85	6	2,22	0,2	1,20	0,79	0,00
- у родичів	3	1,11	5	1,86	0,2	1,67	2,22	0,01

Примітки:

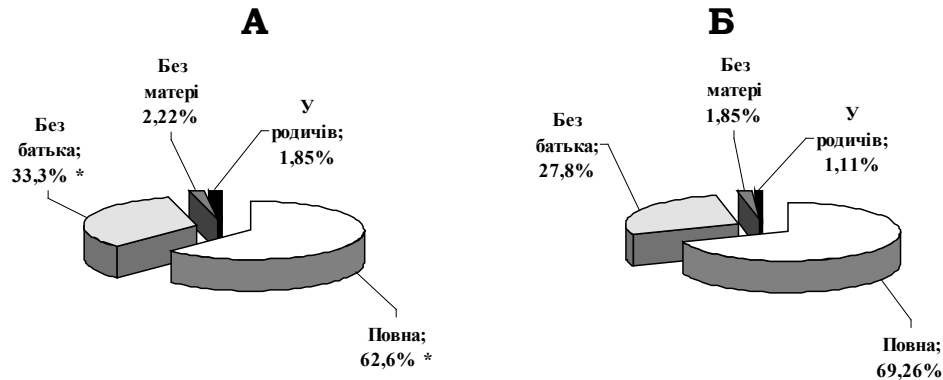
¹ достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчались, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ).

² Умовні позначення: DK – діагностичний коефіцієнт, MI – міра інформативності Кульбака.

Результати представлені у таблиці 3 і на рисунку рис. 3 свідчать про те, що особи, залежні від опіоїдів (основна група) достовірно ($p = 0,02$) рідше походять із повних сімей

Наркологія

і, відповідно, достовірно ($p=0,03$) частіше – із сімей, де немає батька, ніж особи без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група). Однак, ці відмінності у частоті невеликі (0,90 рази і 1,20 рази відповідно), тому інформативність цих ознак як факторів ризику – антиризик формування залежності від опіоїдів незначна (міри інформативності Кульбака 0,01 та 0,02 відповідно).



Примітка: * – відмінність від групи практично здорових осіб достовірна ($p<0,05$)
Достовірність відмінностей оцінено точним методом Фішера (ТМФ).

Рисунок 3 – Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (А), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (Б) за складом родин, в яких виховувались обстежені

Щодо інших варіантів складу родин, з яких походили обстежені пробанди (неповна родина внаслідок відсутності матері або відсутність обох рідних батьків із вихованням в родині родичів), то вони зустрічались досить рідко і наявні відмінності у частоті таких випадках в групах порівняння не були достовірними (табл. 3, рис. 3).

Важливим фактором впливу на ризик формування залежності від опіоїдів виявився рівень матеріально-побутового забезпечення у родинах батьків пробандів (табл. 4, рис. 4).

Таблиця 4

Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) за рівнем матеріально-побутового забезпечення у родинах батьків (МПЗурБ) (у родинах, в яких виховувались обстежені)

Рівень МПЗурБ	Контрольна (n=270)		Основна (n=270)		Достовірність відмінностей (РТМФ ¹)	Відношення частот	ДК ²	МІ ²
	Абс. (осіб)	Відн. (%%)	Абс. (осіб)	Відн. (%%)				
- низький	13	4,81	20	7,41	0,07	1,54	1,87	0,02
- середній	225	83,33	160	59,26	<0,000001	0,71	-1,48	0,18
- високий	32	11,86	90	33,33	<0,000001	2,81	4,49	0,48

Примітки:

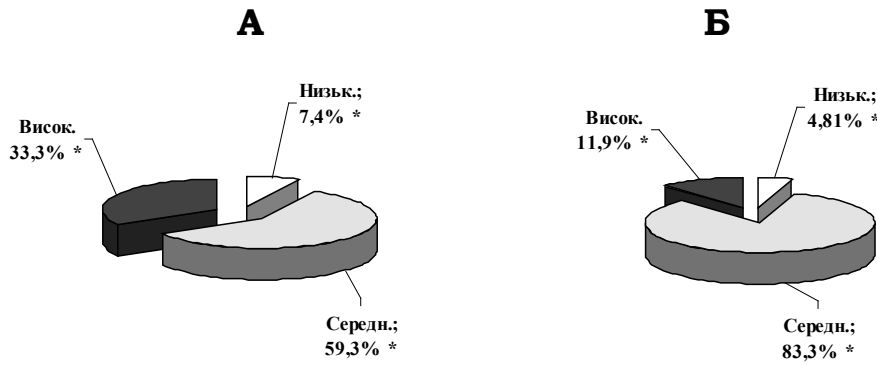
¹ достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчались, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ).

² Умовні позначення: ДК – діагностичний коефіцієнт, МІ – міра інформативності Кульбака.

Так було встановлено, що факторами ризику формування залежності від опіоїдів є і відносно високий і відносно низький рівень матеріально-побутового забезпечення.

При цьому, високий рівень матеріально-побутового забезпечення є більш потужним і надійним фактором ризику, ніж низький. Досить сказати, що відносно високий рівень матеріально-побутового забезпечення в родинах осіб залежних від опіоїдів зустрічався в 2,81 рази частіше (ДК=4,49, МІ=0,48 при $p<0,000001$), ніж у практично здорових осіб, а відносно низький – лише 1,54 рази, до того ж при наявній кількості спостережень останній показник не набув достатнього рівня достовірності (при $p=0,07$).

Водночас, середній рівень матеріально-побутового забезпечення в родинах осіб, залежних від опіоїдів, зустрічались в 0,71 рази рідше (при $p<0,000001$), ніж в родинах практично здорових осіб і тому може розглядатись як фактор антиризик формування залежності від опіоїдів (ДК= -1,48, МІ=0,18).



Примітка: * – відмінність від групи практично здорових осіб достовірна ($p < 0,05$)
Достовірність відмінностей оцінено точним методом Фішера (ТМФ).

Рисунок 4 – Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (А), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (Б) за рівнем матеріально-побутового забезпечення у родинях батьків (у родинях, в яких виховувались обстежені)

Окрім рівня матеріально-побутового забезпечення дуже впливовим чинником виявилась психологічна атмосфера у батьківській родині, рівень конфліктності поміж пробандами та їхніми батьками (табл. 5, рис. 5).

Таблиця 5

Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) за типом співвідношень з батьками

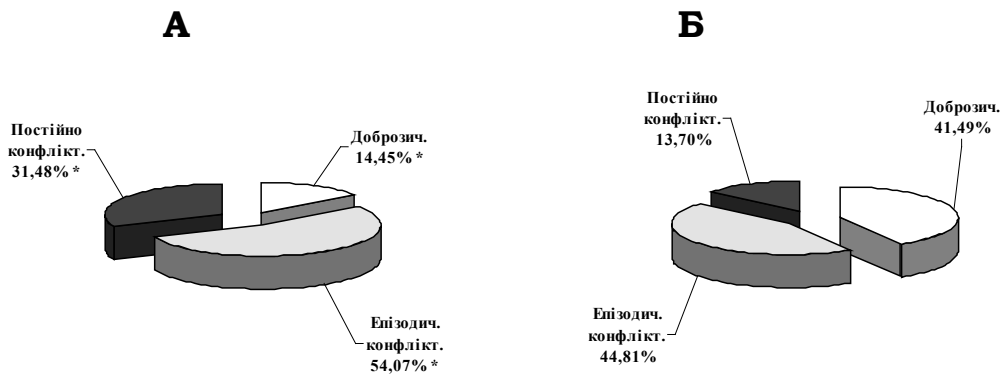
Тип співвідношень з батьками:	Контрольна (n=270)		Основна (n=270)		Достовірність відмінностей (РТМФ ¹)	Відношення частот	ДК ²	МІ ²
	Абс. (осіб)	Відн. (% %)	Абс. (осіб)	Відн. (% %)				
- доброзичливі	112	41,49	39	14,45	<0,000001	0,35	-4,58	0,62
- епізодично конфліктні	121	44,81	146	54,07	0,007	1,21	0,82	0,04
- постійно конфліктні	37	13,70	85	31,48	<0,000001	2,30	3,61	0,32

Примітки:

¹ достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчались, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ).

² Умовні позначення: ДК – діагностичний коефіцієнт, МІ – міра інформативності Кульбака.

Так було встановлено, що факторами ризику формування залежності від опіоїдів є конфліктний тип співвідношень з батьками, який часто передував розвитку власне залежності. При цьому, постійно конфліктні співвідношення з батьками виявились, цілком очікувано, більш потужним і надійним фактором ризику, ніж епізодично конфліктні співвідношення.



Примітка: * – відмінність від групи практично здорових осіб достовірна ($p < 0,05$)
Достовірність відмінностей оцінено точним методом Фішера (ТМФ).

Рисунок 5 – Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (А), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (Б) за типом співвідношень з батьками

Наркологія

Преморбідні, постійно конфліктні співвідношення з батьками в родинях осіб залежних від опіоїдів зустрічалися в 2,30 рази частіше (ДК=3,61, МІ=0,32 при $p < 0,000001$), ніж у практично здорових осіб, а епізодично конфліктні – лише 1,21 рази (ДК=0,82, МІ=0,04 при $p = 0,007$).

Водночас, преморбідні, доброзичливі співвідношення з батьками в родинях осіб залежних від опіоїдів зустрічалися в 0,35 рази рідше (при $p < 0,000001$), ніж в родинях практично здорових осіб і тому вони можуть розглядатись як потужний фактор антиризиків формування залежності від опіоїдів (ДК= -4,58, МІ=0,62).

Висновки

1. Факторами ризику формування залежності від опіоїдів є (в порядку зменшення інформативності): високий рівень матеріально-побутового забезпечення у родинях батьків (ДК = +4,49; МІ = 0,48 при $p < 0,000001$); постійно-конфліктний тип співвідношень з батьками (ДК = +3,61; МІ = 0,32 при $p < 0,000001$); наявність патології вагітності, пологів і післяпологового періоду (ДК = +2,06; МІ = 0,05 при $p = 0,02$), епізодично-конфліктний тип співвідношень з батьками (ДК = +0,82; МІ = 0,04 при $p = 0,007$) та виховання без батька (ДК = +0,79; МІ = 0,02 при $p = 0,03$).
2. Факторами антиризиків формування залежності від опіоїдів є (в порядку зменшення інформативності): доброзичливий тип співвідношень з батьками (ДК = -4,58; МІ = 0,62 при $p < 0,000001$); середній рівень матеріально-побутового забезпечення у родинях батьків (ДК = -1,48; МІ = 0,18 при $p < 0,000001$); народження одним із середніх дітей (серед інших сибсів) в родині батьків (ДК = -0,83; МІ = 0,03 при $p = 0,02$); відсутність патології вагітності, пологів і післяпологового періоду (ДК = -0,25; МІ = 0,01 при $p = 0,02$) та повна родина, в якій виховувався обстежений (ДК = -0,44; МІ = 0,01 при $p = 0,02$).

Перелік посилань

1. Сосин И. К., Атраментова Л. А., Приходько Е. А., Гуревич Я. Л. Наследственная отягощенность больных алкоголизмом разной степени гетерозиготности // 5-й съезд генетиков и селекц. Украины: Тез. докл. – Киев, 1986. – Ч. 4. – С. 5.
2. Сосин И. К., Мысько Г. Н., Чуев Ю. Ф. и др. Ипохондрическая симптоматика при алкоголизме у больных с наследственной отягощенностью по линии шизофрении // Психосоматич. расстройство: Матер, совместной научн. сессии. – Харьков-Луганск, 1995. – С. 97-98.
3. Атраментова Л. А., Сосин И. К., Побережная О. В. Генетическое исследование алкоголизма и наркомании у женщин // Акт. питання неврології, психіатрії та наркології: Матер, науково-практич. конфер. – Вінниця, 1997. – С. 132-133.
4. Атраментова Л. А. Гены и поведение. / Л. А. Атраментова, О. В. Филиппова. – Харьков: «Ліхтар», «Современная печать», 2008. – 496 с.
5. Bousman CA, Glatt SJ, Cherner M, Atkinson JH, Grant I, Tsuang MT, Everall IP; the HNRC Group. Preliminary evidence of ethnic divergence in associations of putative genetic variants for methamphetamine dependence. // *Psychiatry Res.* 2010 May 15.
6. Button TM, Stallings MC, Rhee SH, Corley RP, Boardman JD, Hewitt JK. Perceived peer delinquency and the genetic predisposition for substance dependence vulnerability. // *Drug Alcohol Depend.* 2009 Feb 1;100 (1-2):1-8. Epub 2008 Nov 12.
7. Freedman R. Genetic investigation of race and addiction. // *Am J Psychiatry.* 2009 Sep;166 (9):967-8.
8. Grucza RA, Bierut LJ. Co-occurring risk factors for alcohol dependence and habitual smoking: update on findings from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. // *Alcohol Res Health.* 2006;29 (3):172-8.
9. Higuchi S, Matsushita S, Kashima H. New findings on the genetic influences on alcohol use and dependence. // *Curr Opin Psychiatry.* 2006 May;19 (3):253-65.
10. Hill SY, Steinhauer SR, Locke-Wellman J, Ulrich R. Childhood risk factors for young adult substance dependence outcome in offspring from multiplex alcohol dependence families: a prospective study. // *Biol Psychiatry.* 2009 Oct 15;66 (8):750-7. Epub 2009 Jul 29.
11. Лінський І. В., Атраментова Л. О., Матузок Е. Г. Про співвідношення генетичних і середовищних детермінант в розвитку захворювань наркологічного профілю. // Український вісник психоневрології, Т. 6, випуск 3 (18), 1998., с. 97-99.
12. Линский И. В. Соотношение генетических и средовых детерминант в развитии опийной наркомании у больных с различной прогрессивностью ее течения. // *Архів психіатрії*, № 3-4 (22-23), 2000, С. 31-34.
13. Линский И. В. Семейный анамнез как источник информации о предрасположенности к заболеваниям наркологического профиля // «Український ме-дичний часопис», № 5 (19), 2000, с. 141-144.
14. Линский И. В. Предрасположенность к заболеваниям наркологического профиля и прогрессивность опиомании // *Таврический журнал психиатрии. Симферополь*, выпуск 4, № 4 (15), 2000, С. 22-25.
15. Hou QF, Li SB. Potential association of DRD2 and DAT1 genetic variation with heroin dependence. // *Neurosci Lett.* 2009 Oct 23;464 (2):127-30. Epub 2009 Aug 5.

16. Hurd YL. Perspectives on current directions in the neurobiology of addiction disorders relevant to genetic risk factors. // CNS Spectr. 2006 Nov;11 (11):855–62.
17. Xian H, Scherrer JF, Grant JD, Eisen SA, True WR, Jacob T, Bucholz KK. Genetic and environmental contributions to nicotine, alcohol and cannabis dependence in male twins. // Addiction. 2008 Aug;103 (8):1391–8.
18. Yuferov V, Levran O, Proudnikov D, Nielsen DA, Kreek MJ. Search for genetic markers and functional variants involved in the development of opiate and cocaine addiction and treatment. // Ann N Y Acad Sci. 2010 Feb; 1187:184–207.
19. Мерфи Э.А., Чейз Г.А. Основы медико-генетического консультирования. – М.: Медицина, 1979. – с. 389.
20. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. – М., Медицина, 1978. – 294 с.
21. Артемчук А.П. Проблема коморбізму алкогольної хвороби та клініко-патогенетичне обґрунтування комплексних терапевтичних програм. // Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. – 2005 р. – 48 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ І УМОВ ВИХОВАННЯ У ДИТИНСТВІ, ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ-АНТИРИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОПІОЇДІВ

Друзь О. В.

Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» (м. Київ)

Резюме. Мета роботи – оцінка особливостей перинатального періоду і умов виховання у дитинстві, як факторів ризику формування залежності від опіоїдів. Методом опитування респондентів та їхніх матерів вивчено родинний анамнез 270 хворих, залежних від опіоїдів, і 270 осіб без ознак будь-якої залежності. Проведено порівняльне дослідження частоти різноманітних особливостей перинатального періоду і умов виховання у дитинстві в обраних групах. Встановлено, що серед вивчених факторів ризику формування залежності від опіоїдів найбільш потужними є: високий рівень матеріально-побутового забезпечення у родинах батьків та постійно-конфліктний тип співвідношень пробандів з їхніми батьками. Відповідно найбільш потужними факторами антиризика формування залежності від опіоїдів виявились: доброзичливий тип співвідношень пробандів з їхніми батьками та середній рівень матеріально-побутового забезпечення у родинах батьків.

Ключові слова: залежність від опіоїдів, фактори ризику, перинатальний період, умови виховання.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА И УСЛОВИЙ ВОСПИТАНИЯ В ДЕТСТВЕ, КАК ФАКТОРЫ РИСКА-АНТИРИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ

Друзь О. В.

Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ» (г. Киев)

Резюме. Цель работы – оценка особенностей перинатального периода и условий воспитания в детстве, как факторов риска формирования зависимости от опиоидов. Методом опроса респондентов и их матери изучен семейный анамнез 270 больных, зависимых от опиоидов, и 270 лиц без признаков какой бы то ни было зависимости. Проведено сравнительное исследование частоты различных особенностей перинатального периода и условий воспитания в детстве в избранных группах. Установлено, что среди изученных факторов риска формирования зависимости от опиоидов наиболее мощными являются высокий уровень материально-бытового обеспечения в семьях родителей и постоянно-конфликтный тип отношений пробандов с их родителями. Соответственно наиболее мощными факторами антириска формирования зависимости от опиоидов оказались: доброжелательный тип отношений пробандов с их родителями и средний уровень материально-бытового обеспечения в семьях родителей.

Ключевые слова: зависимость от опиоидов, факторы риска, перинатальный период, условия воспитания.

Наркология

FEATURES OF THE PERINATAL PERIOD AND CONDITIONS OF UPBRINGING IN THE CHILDHOOD, AS RISK'S FACTORS OR ANTIRISK'S FACTORS OF OPIOID DEPENDENCE'S FORMATION

Druz' O. V.

Main military-medical clinical center "GNCH" (Kiev)

Summary. The purpose of work is an estimation of features of perinatal period and conditions of upbringing in the childhood, as a risk factors of formation of dependence from opioids. The family anamnesis of 270 opioids' depended patients and 270 persons without signs of any dependence was investigated by the method of interrogation of these respondents and their mothers. Comparative research of frequency of various features of perinatal period and conditions of upbringing in the childhood, in the elected groups was carried out. It is established that among all investigated risk factors of formation of dependence from opioids the most powerful are a high level of material – household maintenance in families of parents and constant – disputed type of relations probands with their parents. Accordingly the most powerful factors of antirisk of formation of dependence from opioids appeared: easygoing type of relations probands with their parents and an average level of material – household maintenance in families of parents.

Key words: opioid' dependence, risk factors, features of perinatal period, conditions of upbringing.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПОЗИЦИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕДУЩЕГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО СИНДРОМА

С. В. Власенко

Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий

Ключевые слова: детский церебральный паралич, реабилитация, токсин ботулизма, нейроортопедические синдромы.

Введение. Двигательное развитие больных с детским церебральным параличом (ДЦП) представляет собой сложную, междисциплинарную проблему. Уникальное сочетание разнообразной неврологической симптоматики и связанных с ней ортопедических синдромов требует комплексного подхода к решению имеющихся нарушений [1,2,6,7,8,9,11,13]. Существующие методы диагностики патологических синдромов и динамики их развития являются либо узкоспециализированными (неврологическими, ортопедическими, психиатрическими, логопедическими), либо широко обобщающими (констатируется факт самостоятельного передвижения, возможности самообслуживания). Отсутствие междисциплинарных диагностических критериев не позволяет рассмотреть имеющиеся у ребенка проблемы с позиции их взаимосвязи и взаимовлияния. И, соответственно, может привести к неправильной их трактовке и выработке тактики лечения. К числу таких синдромов относится мышечная спастичность и развивающиеся на ее основе ортопедические осложнения. Констатация факта спастичности с определением ее уровня по соответствующим шкалам и целенаправленная коррекция может не привести к ожидаемым положительным функциональным результатам. Это также относится и к подходу в диагностике и лечении ортопедических синдромов. Так, избирательная коррекция одной контрактуры или деформации без учета всей биомеханической цепочки ее образования может не дать стойкого положительного эффекта в двигательном развитии ребенка и привести к быстрому рецидивированию, что тяжело отражается на психоэмоциональном состоянии ребенка, его родных, подрывает веру в перспективность восстановительного лечения. Поэтому адекватный терапевтический подход к лечению ДЦП предусматривает многосторонний, дифференцированный диагностический анализ проблем с выработкой оптимальных методов воздействия.

Целью данного исследования стало повышение эффективности ботулинотерапии в лечении двигательных расстройств у больных ДЦП.

Материал и методы. С февраля 2000 года на базе Евпаторийского Центрального детского клинического санатория Министерства Обороны Украины в системе комплексной реабилитации больных ДЦП активно применяется препарат «Диспорт», являющийся токсином ботулизма тип А, выпускаемый фирмой «Ипсен», Франция.

Под нашим наблюдением находилось 247 детей больных ДЦП с формой спастическая диплегия (первая группа), которым регулярно, не менее двух раз в год вводился данный препарат. Распределение точек введения ботулотоксина проводилось в зависимости от преобладания в клинической картине заболевания того или иного патологического синдрома ведущей деформации или, так называемой, «концепции ключевой мышцы». Также учитывалось влияние на двигательную активность ребенка нередуцированных патологических тонических рефлексов (шейного симметричного и лабиринтного тонического). Вторую группу составили 86 больных ДЦП с формой спастическая диплегия, препарат «Диспорт» которым вводился регулярно, но без учета вышеперечисленных критериев. Обкалывались все спастические мышцы. Третью группу, которая не отличалась от первых двух групп по степени двигательных нарушений, составили 123 детей больных ДЦП с формой спастическая диплегия, которым не применялся «Диспорт». Средний возраст больных в группах составил 10,5±2,55 лет.

Всем больным проводилось комплексное клиническое исследование. Ограничение объема движений в суставах разделялось на пять степеней (первая – 100% объем активных и пассивных движений, вторая – ограничение объема движений от 0% до 25%, третья –

ограничение объёма движений от 26% до 50%, четвертая – ограничение объёма движений от 51% до 75%, пятая – ограничение объёма движений на 100%); двигательная активность оценивалась по критериям классификации больших моторных функций (Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy (GMFCS)) [3,5]. Степень спастичности мышц оценивалась по шкале Эшуорта; степень выраженности пареза – по пятибалльной шкале. Из анамнеза заболевания интересовало: возрастные особенности формирования патологических установок, их терапия, длительность сохранения эффекта. Время возникновения фиксированных контрактур, распространенность их, возраст больного при проведении первых операций и последующих, а так же мероприятия по их профилактике.

Результаты и их обсуждение. Снижение спастичности мышц является одной из основных целей в реабилитации двигательных нарушений у больных ДЦП. Наличие достаточно обширных повреждений структур центральной нервной системы (ЦНС), при отсутствии сформированных двигательных функций, требует выработки долгосрочной программы реабилитации. При этом клинические проявления патологии ЦНС на ранних возрастных этапах развития ребенка оказывают основное влияние на формирование порочной позы ребенка. У больных с преобладающей активностью шейного симметричного тонического рефлекса формируется разгибательная синергия нижних конечностей. Основные мышцы – разгибатели, двухсуставные мышцы стимулируются рефлекторно, благодаря чему осуществляется разгибание коленных суставов. Важным и существенным при этой синергии является формирование эквинусных установок стоп и возможные разнообразные сочетания двигательных нарушений в тазобедренных суставах. Превалирующая активность шейного симметричного тонического рефлекса рефлекторно усиливает при сгибании головы тонус всех разгибателей нижних конечностей, а также трехглавых мышц голени, в основном как подошвенных сгибателей стоп, формируя их эквинусные положения.

Преобладание лабиринтного тонического рефлекса вызывает развитие сгибательной синергии нижних конечностей. Особенностью этой патологии является снижение тонуса и функциональной активности основных односуставных разгибателей нижних конечностей (больших ягодичных, трех головок четырехглавых мышц и камбаловидных). Перечисленные мышцы не получают достаточно как рефлекторной, так и произвольной стимуляции. Двухсуставные мышцы, включаясь в сгибательную синергию, теряют в той или иной степени разгибательную и стабилизирующую функцию суставов. При превалирующем влиянии лабиринтного тонического рефлекса трехглавая мышца голени включается в сгибательную синергию нижней конечности, принимает участие в формировании сгибательных контрактур в коленных суставах и эквинусной деформации стоп.

Данные рефлексы выражены практически с рождения ребенка. С течением времени на их основе происходит формирование различных нейроортопедических синдромов. Шейный симметричный тонический рефлекс является предшественником аддукторного, ректус- и трицепс-синдромов. Лабиринтный тонический рефлекс вызывает развитие аддукторного, гамстринг- и трицепс-синдромов. Отсутствие целенаправленной коррекции вышеперечисленных синдромов приводит к формированию контрактур в суставах нижних конечностей. При этом односуставные контрактуры провоцируют образование фиксированных ограничений движений в других суставах.

Таким образом, к 12–14 годам в клинической картине заболевания диагностируются многокомпонентные, многосуставные контрактуры и деформации конечностей, требующие длительного, дорогостоящего лечения. Поэтому целенаправленное воздействие на спастичные мышцы, с учетом влияния тонических рефлексов и формирующихся нейроортопедических синдромов, позволит не допустить развития таких тяжелых осложнений. Используемые в санатории методы реабилитации разработаны с учетом вышеперечисленных позиций. Комплексы лечебной гимнастики, специальных укладок, направленных на растяжение определенных мышечных групп, курсы этапного гипсования, проводимые регулярно на протяжении многих лет жизни ребенка, приводят к стойкой положительной динамике в двигательном развитии.

Однако, с момента регистрации на территории Украины препарата на основе токсина ботулизма «Диспорт», появилась возможность повысить эффективность реабилитации данного контингента больных [1,2,4,6,7,8,9,10,11,12,13]. За достаточно длительный временной период применения данного препарата в санатории тактика и методология использования данного препарата претерпела определенные изменения.

При максимальной выраженности шейного симметричного тонического рефлекса доза препарата распределяется с учетом наиболее вовлеченных в патологическую синергию

мышц: большие грудные мышцы, приводящие мышцы бедер и икроножные. При преобладающем влиянии лабиринтного тонического рефлекса препарат распределяется между приводящими мышцами бедер и сгибателями голени. Данные по клиническим результатам лечения больных трех групп представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Динамика клинических показателей у больных ДЦП

Группы больных	Степень спастичности, баллы	Клинические данные (M±m)			Уровень двигательной активности (по шкале GMFCS), баллы
		Степень выраженности пареза, баллы	Ограничение объема движений, баллы	Уровень двигательной активности (по шкале GMFCS), баллы	
Первая (n=247)	3,88±0,33**	2,55±0,49	3,76±0,43*	4,84±0,36**	
	3,06±0,27*	3,21±0,34	2,58±0,41	3,37±0,48	
Вторая (n=86)	3,88±0,32**	2,56±0,49	3,76±0,43	4,85±0,36	
	3,05±0,21°	2,83±0,38	3,62±0,49	4,64±0,48	
Третья (n=123)	3,87±0,34	2,54±0,49	3,77±0,43*	4,85±0,36	
	3,83±0,28	2,68±0,47	2,56±0,49	4,16±0,65	

Примечание: В числителе показатели до лечения, в знаменателе – после, достоверность отличий в группах с показателями до и после лечения: * – p<0,05; ** – p<0,01. Здесь и в таблице 2 достоверность отличий в группах между показателями первой и второй групп: ^Δ – p<0,05, ^{ΔΔ} – p<0,01; первой и третьей групп:

▪ – p<0,05; ▪▪ – p<0,01; второй и третьей групп: °- p<0,05; °°- p<0,01.

Достоверно низкие показатели спастичности в первых двух группах свидетельствуют об эффективности использования ботулинического токсина в терапии данного патологического симптома. Однако о функциональности метода свидетельствуют показатели по шкале GMFCS, которые достоверно выше в первой и третьей группах. Таким образом, целенаправленное подавление активности патологических тонических рефлексов позволяет добиться более значительной положительной динамики в двигательном развитии ребенка. Высокая двигательная активность ребенка способствует развитию мышечной силы, что констатируется данными, представленными в таблице. Таким образом, подходы к восстановительному лечению больных ДЦП наиболее функциональны в первой группе, что позволяет добиваться более существенной динамики, в том числе и в профилактике образования контрактур, таблица 2.

Таблица 2.

Особенности нейроортопедического лечения больных ДЦП

Группы больных	Анамнестические данные			
	Средний возраст начала хирургического лечения, годы, (M±m)	Повторные вмешательства, n (%)	Количество сформированных контрактур к моменту проведения первых операций, (M±m)	Сроки рецидивирования контрактур, годы, (M±m)
Первая (n=247)	10,67±0,47 ^{ΔΔ▪▪}	18 (7,29%)	1,16±0,37 ^{ΔΔ▪▪}	11,06±0,91 ^{ΔΔ▪▪}
Вторая (n=86)	7,88±0,39 ^{°°}	37 (43,02%)	2,88±0,54 ^{°°}	7,73±0,44 ^{°°}
Третья (n=123)	5,48±0,64	126 (85,71%)	4,51±0,57	3,25±0,43

Таким образом, более поздний возрастной период начала хирургического лечения в первой группе подтверждает, что введение «Диспорта» и последующая реабилитация должна быть дифференцированной в зависимости от неврологического и ортопедического статуса ребенка. Введение ботулотоксина без учета понятия «ключевой мышцы» или ведущего нейроортопедического синдрома не позволяет добиться значительного прогресса, как в двигательном развитии ребенка, так и в профилактике образования контрактур. Проводимое консервативное нейроортопедическое лечение больным третьей группы не позволило им избежать развития контрактур и проведения операций, так как патологически высокий мышечный тонус приводил к быстрому рецидивированию контрактур, что требовало проведения повторных операций.

Практическим эффектом реализации интеграции лечения ботулотоксином в комплек-

сы нейроортопедического лечения с учетом влияния на формирование позы ребенка тонических рефлексов и ведущего патологического двигательного синдрома является улучшение двигательных возможностей больных ДЦП, снижение риска возникновения контрактур и проведения операций, а также их рецидивирования.

Выводы

1. Комплексная оценка нейроортопедического статуса больных ДЦП должна выявлять превалирование в клинической картине заболевания патологических тонических рефлексов и развивающихся на их основе ортопедических синдромов (аддукторного, трицепс-, гам-стринг-, ректус-).
2. Снижение патологической спастичности мышц на основе выявленных синдромов позволяет дифференцированно перераспределить дозу препарата с увеличением ее введения в «ключевые» мышцы, оказывающие основное влияние на формирование патологической позы ребенка.
3. Сочетание использования препаратов на основе токсина ботулизма тип А в комплексной терапии нейроортопедических синдромов у больных с ДЦП повышает эффективность реабилитации, способствует профилактике образования и рецидивирования контрактур в нижних конечностях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евтушенко О.С., Евтушенко С.К. Сучасні методи лікування м'язової спастичності у дітей з органічними захворюваннями нервової системи (методичні рекомендації) – Донецьк, 2006.- 26 с.
2. Евтушенко О.С., Яновская Н.В., Дубина С.П. и др. Опыт реабилитации детей с различными органическими заболеваниями нервной системы в Донецком областном детском клиническом центре нейрореабилитации //Международный неврологический журнал.- 2010.- № 7 (37).- С. 11–20.
3. Качмар О.О., Козявкін В.І., Гордієвич М.С. Надійність української версії системи класифікації великих моторних функцій //Міжнародний неврологічний журнал.- 2010.- № 5 (357).- С. 77–81.
4. Крамчанинова О.Г., Машуренко В.І., Брагина Н.В. Досвід використання нейром'язових блокад при лікуванні спастичності за допомогою препарату Диспорт //Приложение к журналу «НЕЙРО NEWS»: Материалы Международного и IX Украинского Конгресса Детских Неврологов «Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика заболеваний нервной системы у детей».- Киев.-2009.- С. 25–26.
5. Кушнир Г.М., Могильников В.В., Корсунская А.А., Микляев А.А. Диагностические и экспертные шкалы в неврологической практике (методические рекомендации) – Симферополь, 2004.- 34 с.
6. Материалы 21-й ежегодной конференции EASD, сателлитного симпозиума компании Ипсен, 4 июля 2009 г. – Вильнюс, 2009.- 8 с.
7. Ненько А.М., Дерябин А.В. Оригинальные методы хирургического лечения детей с церебральным параличом, разработанные в специализированном клиническом санатории //Вестник физиотерапии и курортологии.- 2007.- № 2.- С. 54–56.
8. Соловьева Е. Фармакотерапия спастичности у детей и подростков с церебральным параличом // НЕЙРОNEWS.- 2010.- № 5/2.- С. 38–41.
9. Щеколова Н.Б., Белокрылов Н.М., Ненахова Я.В. Ортопедические аспекты коррекции двигательных нарушений у детей с церебральным параличом //Российские медицинские вести.- 2009.– Том 14, № 2.– С. 14–22.
10. Abstracts from the 6th International Conference on Basic and Therapeutic Aspects of Botulinum and Tetanus Toxins 2008.- Baveno, Lake Maggiore, Italy, June 12–14 //Toxicon.- 2008.-51 (2).- P1–54.
11. European consensus table 2006 on botulinum toxin for children with cerebral palsy //European Journal of Pediatric Neurology.- 2006.- N.5.- P. 6,
12. Guy Monnier, Bernard Parratte. Spasticity in children with cerebral palsy //Practical Handbook on Botulinum Toxin.- SOLAL, Marseille- France, 2007.- P.79–99.
13. «Practice parameter: pharmacologic treatment of spasticity in children and adolescents with cerebral palsy (an evidence-based review)» //Journal American Academy of Neurology.-2010.-74.-P.336–343.

INCREASE OF EFFICIENCY OF BOTULOTHERAPY IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH INFANTILE CEREBRAL PALSY FROM POSITION OF DETERMINATION OF LEADING PATHOLOGICAL MOTIVE SYNDROME

S. V. Vlasenko

The central children sanatorium of the Ministry of Defence, Evpatoria, Ukraine

Keywords: infantile cerebral palsy, rehabilitation, toxin of botulism, neuroorthopedic syndromes.

Resume: Complex clinical research is conducted 247 patients (first group) with child's cerebral paralysis, form spastical diplegia, introduction of botulotoxin which was conducted it is

differentiated depending on predominance in the clinical picture of one disease of pathological syndromes of no reduction tonic reflexes with prevailing spasticity of certain group of muscles. Control groups were made by patients which the toxin of sausage-poisoning was entered without the account of pathological syndromes (second group), and third – preparation was not entered. Conducted complex treatment with the use of preparation on the basis toxin of botulism type A „Disport” allowed to obtain for certain a greater positive dynamics on the indexes of spasticity, muscular force, volume motions, motive development by comparison to control groups.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ БОТУЛІНОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ З ПОЗИЦІЇ ВИЗНАЧЕННЯМ ПРОВІДНОГО ПАТОЛОГІЧНОГО РУХОВОГО СИНДРОМУ

С. В. Власенко

Євпаторійський Центральний дитячий клінічний санаторій Міністерства Оборони України

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, реабілітація, токсин ботулізму, нейроортопедичні синдроми, хірургічне лікування.

Резюме: Проведено комплексне клінічне дослідження 247 хворих (перша група) з дитячим церебральним паралічем, форма спастична диплегія, введення ботулотоксина яким проводилося диференційовано залежно від переважання в клінічній картині захворювання одного з патологічних синдромів нередукованих тонічних рефлексів з переважаючою спастичністю певної групи м'язів. Контрольні групи склали хворі, яким токсин ботулізму вводився без урахування патологічних синдромів (друга група), і третя – препарат не вводився. Проведене комплексне лікування з використанням препарату на основі токсину ботулізму типу А «Диспорт» дозволило добитися достовірно більшої позитивної динаміки за показниками спастичності, м'язової сили, об'єму рухів, рухового розвитку порівняно з контрольними групами.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ СТАТУСУ АБСАНСІВ. Клінічне спостереження

А. Л. Горб

КЗ «Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня»

«Статус являється истинным кризисом болезни (эпилепсии) и в меньшей степени её вероятным завершением, которого нужно избежать с помощью правильного лечения»

L. P. Clare, T. P. Prout, 1903 г.

Резюме. Статус абсансів при дитячій абсансній епілепсії зустрічається у 10% хворих. У деяких випадках хвороба маніфестує статусом. Безсудомний характер порушень викликає значні труднощі в діагностиці і лише з допомогою ЕЕГ можлива верифікація діагнозу.

Absans – «відсутність» (латина). Згідно Міжнародної класифікації епілептичних параксизмів, абсанси – генералізовані напади, які супроводжуються короткочасною втратою свідомості, зупинкою погляду та наявністю на ЕЕГ специфічних патернів у вигляді «пік – хвиля» з частотою 3–3,5 Гц.

Перший опис абсансів зробив S. Tissot у 1770 р., термін absans вперше був введений Calmeil у 1824 р., а Esguirol (1838 р.) запропонував називати всі безсудомні напади – «petit mall». У другій половині XIX ст. епілептична природа абсансів не визивала сумніву. Діагностика абсансів до 40-х років XX ст. базувалася лише на клінічних проявах. У 1936 р. Gibs et al було встановлено, що абсанси мають специфічні зміни на ЕЕГ – «пік – хвиля» з частотою 3–3,5 Гц.

Дитяча абсансна епілепсія – ідіопатична генералізована епілепсія основними проявами якої є абсанси, дебют у дитячому віці та специфічні зміни на ЕЕГ – пік-хвильова активність з частотою 3 Гц.

Дебют абсансів при дитячій абсансній епілепсії спостерігається від 2-х до 9-ти років, віковий пік маніфестації 4–6 років. Типовий клінічний прояв абсансів – це раптове виключення свідомості, з відсутністю рухових феноменів, гіпотонією. Аура, як і післяприступна сплутаність свідомості, відсутні. Тривалість абсансу 5–15 секунд. Специфічною особливістю абсансів є їх частота, десятки чи сотні на добу. Єдиним симптомом, що допомагає запідозрити статус абсансів чи їх серійне почаття – є стійкий мідріаз з відсутністю реакцій на світло.

Статус абсансів при дитячій абсансній епілепсії зустрічається у 10% хворих. Статус – різке почаття нападів, які повторюються один за одним. Відмічається амімія, слинотеча, акінезія. Тривалість від кількох годин до кількох діб. У дітей епілептичний статус може виникати спонтанно, при відсутності почаття нападів, на відміну від дорослих пацієнтів.

Безсудомний характер порушень викликає значні труднощі в діагностиці і лише з допомогою ЕЕГ можливо верифікувати діагноз.

Початок та кінець статусу чітко означені. В яскраво виражених випадках свідомість порушена до ступіню ступору, хворий автоматично реагує тільки на дуже інтенсивні звукові чи больові стимули. Рухова активність відсутня, часом можуть відмічатися неорієнтовані рухи. Типовим є міоклонус очей, мимічні гримасоподібні рухи.

Статус абсансів не потребує, у більшості випадків, невідкладної інтенсивної терапії. У деяких випадках використовуються орально бензодіазепіни (клоназепам, клобазан).

Своєчасно призначена адекватна антиконвульсивна терапія (вальпроат, етосуксимід, ламотриджин, леветірацетам, топіромат) забезпечує ефективний контроль над нападами.

Прогноз задовільний. У більшості випадків (80–90%) діти одужують. Без лікування вірогідна трансформація у судомні напади пробудження.

Клінічне спостереження. Дитина Ігор П., 08.01.1999 року народження, вперше звернулись до Херсонської обласної клінічної лікарні 10.09.2007 року. Причиною звернення були епізодичні напади неприродної сонливості – хлопчик засинав на уроці, під час обіду, іноді прямо на вулиці. Тривалість нападу від 30 хвилин до декілька годин. Декілька разів на місяць у батьків виникали труднощі з пробудженням дитини в ранкові часи, «примусове» пробудження було на 1–2 години пізніше звичайного. Також батьки скаржились на підвищену втомлюваність, погіршення показників у навчанні, порушення комунікативних функцій. Подібні стани спостерігалися у дитини з 2006 року з частотою від 1–2 до 4–5 разів на місяць.

На протязі року неодноразово звертались за допомогою за місцем проживання, призначались ноотропні препарати, вітамінні комплекси. Також у 2006 році звертались до невролога загальної практики у зв'язку з нав'язливими руховими феноменами очей, які в подальшому регресували.

Ігор П. був госпіталізований до неврологічного відділення з діагнозом: Криптогенні пароксизмальні стани. Діагностичний спектр захворювань включав – синдром Жиліно, порушення серцевого ритму, цукровий діабет, метаболічні порушення.

Дитина від першої фізіологічної вагітності та пологів. Розвиток на першому році життя без особливостей. Неврологічний статус – без вогнищевих змін, показники психічного та мовленевого розвитку в межах віку. Спадковість – випадків епілепсії в сім'ї не встановлено.

Обстеження: ЕКГ моніторинг за Холтером – добова частота серцевих скорочень 50–150 за 1 х в., аритмія; моніторинг артеріального тиску без патологічних змін. Аналізи крові: ІgG, М до токсоплазми, вірусам герпесу та Епштейн-Бар негативні.

Аксиальна комп'ютерна томографія головного мозку – новоутворень не виявлено, поодинокі післяішемічні зони зорового горба, лікворні шляхи без особливостей.

Тест толерантності до глюкози: 3,8–6,7–4,4 ммоль; загально-клінічні та біохімічні обстеження крові і сечі без патологічних змін.

Психометричне дослідження – інтелектуально-мнестичний розвиток за віком, церебрастенія.

ЕЕГ обстеження при госпіталізації – зареєстровані легкі загально-мозкові зміни, без вогнищевих та специфічних патернів (мал. № 1).

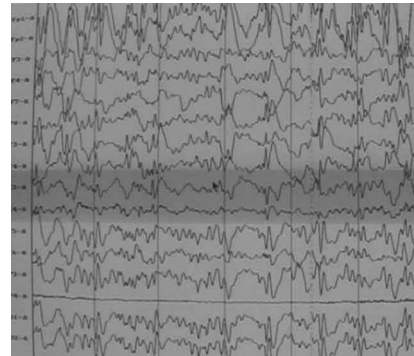
Під час стаціонарного обстеження дитині була проведена ЕЕГ після депривації сну та ЕЕГ-моніторинг під час денного сну, однак обстеження були малоінформативні, специфічні та вогнищеві зміни не верифіковані.

У подальшому ЕЕГ обстеження було виконано під час нападу порушення свідомості (мал. № 2) – ЕЕГ микширована, насичена комплексами “гостра – повільна хвиля” з частотою 2,5 Гц., зі схильністю до фрагментації. Зареєстровані також епізоди високоамплітудної активності “гостра повільна хвиля” 2 Гц. у лобових відведеннях, що перемежається з активністю “тета” 6–7 Гц.

Мал.№ 1



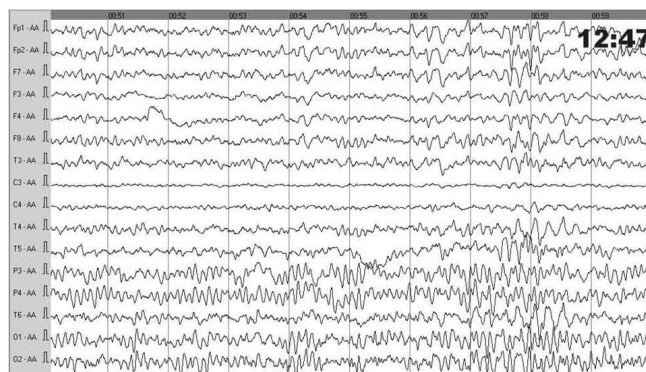
Мал.№ 2



Встановлено клінічний діагноз: Дитяча абсансна епілепсія. Статусний перебіг.

Призначена антиконвульсивна терапія похідними вальпроївої кислоти (депакін), в добовій дозі 32 мг/кг. Через 6 тижнів на ЕЕГ медикаментозно індукована редукція активності (мал. № 3). Спостереження на протязі 2007–2010 р.р. – стан задовільний, скарг немає, показники розвитку фізіологічні, абсанси відсутні, ЕЕГ без специфічних змін. Адитивна терапія включала магне В₆, гліцисед, гепатопротектори, вітамінні комплекси.

Мал.№ 3



Дитині планується пробна відміна вальпроївої кислоти. Вірогідність рецидиву хвороби не перевищує 20%.

Висновки:

1. Безсудомні пароксизмальні порушення свідомості потребують обов'язкового ЕЕГ обстеження, у тому числі в режимі LTME.
2. Своєчасна діагностика дитячої абсансної епілепсії та статусу абсансів забезпечує не тільки якість життя дитини на період лікування, а й дає можливість на одужання у майбутньому.

Література:

1. Броун Т., Холмс Г. Епілепсія: Клиническое руководство. – Бинум, 2006.
2. Дзяк Л. А., Зенков Л. Р., Кириченко А. Г. епілепсія. – Київ: книга-плаус, 2001.
3. Зенков Л. Р. Клиническая эпилептология. Москва, 2010.
4. Евтушенко С. К., Омеляненко А. А. Клиническая электроэнцефалография у детей. – Донецк, 2005.
5. Марк Гардинер. Генетика идиопатических генерализованных эпилепсий // Международный неврологический журнал. – 2007. – № 3 (13). – с. 49–51.
6. Susan Spenser. Эпилепсия. Клинические наблюдения и ранее неизвестные механизмы // The Lancet Neurology. – 2007. – № 2. – с. 21.
7. Темин П., Никанорова М. Диагностика и лечение эпилепсии у детей. – М. Можайск: Терра, 1997.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А. А. Микляев, А. А. Микляева, Г. М. Кушнир, А. А. Коробова

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

Ключевые слова: суточное мониторирование артериального давления, неврологическая патология, особенности применения, показания.

Резюме: В статье описаны особенности применения суточного мониторирования артериального давления в неврологической практике. Оценены возможности метода, обоснованы показания для его применения и его недостатки.

Точность диагностики, адекватность медикаментозной терапии и ее безопасность при артериальной гипертензии (АГ) и ее осложнениях, прежде всего определяются объективностью и точностью измерения артериального давления (АД). Однако АД – показатель весьма динамичный, изменяющийся во времени суток, при эмоциях, физической нагрузке, даже при изменении положения тела [1]. С этой точки зрения, традиционные трех-четырёхкратные измерения АД (а обычно еще более редкие – одно- и двукратные) представляют собой «менее чем микроскопическую часть от тысяч значений этого показателя, характеризующих 24-часовой профиль артериального давления [2]».

Суточное мониторирование АД (СМАД) открывает дополнительные диагностические и лечебные возможности [3]. Одним из главных преимуществ СМАД является возможность регистрации АД во время сна. Привлекает также безопасность, относительная простота и высокая воспроизводимость метода, возможность его проведения в амбулаторных «привычных» для пациента условиях [1]. Признанием высокой клинической ценности СМАД явилось его включение в международные рекомендации по ведению пациентов с АГ.

В данной статье обобщен опыт в проведении СМАД у пациентов неврологического профиля, которое проводилось на базе кафедры нервных болезней КГМУ и на этой основе определены некоторые особенности и возможно новые показания для проведения данного исследования у неврологических больных.

Прежде всего, необходимо привести показания к применению СМАД.

В Украине СМАД рекомендовано к использованию (приказ МОЗ Украины № 247 от 10.08.1998) при:

- Подозрению на гипертензию белого халата
- Эпизодическом повышении АД (исследование больных с транзиторной гипертензией)
- Резистентности к антигипертензивной терапии
- Необходимости контроля эффективности антигипертензивных препаратов
- Для диагностики гипотензии на фоне терапии
- Для выявления ночной гипертензии

Украинской ассоциацией кардиологов в Рекомендациях по профилактике и лечению АГ (2004), показания для применения СМАД были дополнены новыми пунктами:

- Для верификации АГ у беременных
- Для применения его в клинических исследованиях

К дополнительным показаниям к СМАД относятся (Дзяк Г. В., 2005 г)

- Подозрение на автономную дисфункцию
- Эпизодическая гипертензия
- Поражение органов-мишеней неясной этиологии
- Установление степени тяжести АД
- Выявление повышенной вариабельности АД
- Контроль за медикаментозной коррекцией нарушений суточного ритма и вариабельности АД.

При проведении СМАД следует учитывать, что средние значения АД, полученные при мониторинге, несколько ниже уровня АД, зарегистрированного традиционным способом [4].

В неврологической практике нами, в первую очередь, данный метод используется при цереброваскулярной патологии (острой или хронической), генез которой неясен. Классическим примером является криптогенный инсульт. Использование метода СМАД позволяет выявить АГ как возможный этиологический фактор острого нарушения мозгового кровообращения.

Сразу следует сделать крайне необходимое уточнение. Известно, что в острейшем периоде инсульта практически всегда выявляется повышение АД, которое носит компенсаторный характер, зачастую не требует коррекции и постепенно снижается до исходного или несколько повышенного уровня. Поэтому проведение СМАД в этот момент целесообразно лишь для выяснения необходимости подбора временной антигипертензивной терапии. Попытка оценить полученные данные как исходный «доинсультный» уровень АД приведет к ложной диагностике гипертензии и назначении антигипертензивной терапии, которая после самопроизвольного снижения уровня АД приведет лишь к вредным для пациента последствиям. Для выявления АГ как этиологического фактора инсульта необходимо проведение СМАД после острейшего периода инсульта или, по крайней мере, после стабилизации АД на примерно одном уровне, выявляемом при его обычном измерении.

Следующим важным показанием к СМАД в неврологии является выявление ночной артериальной гипертензии или гипотензии. Очень часто к невропатологу приходят пациенты с жалобами на утренние головные боли, тяжесть в голове по утрам, плохой ночной сон. При этом обычно диагностируется затруднение венозного оттока из полости черепа. Одними из причин данного состояния являются ночная артериальная гипертензия или гипотензия. Самостоятельное измерение АД самим пациентом в ночное время не будет достоверным, т.к. при пробуждении АД всегда повышается, поэтому без проведения СМАД выявить данные состояния невозможно.

Одним из основных показаний к проведению СМАД является подозрение на «гипертензию белого халата». Но в практике неврологического отделения все чаще встречается совершенно противоположная ситуация.

Наращение социальной напряженности в стране, неуверенности в будущем заставляет все большее количество людей искать новые источники дохода. И очень часто в качестве такого источника дохода или определенных льгот выступает государственная социальная помощь при установлении определенной степени нетрудоспособности (или «инвалидности»). Основное бремя верификации имеющихся у человека нарушений лежит на враче стационара. А, учитывая высокую долю цереброваскулярной патологии в нашей стране, – на враче неврологического стационара. Наиболее типичная ситуация – это пациент, имеющий массу жалоб, которые он связывает с наличием у него «высокого артериального давления». Данные жалобы обычно «подкреплены» настойчивостью пациента, некоторой наглостью, обещаниями жаловаться на «необъективность» врача, а не данными дополнительных методов обследования, указывающих на поражение органов-мишеней, записями в амбулаторной карте и другими объективными медицинскими документами. В этой ситуации СМАД является, пожалуй, главным объективным методом регистрации истинного уровня АД у пациента, который помогает врачу «отбиться» от необоснованных претензий пациента.

Следующим, довольно специфическим для неврологического стационара показанием для проведения СМАД, является подозрение на наличие вегетативной периферической недостаточности, проявляющейся прежде всего артериальной гипотензией. Это категория пациентов с болезнью Паркинсона и другими нейродегенеративными состояниями, синдромом Брэдбери-Эглистона и сахарным диабетом. Основная трудность диагностики данной патологии состоит в том, то падение АД у такой категории пациентов проявляется в основном через некоторое время пребывания в вертикальном положении, а в ночное время у них может наблюдаться артериальная гипертензия. Рутинное измерение АД, проведение ортостатической пробы не дадут в этом случае необходимой информации. Только проведение СМАД (желательно одновременно с суточным холтеровским мониторингом ЭКГ) даст возможность достоверно выявить данное состояние у пациента.

Существует еще одно специфическое показание для СМАД у пациентов неврологического профиля. Каждый из врачей-неврологов сталкивался с пациентом, основной жалобой которого была нестабильность АД. Сейчас, благодаря развитой информационной сети, усилиям врачей, общественных организаций об опасности артериальной гипертензии знает подавляющее большинство населения. Все чаще стала встречаться ситуация, когда пациент акцентируется на этом состоянии, начинает измерять АД чуть ли не ежечасно, носит с собой везде тонометр, при этом, зачастую, не имея собственно повышенного уровня АД. «Благодаря» мощному информационному воздействию со страниц газет, из интернета, по

Неврология

телевидению большинство людей уверены, что идеальное давление это 120 на 80 и оно всегда должно оставаться таким. Нередки ситуации, когда пациент предъявляет следующие жалобы: «Я утром встал, у меня было давление 110 на 70, а измерил через час – уже 120 на 80, а на работе было 130 на 70. Мое давление постоянно меняется и повышается с течением дня. Что мне делать, какие препараты принимать? Будет ли у меня инсульт, инфаркт и т. д. и т. п.». Обычно эти люди имеют некоторые особенности личности: мнительность, эмоциональность, склонность к ипохондрии.

Врач пытается объяснить, что АД это не стабильная и неизменная величина, а весьма динамично меняющийся параметр, зависящий от множества факторов: движение, положение тела, эмоциональное состояние. Но в некоторых случаях слова врача не оказывают должного эффекта. Тогда СМАД играет роль опосредованной психотерапии. Увидев свой суточный профиль АД, оценив его колебания в зависимости от времени суток, своих занятий в течение дня, эмоционального состояния пациент успокаивается и начинает более рационально смотреть на свое состояние.

Сказав о пользе данного исследования у неврологических больных, следует отметить и его недостатки, некоторые из которых проявляются наиболее ярко именно у нашей категории пациентов.

Сама процедура измерения АД доставляет пациенту определенный дискомфорт. У эмоционального пациента, страдающего раздражительностью, беспокойством данное исследование вызывает усиление этих симптомов вплоть до непереносимости процедуры. Особенно явно это проявляется у лиц старше 70 лет, которые практически очень редко проходили диагностическую процедуру до конца. У многих пациентов нарушается ночной сон, что не позволяет адекватно оценить ночной профиль АД.

Улучшить ситуацию помогает установка более щадящего режима работы аппарата. В соответствии с рекомендациями рабочей группы национальной программы NDREP (США, 1990) общее число измерений АД в течение суток должно быть не менее 50. Стандартный режим мониторинга, который используется наиболее часто, предполагает автоматическую регистрацию уровня АД с интервалом 15 мин днем и 30 мин ночью. Данный режим является дискомфортным для большинства наших пациентов. Поэтому целесообразно использовать интервал между измерениями 30 мин и днем и ночью, более «приятный» для пациента, который позволяет получить необходимое количество измерений за сутки и не приводит к статистически достоверным, по сравнению со стандартными интервалами, изменениям показателей СМАД [1].

Следующим препятствием для качественного проведения процедуры СМАД может являться когнитивный статус пациента. Подавляющее большинство применяемых в практике мониторов использует осциллометрический метод регистрации АД. При этом методе особенно важно, чтобы во время процедуры измерения АД рука была расслаблена и неподвижна. Поэтому во время подготовки самой процедуры проводится тщательный инструктаж пациента о необходимости правильного поведения в момент измерения АД.

Также необходимо аккуратное и максимально полное ведение дневника за время проведения исследования с указанием периодов активности, сна, физической нагрузки и всех неприятных ощущений, что необходимо для правильной оценки полученных данных. При наличии у пациента деменции, афатических нарушений, неадекватности его поведения проведение процедуры СМАД становится невозможным. При невозможности ведения дневника самим пациентом вследствие расстройств письма или моторного дефицита, необходимо, чтобы его вели родственники пациента или ухаживающее лицо.

Подытоживая сказанное, следует отметить, что метод СМАД является неотъемлемой частью диагностического процесса в неврологической клинике. Однако, следует учитывать некоторые особенности его использования у неврологических пациентов и расширить список показаний для его применения.

Литература.

1. Дзяк Г.В., Колесник Т.В., Погорельский Ю.Н. Суточное мониторирование артериального давления. – Днепропетровск, 2005. – 200 с.
2. Mancia G., Sega R., Dravi C. Ambulatory blood pressure normality: results from the PAMELA Study//J. Hypertens. – 1995. – 13. – P.1377–1390.
3. O'Brien E., Mee F., The control of a blood pressure if an ambulatory: The guidelines of the British Company of Arterial Hypertension//BMJ. – 2000. – 320. – P. 1128–1134.

4. Mancia G. Improving the management of hypertension in clinical practice//J. Human Hypertens.– 1995., V.9., suppl. 2.– P. S29-S31.

**ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ
В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Резюме: У статті вказані особливості застосування добового моніторингу артеріального тиску в неврологічній практиці. Оцінені можливості методу, обґрунтовані показання для його використання та його недоліки.

DAILY AMBULATORY PRESSURE MONITORING IN NEUROLOGICAL PRACTICE

Abstract: The article describe daily ambulatory pressure monitoring using in neurological practice. Capabilities of this method were evaluated. Indications and deficiency were substantiated.

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ, ЯКІ ПРЕДИСПОЗУЮТЬ ФОРМУВАННЮ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ВИКОРИСТАННЯМ АНАЛІЗУ КОПІНГ ПОВЕДІНКИ

О. В. Брюханов

Військово-медичний клінічний центр Кримського регіону, м. Севастополь

Ключові слова: стратегії копінг поведінки, дезадаптивні стани, військовослужбовці.

Резюме: профілактика дезадаптивних станів є актуальною проблемою військової психіатрії. У цієї роботи розглядаються фактори, які передиспозують формуванню дезадаптивних станів з погляду теорії копінг поведінки. Результати дослідження підтверджувалися психологічними методиками.

Вступ. Одним з напрямків в роботі сучасних військових психіатрів являється прогнозування і забезпечення адаптації військовослужбовців до військового колективу і різних умов військової служби. Від адаптації військовослужбовця до умов військової діяльності залежить успішність цієї діяльності, психічного стану, що визначає адекватну поведінку, внутрішнього психологічного комфорту, оптимальної взаємодії з військовим колективом і усій системи соціальних зв'язків особистості в умовах військової служби. Гарантією успішного проходження військової служби є стійка адаптація особи до її умов. [3]

Ефективність процесу адаптації до нових умов залежить від успішності виконання її суб'єктом соціальних функцій і спроможності подолання зовнішнього стресового впливу. Адаптація військовослужбовців та профілактика виникнення дезадаптаційних станів – складний, багатофакторний процес, який передбачає, з одного боку, формування і розвиток соціально значущих та суб'єктних якостей, а з іншого – появу й закріплення різних стратегій поведінки, котрі дозволяють вирішувати проблемні ситуації та максимально ефективно виконувати функціональні обов'язки. Дослідження присвячене визначенню та порівнянню основних моделей та стратегій копінг поведінки у пацієнтів з діагнозом розлад адаптації та військовослужбовців контрольної групи – призовників, які проходили психологічне обстеження під час проходження медичної підкомісії.

Уявлення про рівень адаптації лежить в основі концепції здоров'я людини, оскільки діагноз ґрунтується не на суб'єктивній думці лікаря, а на об'єктивних ознаках низької адаптації. Проблемні ситуації, що виникають в процесі соціалізації стають пусковим механізмом для формування захисних механізмів і запуску адаптаційних процесів. Відповідно, потреба в інтервенції виникає лише у випадках напруги адаптаційних можливостей індивідуума. Наявність компенсаторних здібностей дозволяє відносити до розряду здорових людей. Соціалізація це процес формування конкретних соціально-психологічних типів особи, як результату онтогенетичного розвитку. Особа може бути соціалізованою, але дезадаптованою. Адаптація – це системна реакція організму або особи до умов, що змінюються, і вимог соціуму. Йдеться про реакції пристосування які ближче відносяться до копінг поведінки. Адаптація має певну структуру, що включає ряд рівнів: психофізіологічна адаптація, психологічна адаптація, соціальна адаптація. Психофізіологічна адаптація – це сукупність фізіологічних реакцій організму. Психологічна адаптація – це здатність до збереження цілісності і адекватного реагування на різні ситуації соціуму. Усі рівні адаптації одночасно в різній мірі беруть участь в процесі регулювання. Регулювання визначається як стан, в якому стикаються потреби індивіда з одного боку, і вимоги соціуму з іншою, як процес, за допомогою якого досягається стан балансу. В процесі адаптації активно змінюється як особа, так і соціум, внаслідок чого між ними встановлюються стосунки адаптованості.

Аллопластична адаптація – здійснюється змінами зовнішнього соціуму під існуючі потреби особи. Аутопластична адаптація – здійснюється змінами структури особи під умови середовища. Розрізняють загальну і ситуативну адаптацію, загальна адаптація (і адаптованість) є результатом послідовного ряду ситуативних адаптацій. Соціальну адаптацію можна описати, як відсутність переживання конфлікту з соціумом. Соціально-психологічна адаптація – це процес подолання проблемних ситуацій особою, в ході якого вона використовує придбані на попередніх етапах свого розвитку навички соціалізації що дозволяє їй взаємодіяти з гру-

пою без внутрішніх або зовнішніх конфліктів, продуктивно виконувати провідну діяльність, виправдовувати ролеві очікування, і при усьому цьому, самостверджується, задовольняючи свої основні потреби. Найважливіший принцип теорії соціально-психологічної адаптації, полягає в тому, що захисні процеси адаптації, в проблемній ситуації, що склалася, протікають не ізольовано, а у вигляді комплексів. Розрізняють три різновиди комплексів: 1) незахисні адаптивні комплекси, використовувані в проблемних ситуаціях, які не мають ознаки фрустрації і спрямовані на вирішення зовнішніх конфліктів; 2) захисні адаптивні комплекси є стійким поєднанням механізмів захисту, і спрямовані на вирішення внутрішніх конфліктів; 3) змішані комплекси, полягають з захисних і незахисних механізмів. Деадаптивність особистості виражається в нездатності її адаптації до власних потреб і вимог до особистості. Деадаптована особа не в змозі відповідати вимогам, що пред'являються соціумом, виконувати свою соціальну роль. Ознакою виникаючої деадаптації стає переживання особою тривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів. Причому, пусковий механізм для адаптивного процесу – не наявність конфліктів, а факт того, що ситуація набуває значення проблемною. Адаптивна активність здійснюється двома видами: 1) адаптацією шляхом перетворення і усунення проблемної ситуації; 2) адаптацією зі збереженням ситуації – пристосуванням. Адаптивна поведінка характеризується: успішним прийняттям рішень, проявом ініціативи і ясним представленням свого майбутнього. Основними ознаками ефективної адаптації у сфері соціальної активності є придбання індивідом знань, умінь і навичок компетентності і майстерності. Критерії, що вказують на адаптивний процес: адекватність когнітивних механізмів обробки інформації; показники зрілості особистості; показники соціальної зрілості; клінічний критерій – відсутність клінічно вираженої психопатології; соціальний критерій – це соціальна адаптація. Адаптаційний потенціал – копінг поведінка, копінг ресурси і здатність виробляти ефективні копінг стратегії. Санкції з боку соціуму ставлять під удар адаптаційний потенціал. Людина тримає психологічну стійкість до тих пір, поки в голові відбувається обмірковування ситуації. Але якщо когнітивні механізми не справляються – виникає психопатологія. В сучасних психологічних дослідженнях [1;2;4;5;6;7]. поняття копінг (coping behaviour) охоплює широкий спектр активності суб'єкта від неусвідомлених психологічних захистів до цілеспрямованих способів подолання проблемних ситуацій. Визначення coping має на увазі індивідуальний спосіб подолання суб'єкта із скрутною ситуацією відповідно до її значущості в житті індивіда і його особистості – соціальними ресурсами, які багато в чому визначають поведінку людини. Копінг-поведінка – це стратегії дій, що робляться людиною в ситуаціях психологічної загрози фізичному, особовому і соціальному благополуччю, які здійснюються в когнітивній, емоційній і поведінковій сферах функціонування особи і що ведуть до успішної або менш успішної адаптації. Головне завдання копіngu – забезпечення підтримки фізичного і психічного здоров'я людини і задоволеності соціальними стосунками. Копінг-поведінка – поведінка, спрямована на усунення або зменшення сили дії стресогенного чинника на особистість. Копінг-поведінка реалізується за допомогою застосування копінг-стратегій на основі особового досвіду (копінг-ресурсів). Необхідність розробки і реалізації профілактичних програм спрямованих на засвоєння військовослужбовцями адаптивних способів подолання стресів вже давно стала очевидною. Актуальне завдання – навчання здоровому життєвому стилю по подоланню наслідків адаптаційного стресу. Одним з шляхів по її рішенню може стати підхід, що базується на теоретичних основах трансакціональної когнітивної теорії стресу і копіngu. У трансакціональній теорії стресу і копіngu, авторами якої є Р. Лазарус і С. Фолькман копінг виступає як динамічний процес, який визначається суб'єктивністю переживання ситуації і багатьма іншими чинниками [9;10;11].

Ці автори позначили психологічне подолання як когнітивні і поведінкові зусилля особи, спрямовані на зниження впливу стресу. Активна форма копінг-поведення або активне подолання є цілеспрямованим усуненням або зміною впливу стресової ситуації, послабленням стресового зв'язку особи з її соціальним оточенням. Пасивна копінг-поведінка або пасивне подолання визначається як інтрапсихічні способи того, що упоралося зі стресом з використанням різного арсеналу механізмів психологічного захисту, які спрямовані на редукацію емоційної напруги а не на зміну стресової ситуації. Таким чином, автори виділяли дві основні функції копіngu, які одночасно використовуються особою в різноманітних ситуаціях, які подолають стрес: копінг, «сфокусований на проблемі», спрямований на усунення стресового зв'язку між особою і соціумом; копінг, «сфокусований на емоціях», спрямований на управління емоційним стресом. Необхідність обліку важливості, при оцінці психологічного подолання, обох функцій обґрунтовується авторами наявністю когнітивного емоційного і поведінкового компонентів переживання стресу, які утворюють різноманітні комбінації [9;10;11].

Важливою в дослідженні становлення і функціонування адаптивної копінг-поведінки є зміна соціально-підтримувального процесу. Соціально-підтримувальний процес включає три компоненти: соціальні мережі, суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки і копінг-стратегіями «асертивні дії, вступ у соціальний контакт». Важливий соціальний ресурс виражений в сприйнятті дружньої підтримки. Соціальні мережі – джерело соціальної підтримки який робить пом'якшувальний ефект дії стресової ситуації на особу. Оптимальність функціонування соціально-підтримувального процесу забезпечує рівень розвитку (сприйняття) соціальної підтримки і інтенсивність використання копінг-стратегій [7].

Особистотно-соціальні копінг-ресурси – це ресурси особи і соціуму. Для особи вони включають: рівень інтелекту (здатність і можливість здійснювати когнітивну оцінку проблемної ситуації), сформованість позитивної Я-концепції – найважливішого копінг-ресурсу (самооцінки, самоповаги, самоефективності), інтернальний локус контролю (уміння контролювати своє життя, свою поведінку, брати за це відповідальність на себе), соціальна компетентність (уміння спілкуватися з оточенням і знання про соціальну дійсність), емпатія (уміння співпереживати оточенню в процесі спілкування, уміння бути емоційним), аффіліація (бажання і прагнення спілкуватися з людьми). Аффіліація – це прагнення до встановлення або підтримання контакту і спілкування з іншими людьми, прагнення до контакту і спілкування з ними. Потреба в аффілізації – потреба реалізовувати групові (стадні) рефлексії (рефлекс групової ідентифікації, комунікативний рефлекс, рефлексії того, що йде за групою, альтруїзму). Сюди входить потреба бути членом групи, взаємодіяти з оточенням, надавати допомогу членам групи і приймати її від них. Окрім ресурсів особистості важливі і ресурси соціального середовища, які також визначають її поведінку. Низький розвиток копінг-ресурсів сприяє формуванню пасивної, дезадаптивної копінг-поведінки, соціальної ізоляції і дезінтеграції особи.

Комунікаційна ж діяльність, як відомо, є рух сенсів в соціальному просторі, і результатом цієї діяльності є поширення освіти, формування громадської думки і суспільних настроїв. До індивідуально-мовних функцій відносяться: 1) функція соціалізації – опанувавши рідну мову, людина починає спілкуватися з соціальним оточенням, дістає доступи до культурної спадщини і формується як типовий член даного суспільства; 2) функція світогляду, що полягає в залежності етнічної свідомості соціалізованої особи від її рідної мови; 3) інструментальна функція – володіння мовою може використовуватися в утилітарних цілях; 4) функція самовизначення і самовираження. Семантичні ресурси рідної мови в даному випадку грають вирішальну роль. До соціально-мовних функцій відносяться: 1) регулятивна функція – сила слова, що управляє. Загальновідомі факти впливу слова на фізіологічні і психологічні процеси: пригадаємо навіювання, гіпноз; 2) магічна функція; 3) контактна функція забезпечує встановлення і підтримку контакту між людьми. До індивідуально-мовних функцій відносяться: 1) функція розвитку інтелекту – використання внутрішньої мови для осмислення зовнішніх вражень і самовизначення сприяє розвитку раціонального мислення, тобто інтелекту особи; 2) емотивна функція – функція емоційної оцінки що відбувається, емоційної розрядки і вражаючого вираження відчуттів і волі того, що говорить; 3) культурно-нормативна функція; 4) функція ідентифікації індивіда з групою: володіння вербальними (жаргон, слова-паролі, територіальний або соціальний діалект) і невербальними спеціальними значеннями. Соціальний простір – це система соціальних стосунків, що інтуїтивно відчувається людьми, між ними. Поширення сенсів в соціальному просторі означає сприйняття їх людьми, що знаходяться в певних соціальних стосунках з комунікантом. Один з чинників обмежуючих спілкування у соціальному просторі – психологічний бар'єр, який виникає унаслідок спотворень в перцепції, неминуче супроводжуючій комунікацію. Велике значення має комунікаційна ситуація: чи є люди рівноправними співробітниками, що роблять загальну справу, або вони знаходяться в стосунках начальник – підлеглий і ін. Крім того, в свідомості і комуніканта і реципієнта завжди присутній їх власний імідж, тобто уявлення про себе самого. [8].

Матеріал та методи дослідження

Мета проведеного дослідження полягає у визначенні факторів, які передиспозують формуванню дезадаптивних станів у військовослужбовців з використанням аналізу копінг-поведінки. До дослідження було залучено 167 пацієнтів психіатричного відділення з визначеним діагнозом розлад адаптації до військової служби віком від 19 до 21 років. Контрольну групу складали 167 військовослужбовців того ж вікового проміжку, які прибули на військову службу до навчального центру з військкоматів, психологічне обстеження проводилось під час проходження медичної підкомісії приймально-технічної комісії. Оцінку копінг моделей та стратегій здійснено за допомогою опитувальника SACS («Стратегії подолання стресових

ситуацій» С. Хобфолл, 1994; модифікація Н.Є.Водоп'янової, Є.С. Старченкової), призначеного для визначення копінг поведінки [4, с.276–282].

Результати дослідження

Дані, одержані впродовж дослідження моделей та стратегій копінг поведінки у військовослужбовців з дезадаптивними станами та військовослужбовців контрольної групи зведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняльний аналіз моделей та стратегій копінг поведінки у військовослужбовців з дезадаптивними станами та військовослужбовців контрольної групи (призовники).

Стратегії копінг поведінки/строк військової служби	SACS призовники ПТК 2010 Середній показник	SACS F43 Середній показник	SACS призовники ПТК 2010 Стандартне відхилення	SACS F43 Стандартне відхилення	Критерій Стьюдента $t_{\text{Эмп}}$
Асертивні дії	21,91018	18,7006	3,098438	4,079799	8
Вступ у соціальний контакт	24,14371	21,26946	3,701637	4,936265	6.4
Пошук соціальної підтримки	23,20958	22,12575	4,151981	5,318959	2
Обережні дії	24,01198	20,81437	3,543173	4,83539	6.8
Імпульсивні дії	17,68862	17,61677	3,395433	3,574907	0.2
Уникнення	16,22156	16,66467	3,843946	4,365266	1.1
Маніпулятивні дії	19,02994	16,97605	3,987065	4,779414	4.2
Асоціальні дії	16,92814	15,88623	3,768239	4,617175	2.1
Агресивні дії	14,36527	18,73054	4,330279	5,763865	7.7
Активна стратегія	21,91018	18,68862	3,098438	4,072985	8.1
Просоціальна стратегія	23,91617	21,94012	3,348104	4,665563	4.5
Пряма стратегія	17,67665	17,61677	3,390755	3,574907	0.2
Пасивна стратегія	20,4012	19,02395	2,992078	3,496904	4.1
Непряма стратегія	19,02994	16,97605	3,987065	4,779414	4.2
Асоціальна стратегія	15,90419	17,58084	3,365726	4,327454	3.8

Порівняльний аналіз результатів, наведених у таблиці 1 статистично достовірно свідчить про відмінність структури копінг-поведінки у військовослужбовців з дезадаптивними станами в порівнянні з контрольною групою: 1) зниження інтенсивності використання наступних моделей копінг-поведінки – «асертивні дії» ($n_1=21,91+_3,09/n_2=18,7+_4,07$; $t_{\text{Эмп}}=8$), «вступ у соціальний контакт» ($n_1=24,14+_3,7/n_2=21,26+_4,93$; $t_{\text{Эмп}}=6.4$), «обережні дії» ($n_1=24,01+_3,54/n_2=20,81+_4,83$; $t_{\text{Эмп}}=6.8$), «маніпулятивні дії» ($n_1=19,02+_3,98/n_2=16,97+_4,77$; $t_{\text{Эмп}}=4.2$) при підвищенні використання моделі поведінки «агресивні дії» ($n_1=14,36+_4,33/n_2=18,73+_5,76$; $t_{\text{Эмп}}=7.7$), при одночасному зниженні використання стратегій поведінки «активна стратегія» ($n_1=21,91+_3,09/n_2=18,68+_4,07$; $t_{\text{Эмп}}=8.1$), «просоціальна стратегія» ($n_1=23,91+_3,34/n_2=21,94+_4,66$; $t_{\text{Эмп}}=4.5$), «пасивна стратегія» ($n_1=20,40+_2,99/n_2=19,02+_3,49$; $t_{\text{Эмп}}=4.1$), «непряма стратегія» ($n_1=19,02+_3,98/n_2=16,97+_4,77$; $t_{\text{Эмп}}=4.2$) та підвищенні показників використання стратегії копінг-поведінки «асоціальна стратегія» ($n_1=15,90+_3,36/n_2=17,58+_4,32$; $t_{\text{Эмп}}=3.8$). Таким чином військовослужбовці, які тільки входять у військовий колектив володіють копінг-ресурсами для подолання стресових ситуацій, активно використовуючи як проблемно-сфокусований копінг так і емоційно-сфокусований копінг. Використання проблемно-сфокусованих копінг-стратегій негативно пов'язані з проблемами у поведінці та соціальними проблемами, при цьому збільшується ризик дезадаптації. Використання емоційно-сфокусованих копінг-стратегій пов'язані зі збільшенням симптомів тривоги та депресії. Асертивність

як основна властивість суб'єкта, будучи інтегральною характеристикою активності людини, асоціюється з цілеспрямованим, самостійним, незалежним, ініціативним, наполегливим, напористим, вимогливим, рішучим, «пробивним», упевненим типом особи, який відрізняється готовністю приймати рішення в ситуаціях невизначеності і нести відповідальність за свої дії, конструктивним підходом до вирішення проблем. Інтернальна орієнтація особистості дозволяє адекватно оцінювати проблемну ситуацію та вибирати адекватну копінг-стратегію в залежності від вимог оточення, соціальну мережу та визначати від та об'єм необхідної соціальної підтримки. Іншим важливим копінг-ресурсом є емпатія – співчуття, можливість прийняти іншу точку зору, дозволяє створювати більшу кількість альтернативних варіантів вирішення проблем. Суттєвим копінг-ресурсом є аффіліація котра виражається у вигляді товариськості, бажанні співпраці з іншими. Аффіліативна потреба інструментом орієнтації у міжособистісних контактах та регулює емоційну, інформаційну, дружню та матеріальну соціальну підтримку шляхом побудови ефективних взаємовідносин. Успішність копінг-поведінки визначається когнітивними ресурсами. Розвинути когнітивні ресурси дозволяють адекватно оцінювати як стресогенну подію, та к і об'єм ресурсів для його подолання. Привертає увагу те, що переважна більшість військовослужбовців з дезадаптивними станами віддає перевагу агресивній моделі поведінки; рівень виразності асоціальних стратегій подолання високий, тобто їх поведінка в проблемних ситуаціях проявляється переважно в категоричності, конфліктності, егоцентричності та експресивності. У соціальному плані така активна форма реагування у відповідь на зустріч з перешкодою набуває деструктивних форм, насамперед у аутогетероагресивної поведінці. Асоціальна стратегія (жорсткі, цинічні, негуманні дії), агресивна стратегія (тиск, відмова від пошуку альтернативних рішень, конфронтація) частіше проявляють соціальну несміливість (непевненість), і в той же час поведінка військовослужбовців в проблемних ситуаціях більш агресивна до тих, що оточують. Останнє є компенсаторним механізмом подолання психологічних комплексів непевненості в собі і негативізму по відношенню до оточуючих. Використання пасивних і асоціальних стратегій подолання можна пояснити певним дефіцитом особистісних, інформаційних та інструментальних ресурсів, необхідних для актуалізації суб'єктної активності, спрямованої на оволодіння проблемною ситуацією. Використання у своїй діяльності будь-яких дій, пов'язаних із приниженням, грубістю, нетактовністю тощо, може призвести до міжособистісних конфліктів у горизонтальному та вертикальному вимірах. Результати дослідження продемонстрували збільшення ступеня виразності асоціальних та зниження просоціальних та асертивних стратегій подолання.

Основною метою вступу в соціальний контакт військовослужбовця є пошук емоційної, інформаційної, інструментальної і функціональної підтримки, а також можливість використання асертивних дій.

Висновки.

1. Поняття копінг поведінки охоплює широкий спектр активності суб'єкта від неусвідомлених психологічних захистів до цілеспрямованих способів подолання проблемних ситуацій психологічної загрози фізичному, особовому і соціальному благополуччю, які здійснюються в когнітивній, емоційній і поведінковій сферах функціонування особи і що ведуть до успішної або менш успішної адаптації;
2. Дінаміка зміни базових копінг стратегій військовослужбовців з дезадаптивними станами характеризується підвищенням ступені виразності агресивних дій та асоціальної стратегії подолання та зниженням просоціальної копінг стратегії;
3. Вибір стратегії подолання залежить від індивідуальних когнітивних здатностей військовослужбовця та рівня і розвитку соціальної підтримки і мережі. Низький рівень саморозвитку, а також інформаційна, соціальна депривація зумовлюють вибір неефективних копінг стратегій – агресивних дій і асоціальної стратегії копінг поведінки (аутоагресивні дії, конфронтація, протиправні порушення), формуванню психопатологічних станів;
4. Індивідуально-виховна робота у військових колективах повинна проводитись з урахуванням аналізу переважних копінг-стратегій військовослужбовців, урахуванням регіональної, етнічної, релігійної приналежності.

Перспективи подальшого дослідження пов'язані з оцінкою рівня оволодіння копінг ресурсами, їх переформування та розвитку у динаміці, що допомагають зменшити негативний вплив проблемної ситуації за допомогою спрямованих психотерапевтичних стратегій.

Література:

1. Бодров В. А. Информационный стресс: Учебное пособие для вузов. – М.: ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
2. Волянюк Н. Особливості вибору стратегії копінг поведінки тренерів-викладачів//Соціальна психологія. – 2005. – № 4 (12). – С.101–112
3. Диденко И. В. К вопросу об адаптации военнослужащих к различным условиям службы/Человек. Власть. Общество. Сб. науч. трудов III Азиатско-Тихо-океанского междунар. конгресса. – Хабаровск: Изд-во «Импульс-Восток ВТ», 2004. – С. 15–19
4. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности/Под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. – СПб.: Речь, 2001. – С. 276–282.
5. Психология здоровья: Учебник для вузов/Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – С. 549–573.
6. Сизова И. Г., Филиппченкова С. И. Методика диагностики когнитивно-поведенческих стратегий преодоления//Современная психология: Состояние и перспективы исследований. Часть 5. Программы и методики психологического исследования личности и группы: Материалы юбилейной научной конференции ИП РАН. Отв. ред. А. А. Журавлев. – М.: Изд-во „Институт психологии РАН”, 2002. – С. 180–199.
7. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Теоретические основы копинг-профилактики наркоманий как база для разработки практических превентивных программ.//Вопросы наркологии. – 1996. № 4 – С. 59–76.
8. Соколов А. В. Общая теория социальной коммуникации: Учебное пособие. – СПб.: Изд-во Михайлова В. А., 2002. – С. 45–49.
9. Hobfoll S. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress//American Psychologist, 1988. Vol. 44. – P. 513–524.
10. Lazarus R. S. Cognitive and coping processes in emotion/Stress and coping. N. Y. Columbia Univ. press, 1977. – P. 144–157.
11. Lazarus R. S., Folkman S. Stress appraisal and coping. N. Y.: Springer, 1984. – P. 22–46.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИСПОЗИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ
ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
АНАЛИЗА КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ

А. В. Брюханов

Военно-медицинский клинический центр Крымского региона, г. Севастополь

Ключевые слова: копинг поведение, дезадаптивные состояния, военнослужащие.

Резюме: профилактика дезадаптивных состояний является актуальной проблемой военной психиатрии. Настоящая работа рассматривает predisposing факторы формирования дезадаптивных состояний с точки зрения теории копинг поведения. Результаты исследования подтверждались психологическими методиками.

REVEALING PREDISPOSITIONS FORMATION FACTORS DESADAPTATION STATES
AT MILITARYMEN WITH USE OF THE ANALYSIS OF COPING-BEHAVIOR

A. V. Bryhanov

Military medical clinical center of the Crimean region, Sevastopol

Key words: coping behaviour, desadaptation, militarymen.

Abstract: preventive maintenance of the desadaptation states is a topical problem of military psychiatry. Present work examines the predispositions formation factors desadaptation states fortune from point of theory of coping behaviour. Research results were confirmed by psychological tests.

УСЛОВИЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ СТРАДАЮЩИМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. Е. Гончаров

В статье на основании литературных данных и собственного клинического опыта обосновываются принципы повышения эффективности лечения шизофрении. Утверждается необходимость использования особенностей комплексного подхода при оказании помощи пациентам.

Ключевые слова: шизофрения, лечение, реабилитация.

Вступление. Несмотря на значительные достижения психиатрической науки, проблема терапии шизофренических психозов по-прежнему сохраняет свою актуальность. Исследованиями последних лет доказано, что максимальное повреждающее воздействие это грозное заболевание оказывает в первые 5 лет своего течения. Это проявляется как в значительной частоте обострений, так и в прогрессирующем убывании объема серого вещества, увеличении боковых желудочков головного мозга. В более отдаленном периоде, как правило, наступает спад активности и определенная стабилизация процесса, переход его в более «монотонное» течение [1].

В то же время, половина больных впервые обращаются за психиатрической помощью позднее чем через год после возникновения первых клинических проявлений болезни. А признаки истинного начала шизофренического процесса выявляются за годы до установления клинического диагноза. Таким образом, упускается период наиболее губительный в отношении повреждающих последствий. Важнейшей задачей при оказании помощи таким пациентам является работа по раннему выявлению заболевания и началу терапии на самых начальных этапах шизофренического процесса. Это позволит сберечь возможности психической сферы пациента и сделать прогноз заболевания более благоприятным.

Материал и методы. Проведенное нами исследование, включающее 100 больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении в различных отделениях Харьковской клинической психиатрической больницы № 3 с применением клинического и экспериментально-психологического методов, позволило установить ключевые положения оказания эффективной психиатрической помощи.

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ анамнеза пациентов позволил ответить на ряд важных вопросов. Какие признаки могут служить основанием для раннего назначения антипсихотических препаратов? Безусловно, это наблюдавшееся на ранних этапах заболевания снижение энергетического потенциала, нарастание аутизма и диссоциативных изменений психической сферы. Кроме того, существенное значение имеют когнитивные нарушения, которые выявляются на самых ранних этапах шизофренического процесса и лишь усугубляются в процессе его течения. Научные данные говорят об обнаружении различной степени нейрокогнитивной недостаточности у 94 % больных шизофренией, тогда как в здоровой популяции этот показатель составляет всего 7 % [2]. Объективность данной информации подтверждается результатами проведенного нами исследования.

Чаще всего указанные нарушения отмечаются у больных с отягощенной наследственностью, либо эндоформным своеобразием личностных, характерологических особенностей родителей, и это является дополнительным фактом, обосновывающим начало терапии. В большинстве случаев представители первой линии родства обнаруживают снижение когнитивных возможностей, независимо от наличия или отсутствия у них клинических проявлений шизофрении.

Если говорить о препаратах, применяемых для лечения шизофрении, то предпочтение, безусловно, отдается современным антипсихотическим средствам. Их преимущество – в лучшей переносимости. Возможность существенно уменьшить вероятность возникновения экстрапирамидных расстройств крайне важна, так как их наличие приводит к формированию негативного отношения к лечению. Часто необходимость длительного приема лекарств не может быть полностью осознана пациентом, а наличие побочных проявлений получает однозначно отрицательную оценку. Таким образом, чаша принятия решения перевешивается в сторону отказа от приема поддерживающей терапии. Особенно актуальной является

данная проблема при наличии экзогенных повреждений центральной нервной системы, что, как показывают результаты проведенного нами исследования, увеличивает вероятность возникновения экстрапирамидных нарушений.

Другое преимущество современных антипсихотических препаратов заключается в возможности устранения негативной симптоматики. Как показывают результаты проведенного нами исследования, самому пациенту во многих случаях эта особенность не вполне понятна из-за ограниченности возможностей критически оценить свое состояние. Однако для психиатра, имеющего опыт работы с традиционными нейролептиками, разница очевидна. Именно атипичные препараты позволяют не только погасить активность шизофренического процесса, но и восстановить утраченные в результате болезни возможности психической сферы. На восстановление требуется время, но усилия и затраты абсолютно оправданы. Появление этого класса препаратов позволило кардинально изменить облик пациента, принимающего антипсихотическую терапию, вернуть ему полноценное мироощущение и надежду на восстановление своего социального статуса.

Важным условием является достаточность назначаемых доз антипсихотических препаратов. К сожалению, из-за их высокой стоимости многие врачи нередко назначают минимальные терапевтические дозы. В результате формируется фасадная ремиссия. На фоне видимого отсутствия активных проявлений заболевания в виде бреда и галлюцинаций сохраняется его повреждающее воздействие. Так, проведенное клиническое исследование позволило выявить на этом фоне негрубые, но отчетливые колебания настроения, сохраняющееся чувство субъективного дискомфорта и трудности осуществления мыслительных операций, нарастающую напряженность в ситуациях, требующих общения, формулирования своей позиции и практической реализации намеченных планов.

Если в подобных случаях, по объективным причинам, невозможно поднять дозировки, достаточные для монотерапии, то необходимо прибегнуть к комбинации нейролептических препаратов. При этом следует помнить, что сочетание нескольких фармакологических веществ увеличивает вероятность побочных явлений из-за возможности вступления их в реакцию между собой. Во всяком случае, комбинация, включающая более 3 нейролептиков, явно несет потенциальную опасность. Положительной стороной сочетанной терапии, является возможность применения средних доз в то время, как монотерапия высокими дозировками одного препарата не давала желаемого результата. Превышение установленных максимальных дозировок несет реальный риск здоровью пациента и во многих случаях имеет ограниченные перспективы для усиления эффективности лечения. В подобных случаях есть смысл думать о назначении препарата из другой фармакологической группы.

Как показывают результаты проведенного нами исследования, обязательным для эффективности антипсихотической терапии является комплексный подход к терапии с учетом всех патогенетических факторов. Еще на этапе дифференциальной диагностики необходимо учитывать вероятность одновременного наличия у одного пациента двух и более заболеваний. Так пациент, страдающий шизофренией, может злоупотреблять алкоголем и, в то же время, обнаруживать признаки последствий черепно-мозговой травмы. А с возрастом возможно выявление психических проявлений сосудистых изменений головного мозга. Подобное сочетание факторов, нарушающих функционирование головного мозга, видоизменяет клиническую картину, делая ее нетипичной для основного заболевания. В результате не только усложняется диагностика, но и возникает необходимость в коррекции всего комплекса имеющихся нарушений.

Базовыми препаратами, применяемыми для лечения шизофренических психозов, безусловно, являются нейролептики. Фармацевтическая промышленность предоставляет для этих целей широкий выбор как оригинальных, так и генерических средств. И, пожалуй, одной из наиболее популярных среди психиатров и проверенных временем является группа рисперидонов. Однако, на сегодняшний день, в Украине присутствует помимо брендового препарата 8 генериков, что ввиду отсутствия четких критериев оценки, серьезно затрудняет выбор врача. Какой генерик лучше назначить в первую очередь, при невозможности по финансовым соображениям продолжать терапию брендом? Каковы критерии отбора?

Конечно же, основным показателем, обеспечивающим соответствие генерического препарата брендовому является наличие испытаний по подтверждению биоэквивалентности с оригинальным препаратом. Исходя из этого, в США введены такие понятия, как генерик первой линии (класс А) – это значит, что данный генерик может быть автоматической заменой бренду по финансовым соображениям, и генерик второй линии (класс В) – данный генерик не может быть автоматической заменой бренду. Принципиальное отличие между

этими классами в отклонении биоэквивалентности от бренда – для генерика класса А это отклонение не должно превышать 3–4%. Эти данные опубликованы в т. н. «Orange book» и одобрены FDA [3]. Как результат – использование генериков класса А (генериков первой линии) обеспечивает максимально сходную с брендом эффективность и прогнозируемость терапии.

К примеру, Риссет имеет исследование биоэквивалентности оригинальному рисперидону, проведенное в Канаде и что важно, отклонение биоэквивалентности Риссета от оригинального рисперидона составляет всего 1,91%, что позволяет по праву отнести его к генерикам первой линии и служит подтверждением высокого качества препарата [4].

Если говорить о возможностях Риссета при лечении шизофрении, то у этого препарата в полной мере присутствует характерная для атипичных нейролептиков способность устранения негативной симптоматики. Современный уровень развития психиатрической науки позволяет нам понимать, что именно эта симптоматика является ключевым патогенетическим проявлением активности шизофренического процесса. Продуктивная симптоматика, по мнению целого ряда исследователей, представляет собой реакцию мозга, личности на возникшее нарушение функционирования. Несмотря на то, что она в большинстве исследованных нами случаев привлекает значительно большее внимание, весьма разнообразна, изменчива и впечатляюща, ее значимость все же является второстепенной.

При лечении шизофрении Риссетом, как и любым нейролептиком, следует обратить внимание на достаточность назначенной дозы. Переносимость препарата в большинстве случаев хорошая и, как правило, позволяет обходиться без подключения корректоров. Накоплен достаточный клинический опыт длительного применения Риссета в дозе 8 мг без осложнений и хорошей терапевтической эффективности. В этом безусловное преимущество препарата. Возможность однократного приема позволяет пациенту свести к минимуму тягостное ощущение зависимости от медикаментозной терапии и способствует толерантному отношению к необходимости длительного приема. Если назначается достаточно высокая суточная дозировка, то ее можно делить на несколько приемов. Это позволяет улучшить переносимость препарата.

Риссет хорошо комбинируется с нейролептиками других фармацевтических групп. Сочетание с клозапином (азалептином и т. д.), является наиболее успешным, так как смягчает активирующий эффект рисперидонов. В тех же случаях, когда ремиссия достаточно качественная, а признаки снижения энергетического потенциала, пассивность, безволие являются выраженными, эта особенность препарата способствует улучшению социальной адаптации пациента.

Если говорить о случаях длительного, многомесячного приема препарата, то следует отметить отчетливое снижение выраженности негативных симптомов, улучшение познавательных ресурсов, приближение пациента по своему поведению и реакциям к доболезненному состоянию. Подобные успехи стали реальными только благодаря появлению атипичных нейролептиков. Благодаря им стало возможным пересмотреть такое незыблемое и необратимое по старым канонам понятие как шизофренический дефект.

Одним из результатов их массового применения стало появление идеи о возможности «выздоровления» при шизофрении [5]. Это веяние, безусловно, укрепляет оптимизм у пациентов и у врачей, однако подобная перспектива не является очевидной. А пока продолжают научные исследования в этом направлении, мы обязаны придерживаться отработанных принципов. После первого психотического эпизода поддерживающая нейролептическая терапия должна осуществляться в течении 2 лет, после второго эпизода – в течении пяти лет. В случае возникновения третьего – пожизненно. Если на фоне поддерживающей терапии отмечаются даже незначительные колебания психического состояния, то прием нейролептиков должен быть продолжен независимо от приведенных стандартных сроков.

На фоне приема поддерживающей терапии вероятность повторного обострения заболевания уменьшается в пять раз. Если учесть что каждый эпизод может оставить после себя грубейший изъян в психической сфере пациента, то врач должен приложить все усилия для убеждения пациента и его родных в необходимости длительного приема. Очень важным аргументом в пользу продолжения приема Риссета может послужить тот факт, что указанный препарат имеет самую доступную стоимость из всех импортных и даже некоторых отечественных рисперидонов. Именно с этим связан постоянный рост числа пациентов, принимающих препарат, и возможность психиатров оказывать качественную и доступную психиатрическую помощь.

Как показывают результаты проведенного исследования, прием современных антипсихотических препаратов позволяет улучшить комплаенс, что создает фундамент для более

ефективного проведення психокоррекційних заходів. На цьому фоні покращується психологічна атмосфера в сім'ї, пацієнт відновлює навички побудови соціальних зв'язків, формує нову модель адаптації до суспільних відносин.

Висновки. Таким чином, проведений аналіз дозволяє встановити, що основними вимогами до терапії шизофренічних психозів є своєчасне початок, комплексний підхід з урахуванням всіх патогенетичних факторів, застосуванням сучасних антипсихотичних препаратів, а також застосування методів, покращують біологічну та соціальну адаптацію пацієнта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шизофрения как прогрессирующее заболевание головного мозга/Н. Е. ван Харен, В. Кан, Х. Е. Хулсхоф Пол [и др.]//Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 26–35.
2. Codistribution of a sensory gating deficit and schizophrenia in multi-affected families/M. C. Waldo, G. Carey, M. Myles-Worsley [et al.]//Psychiatr. Res. – 1991. – Vol. 39. – P. 257–268.
3. Передерий В. Г. Бренды и генерики. Друзья или враги? Две стороны одной медали/В. Г. Передерий, Н. Н. Безюк//Український медичний часопис. – 2004. – № 5 (43). – С. 5–10.
4. Clinical study report № RSN-P1-314, 2003, p.50–62.
5. Гурович И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery»/И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожакова//Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 7–14.

УМОВИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ СТРАЖДАЮЧИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Гончаров В. Є.

У статті на підставі літературних даних і власного клінічного досвіду обґрунтовуються принципи підвищення ефективності лікування шизофренії. Стверджується необхідність використання особливостей комплексного підходу при наданні допомоги пацієнтам.

Ключові слова: шизофренія, лікування, реабілітація.

THE TERMS OF EFFICIENCY OF ASSISTANCE SUFFERING BY SCHIZOPHRENIA

Goncharov V. E.

In the article on the basis of published data and our own clinical experience grounded principles for improving the effectiveness of treatment of schizophrenia.

Approved by the need to use the features of an integrated approach in providing care.

Key words: schizophrenia, treatment, rehabilitation.

УДК 159.923:615.851-055: 616.89-008.48

ІНТРАПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ ПАТТЕРНИ РОЗВИТКУ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЧЛЕНІВ СІМ'Ї ІНКУРАБЕЛЬНИХ ОНКОХВОРИХ

І. Р. Кужель

Київський міський клінічний онкологічний центр
Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: родичі, інкурабельні онкологічні хворі, хоспіс, особистісні властивості, акцентуації характеру, психологічні механізми захисту, копінг-стратегії.

Встановлення діагнозу онкологічного захворювання у одного з членів родини є стресовою подією для всієї сім'ї. На ранніх етапах захворювання родина мобілізує як фізичні, так і психологічні ресурси для того, щоб адаптуватися до ситуації [1–4]. Під час проходження етапів діагностики та лікування хворого у сімейній системі відбувається ряд зрушень, а саме, зміна звичного укладу життя і, відповідно, сімейних ролей, перерозподіл обов'язків і

збільшення навантаження на здорових членів родини, що спричиняє кризу міжособистісних внутрішньосімейних відносин [2, 5–9]. В процесі адаптації родина вчиться справлятися з основними проблемами психологічного переживання тяжкої хвороби члена сім'ї: пригніченим настроєм як самого хворого так і членів його родини, підвищеною потребою хворого у емоційній підтримці в ситуації психоемоційного напруження, дисгармонійною зміною сімейного функціонування [4, 6, 8]. Зрештою, родина досягає певного рівня пристосування до хвороби члена родини. Однак, при несприятливому прогнозі захворювання, рецидиві та продовженні хвороби і, відповідно, повторних курсах лікування, непередбачуваних змінах у терапевтичній тактиці та особливо у випадку переходу від спеціального лікування до паліативної допомоги родина переживає психоемоційне навантаження, що може спричинити виснаження сімейного адаптаційного ресурсу, в той час, як онкологічний хворий, особливо на термінальному етапі захворювання, потребує зростаючих фізичних і психологічних затрат з боку родини. Так, у ряді досліджень зусилля родича, який здійснює догляд за інкурабельним онкологічним хворим, прирівнюють до повноцінної роботи [10]. Також потрібно пам'ятати, що поряд з доглядом за хворим, родич зіштовхується зі складними внутрішньо-особистісними переживаннями неминучої втрати близької людини (розривом тісних емоційних зв'язків) та екзистенційним страхом власної смертності. Тому поєднання фізичного перевантаження та психоемоційної напруги виступають сприятливим підґрунтям розвитку дезадаптації. Зміст та характер реагування на хронічний стрес, яким виступає онкологічне захворювання члена родини, особливо на термінальному етапі захворювання, багато у чому визначається через індивідуально-психологічні характеристики родича, його життєвий досвід подолання кризи.

Тому вивчення інтрапсихічних та поведінкових факторів, що задіяні у пристосуванні до стресової ситуації, якою є наявність онкологічного захворювання у одного з членів родини, постає одним з пріоритетних напрямів сучасної психоонкології. Практичний аспект визначення паттернів особистісної адаптації та дезадаптації включає розроблення алгоритмів діагностики та надання цільової та комплексної медико-психологічної допомоги пацієнтам та членам їх родини.

Метою дослідження було встановлення впливу інтрапсихічних і поведінкових факторів на клініко-психологічну адаптацію членів сім'ї інкурабельних онкологічних хворих.

Для досягнення поставленої мети на базі відділення паліативної медицини Київської міської онкологічної лікарні протягом 2009–2010 років за допомогою методики визначення акцентуацій характеру за Г. Шмішеком [11], опитувальника Міні-мульти – скороченого варіанту Міннесотського багатостороннього особистісного перечню ММРІ [12], методики діагностики індексу життєвого стилю (адаптованого А.И. Вассерманом, О.Ф. Єришевим, Є.Б. Клубовою, 1998) опитувальника Плутчика – Келлермана – Конте Life Style Index [13], методика вивчення стилів стрес-долаючої поведінки «Способи копію» в адаптації Т.А. Крюкової [14] та клініко-діагностичного інтерв'ю було проведено обстеження 150 членів родини інкурабельних онкологічних хворих (середній вік $43,58 \pm 1,05$), з яких 63 родича було обстежено у парі з пацієнтом.

Клінічні дані та результати психодіагностичних досліджень було оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows [15]. В основі статистичного аналізу, який проводився, знаходилося використання процедур описової статистики окремих показників на підставі визначення середніх арифметичних величин (M), стандартних відхилень (σ) і стандартних помилок середніх величин (m). Ступінь достовірності отриманих даних визначався із застосуванням параметричних критеріїв Ст'юдента (t) та непараметричних методів (точний метод Фішера – ТМФ) [16].

На основі клінічних критеріїв розладу адаптації за шифром F43.2 МКХ-10 групу було розділено на дві підгрупи. До підгрупи 1 ($n_1=91$) увійшли члени родини, що мали клінічно значимі (за критеріями МКХ-10, шифр F43.2) прояви дезадаптації, до підгрупи 2 ($n_2=59$), відповідно, було віднесено членів родини, у яких форма, зміст та тяжкість симптомів за МКХ-10 відповідали критеріям культурально обумовленої «нормальній реакції горя» з ситуативно обумовленими моносимптомами ($Z 71.9$ або $Z 73.3$) [17]. Для встановлення особистісних паттернів пацієнтів, що впливають на стан адаптації члена родини, хворих було розділено на 2 підгрупи на основі критерію адаптованості/дезадаптованості члена родини, які разом складали діагностичну пару ($n=63$). Підгрупа 1* ($n^*1=30$) була сформована з пацієнтів, у родичів яких було діагностовано розлад адаптації, до підгрупи 2* ($n^*2=33$) – з культурально обумовленою «нормальною реакцією горя». Тобто, метою дослідження було не тільки визначення власне особистісних факторів дезадаптації членів родини, але і аналіз особистісних паттернів пацієнтів, що впливають на стан адаптації члена родини.

Перший крок дослідження включав інтерпретацію усередненого профілю ММРІ у підгрупах родичів та пацієнтів. Результати за оціночними шкалами (L, F, K) знаходилися у межах середньостатистичної норми, що свідчило про достовірність виявлених результатів обстеження.

У обох підгрупах членів сім'ї було виявлено достатньо високу значимість соціальної оцінки їх дій, і відповідно, прагненням до дотримання прийнятих норм та утриманням від критики оточуючих. Підвищення за шкалами «невротичної тріади» (Ns, D, Hy) у підгрупах родичів вказувало на виснаження фізичних та психічних ресурсів у ситуації фрустрації, блокаду мотивованої поведінки спрямованої на задоволення актуальних потреб (рис. 1).

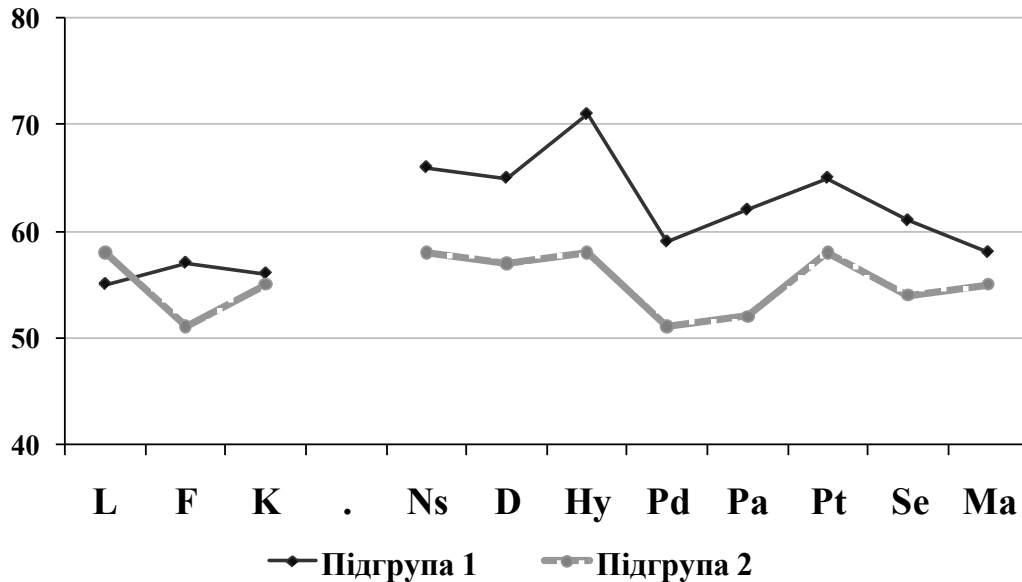


Рис. 1. Усереднені профілі за методикою ММРІ мінімумт серед родичів підгрупи 1 та 2

Так, у родичів з підгрупи 1 пік на 3-й шкалі (Hy – «витіснення факторів, що викликають тривогу») свідчив про схильність до істеричних реакцій у стресових ситуаціях, що проявлялася двома варіантами реагування. Перший варіант включав переважно скарги на погіршення фізичного здоров'я у вигляді різноманітних та мінливих соматичних симптомів, наприклад, болі в області серця чи грудній клітці, розлади травлення, поверхневий сон, головні болі та ін., що у поєднанні з психастенічними рисами сприяло «соматизації тривоги» (підвищення на 1-й та 7-й шкалі). Другий варіант проявлявся загальним запереченням психологічних та емоційних проблем, відсутністю розуміння глибинних причин своїх симптомів, труднощі у розумінні власних мотивів та почуттів, в тому числі і тих, що пов'язані з хворобою пацієнта, дискомфортом в соціальних ситуаціях. Поєднання високої готовності до виникнення тривожних реакцій та схильності до надмірної чутливості, гостре реагування на думку оточуючих, раціоналізація та звинувачення інших у власних труднощах були додатковими інтрапсихічними факторами дезадаптації (підвищення за шкалами для родичів з підгрупи 1. В цілому, підйом усіх шкал (більше 55 T) у членів сім'ї з підгрупи 1 свідчив про наявність вираженого стресу та формування дезадаптації особистості у кризовій ситуації (хвороби пацієнта).

Підвищення профілю на шкалах «невротичної тріади» у родичів з підгрупи 2 відобразило типову інтрапсихічну реакцію (тобто таку, що знаходиться в нормативних межах реагування) на стрес, обумовлену готовністю до виникнення тривожних реакцій з формуванням обмежуючої поведінки, схильністю до виникнення нав'язливих страхів, наявністю підвищеної уваги до негативних стимулів, зниженої фрустраційної толерантності до ситуації невизначеності у поєднанні з потребою до контролю власної діяльності, бажанням уникнути невдачі (пік за шкалою Pt – «фіксація тривоги та обмежуюча поведінка»).

У пацієнтів з підгрупи 1* було виявлено підвищення профілю на 6-й (Pa – «ригідність афекту»), 4-й (Pd – «реалізація емоційного напруження у безпосередній поведінці»), 8-й (Se – «аутизація») та 9-й шкалах (Ma – «заперечення тривоги та гіпоманіакальні тенденції»). Для хворих цієї групи було характерним дистанціювання від негативних емоцій шляхом заглиблення у власний внутрішній світ або власне заперечення наявних труднощів, емоцій-

на несприйнятливність, психологічна неадекватність емоцій, іноді ейфоричність, підґрунтям для яких були своєрідність сприйняття та суджень, орієнтація на внутрішні критерії, селективність сприйняття інформації. Наявність підвищення на 4-й та 6-й шкалах вказувало на схильність до імпульсивності та демонстративності у поведінці, прагнення до негайного задоволення власних інтересів, зміщенням негативних емоційних станів на оточенні, особливо близькому та проявами непрямой чи пасивної агресії у ситуації незадоволення потреб, труднощі у плануванні поведінки, а отже і прогнозуванні наслідків своїх дій, нестійкість у ситуації фрустрації, егоцентричність та самовпевненість, понижена чутливість до потреб оточуючих. Вони характеризувалися як незрілі, нарцисичні, пасивно-залежні особистості, що пред'являють надмірні вимоги уваги та симпатії до оточуючих, підозріливо відносилися до мотивів інших людей, уникали глибоких емоційних зв'язків, яким притаманна прихована ворожість та гнів, схильні до заперечення серйозних психологічних проблем, раціоналізували та переносили вину на інших, не приймаючи відповідальності за свою поведінку (рис. 2).

Профіль пацієнтів з підгрупи 2* характеризувався підйомом на шкалах «невротичної тріади» з піком на 3-й шкалі («витіснення факторів, що викликають тривогу»), а також підвищенням на 7-й шкалі («фіксація тривоги та обмежувальна поведінка»), що свідчило про переважання витіснення у якості домінуючого способу боротьби з «фрустраційною тривоگوю» (пік на шкалі Ну) та схильність до генералізації тривоги (підвищення на шкалі Pt), сенситивність у міжособистісних відносинах.

Таким чином, на основі інтерпретації даних за методикою ММРІ у родичів обох підгруп було виявлено підвищення на шкалах «невротичної тріади» з домінуванням «витіснення факторів, що викликають тривогу» у родичів підгрупи 1, як домінуючого інтрапсихічного механізму боротьби з «фрустраційною тривоگوю» та схильність до психопатичної поведінки у пацієнтів з підгрупи 1.

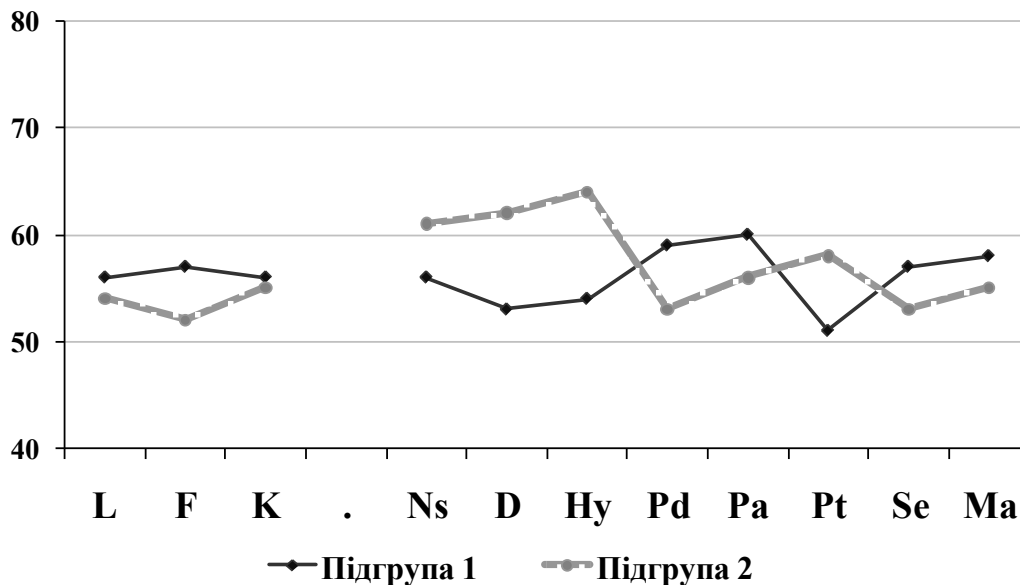


Рис. 2. Усереднені профілі за методикою ММРІ мінімумьт серед інкурабельних онкологічних хворих у підгрупі 1* та 2*

Наступним кроком стало дослідження акцентуацій характеру як серед членів родини, так і інкурабельних онкологічних хворих. Так, поширеність акцентуацій у родичів у підгрупі 1 склала 75,8±4,3% та у підгрупі 2–69,5±4,6%. Спільним для членів родини обох підгруп було виявлено таку вираженість емотивності, що досягала значимого рівня акцентуації (показник більше 18 балів), а саме 18,03±0,35 у підгрупі 1 та 19,32±0,39 у підгрупі 2, $p < 0,05$. Емотивність проявлялася підвищеною емоційною чутливістю, глибоким переживанням психотравмуючої ситуації, ранимістю та різкою зміною настрою з незначного приводу, особливо при погіршенні взаємовідносин з хворим. Такі зміни настрою впливали на самопочуття та працездатність родичів.

Аналіз показників вираженості рис характеру виявив ряд суттєвих відмінностей між членами родини у підгрупі 1 та 2 (табл. 1, рис. 3). Так, серед родичів з підгрупи 1 більшою мірою прояву вирізнялися такі риси характеру як збудливість, дистимія, тривожність та циклотимія і нижчими – емотивність у порівнянні з родичами підгрупи 2 (відповідно

14,08±0,48 та 9,88±0,52, $p<0,001$; 11,70±0,51 та 9,46±0,68, $p<0,01$; 11,87±0,53 та 8,14±0,60, $p<0,001$; 13,15±0,48 та 10,73±0,63, $p<0,01$; 18,03±0,35 та 19,32±0,39, $p<0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Вираженість акцентуованих рис характеру у родичів підгрупи 1 та 2

Тип акцентуації	Показники (бал±m)		
	Показники у групі в цілому, n=150	Підгрупа 1, n ₁ =91	Підгрупа 2, n ₂ =59
Демонстративний	12,98±0,36	13,15±0,49	12,71±0,49
Застраючий	13,27±0,32	13,10±0,39	13,53±0,52
Педантичний	10,89±0,33	11,17±0,39	10,48±0,57
Збудливий	12,43±0,39	14,08±0,48***	9,88±0,52***
Гіпертимний	13,31±0,47	12,60±0,64	14,39±0,68
Дистимний	10,82±0,42	11,70±0,51**	9,46±0,68**
Тривожний	10,40±0,42	11,87±0,53***	8,14±0,60***
Екзальтований	13,95±0,44	13,69±0,56	14,34±0,71
Емотивний	18,54±0,27	18,03±0,35*	19,32±0,39*
Циклотимний	12,20±0,39	13,15±0,48**	10,73±0,63**

Примітка: * $p<0,05$, ** $p<0,01$ та *** $p<0,001$.

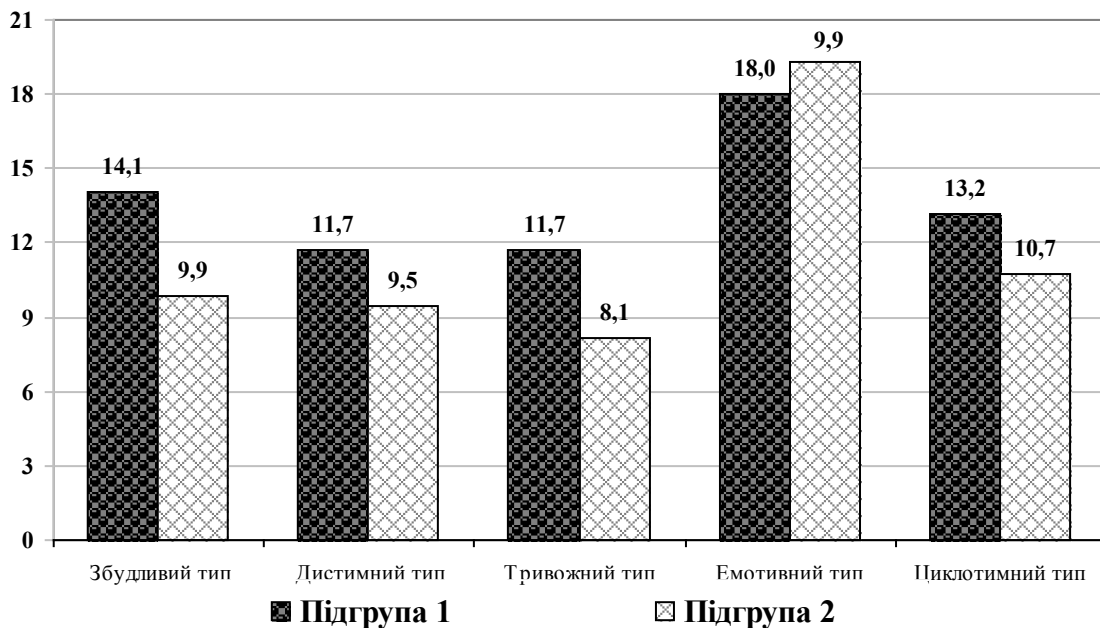


Рис. 3. Порівняльна характеристика значимих відмінностей вираженості рис характеру серед членів родини

Аналіз структури акцентуацій показав, що у родичів з підгрупи 1 у порівнянні з членами родини з підгрупи 2 питома вага осіб з акцентуаціями по демонстративному (11,0±3,1% та 3,4±1,8%, $p=0,64$) і збудливому типу (13,2±3,4% та 1,7±1,3%, $p<0,01$) була більшою та меншою з застраючим (5,5±2,3% та 13,6±3,4%, $p=0,056$) і педантичним типом (0 та 5,1±2,2%, $p=0,059$). Також, було виявлено, що у підгрупі 1 питома вага опитуваних з тривожним та циклотимним типом акцентуації була більшою (7,7±2,7% та 8,8±2,8% у порівнянні 0 та 1,7±1,3% при відповідно $p<0,05$ і $p=0,06$), а за емотивним типом меншою (46,2±5,0% у порівнянні з 59,3±4,9%, $p<0,05$) (табл. 2). Також була більшою у підгрупі 1 порівняно з підгрупою 2 кількість осіб з тенденцією до акцентуації по збудливому (36,3±4,8% та 11,9±3,2%, $p<0,001$), дистимному (31,9±4,7% та 13,6±3,4%, $p<0,01$) і тривожному типу (23,1±4,2% та 8,5±2,8%, $p<0,05$) та меншою – гіпертимному типу (20,9±4,1% та 40,7±4,9%, $p<0,01$) (табл. 2).

Так, збудливість як риса характеру проявлялася у імпульсивності, гнівливості, схильності до провокування конфліктів, вираженій дратівливості по незначним приво-

Структура акцентуацій характеру у членів родини у підгрупах 1 та 2

Тип акцентуації	Демонстративний	Застраючий	Педантичний	Зовнівний	Лібертинний	Дисциплінарний	Тривожний	Екзальтований	Емотивний	Пікантичний
Підгрупа 1, n ₁ =91 (%±m)										
Виражена акцентуація	11,0±3,1*	5,5±2,3*	0*	13,2±3,4**	17,6±3,8	5,5±2,3	7,7±2,7**	7,7±2,7	46,2±5,0**	8,8±2,8**
Тенденція до акцентуації	38,5±4,9	51,6±5,0	29,7±4,6	36,3±4,8****	20,9±4,1***	31,9±4,7***	23,1±4,2**	31,9±4,7	42,9±4,9	37,4±4,8
Риса	40,7±4,9**	34,1±4,7	52,7±5,0	42,9±4,9*	40,7±4,9*	39,6±4,9	49,5±5,0	44,0±5,0*	9,9±3,0	41,8±4,9
Немає	9,9±3,0***	8,8±2,8	17,6±3,8	7,7±2,7****	20,9±4,1**	23,1±4,2**	19,8±4,0****	16,5±3,7	1,1±1,0	12,1±3,3***
Підгрупа 2, n ₂ =59 (%±m)										
Виражена акцентуація	3,4±1,8*	13,6±3,4*	5,1±2,2*	1,7±1,3**	18,6±3,9	5,1±2,2	0**	10,2±3,0	59,3±4,9**	1,7±1,3*
Тенденція до акцентуації	37,3±4,8	44,1±5,0	22,0±4,1	11,9±3,2****	40,7±4,9***	13,6±3,4***	8,5±2,8**	37,3±4,8	33,9±4,7	28,8±4,5
Риса	59,3±4,9**	39,0±4,9	49,2±5,0	54,2±5,0*	30,5±4,6*	44,1±5,0	47,5±5,0	33,9±4,7*	6,8±2,5	40,7±4,9
Немає	0***	3,4±1,8	23,7±4,3	32,2±4,7****	10,2±3,0**	37,3±4,8**	44,1±5,0****	18,6±3,9	0	28,8±4,5***

Примітка: p* < 0,1, p** < 0,05, p*** < 0,01 та p**** < 0,001 (за точним методом Фішера).

дам, труднощами у комунікації з хворим та медичним персоналом внаслідок закритості та зниженої здатності до контролю свого емоційного стану.

Тривожність проявлялася у вигляді посиленого переживання та перебільшення значення будь-яких, часто незначних змін у фізичному чи психоемоційному стані хворого, проекцією тривожних переживань у майбутнє, виражене почуття провини.

Циклотимність характеризувалася перепадами настрою та формуванням власне депресивного стану з тривожністю та подальшою астенизацією.

Проявами дистимності були схильність до формування розладів настрою у вигляді зниженого настрою, песимізму, втомлюваності, замкнутістю у зв'язку зі складністю підтримувати міжособистісні контакти з оточуючими.

Основними проявами демонстративності були егоцентризм, емоційна лабільність, перебільшене представлення та вираження своїх страждань, позиціонування своєї ситуації як особливої, що відповідно привертало увагу до родича.

Дослідження акцентуацій характеру серед інкурабельних онкологічних хворих виявило, що поширеність акцентуацій у пацієнтів з підгрупи 1* становила 60,0±4,9% та у опитуваних з підгрупи 2* – 66,7±4,7%. У групі пацієнтів емотивність досягала рівня акцентуації у обох підгрупах (18,20±0,64 та 18,91±0,66). Демонстративність (15,87±0,77 та 13,03±0,39 бала), гіпертимність (16,80±0,86 та 14,0±0,91 бала) та екзальтованість (13,60±1,11 та 15,27±0,87 бала) у підгрупі 1* та 2* досягали рівня тенденції до акцентуації характеру. У підгрупі 2* рівня тенденції також досягав застряючий тип акцентуації (13,76±0,66).

У підгрупі 1* онкологічних хворих у порівнянні з опитуваними з підгрупи 2* були вищими рівень демонстративності (15,87±0,77 та 13,03±0,39 бала, p<0,001) і гіпертимності (16,80±0,86 та 14,0±0,91 бала, p<0,05) та меншими тривожності (7,40±0,67 та 11,36±0,87 бала, p<0,001).

У структурі акцентуацій характеру серед пацієнтів з підгрупи 1* була більшою питома вага осіб з акцентуацією по демонстративному (26,7±4,4% та 3,0±1,7%, p<0,05) та меншою по емотивному типу (33,3 ±4,7% та 54,5± 5,0%, p<0,05) і тенденцій до акцентуації – з більшою кількістю опитуваних у підгрупі 1* за збудливим (36,7±4,8% та 15,2±3,6%, p<0,05) та меншою – екзальтованим типом (33,3±4,7% та 57,6±4,9%, p<0,05).

Таблиця 3

Порівняльна характеристика вираженості акцентуацій характеру за методикою Г. Шмішека між членами родини та пацієнтами

Тип акцентуації	Підгрупа 1, n=30		Підгрупа 2, n=33	
	Родичі	Пацієнти	Родичі	Пацієнти
	Показники (бал±m)			
Демонстративний	13,15±0,49**	15,87±0,77**	12,72±0,49	13,03±0,39
Застряючий	13,10±0,39	12,93±0,53	13,53±0,52	13,76±0,66
Педантичний	11,17±0,39**	8,73±0,66**	10,48±0,57	10,06±0,80
Збудливий	14,08±0,48***	10,70±0,92***	9,88±0,52	9,46±0,75
Гіпертимний	12,60±0,64***	16,80±0,86***	14,39±0,68	14,0±0,91
Дистимний	11,70±0,51***	8,40±0,68***	9,46±0,68	8,64±0,84
Тривожний	11,87±0,53***	7,40±0,67***	8,14±0,60**	11,36±0,87**
Екзальтований	13,69±0,56	13,60±1,11	14,34±0,71	15,27±0,87
Емотивний	18,03±0,35	18,20±0,64	19,32±0,39	18,91±0,66
Циклотимний	13,15±0,48*	11,30±0,64*	10,73±0,63*	12,55±0,65*

Примітка: * p<0,05, ** p<0,01 та *** p<0,001.

У підгрупі 1 та 1* серед членів родини була нижчою вираженість демонстративності (13,15±0,49 та 15,87±0,77 бала, p<0,01) та гіпертимності як риси характеру (12,60±0,64 та

16,80±0,86 бала, $p<0,001$) і вищою – педантичності (11,17±0,39 та 8,73±0,66 бала, $p<0,01$), збудливості (14,08±0,48 та 10,70±0,92 бала, $p<0,001$), дистимії (11,70±0,51 та 8,40±0,68 бала, $p<0,001$), тривожності (11,87±0,53 та 7,40±0,67, $p<0,001$) та циклотимії (13,15±0,48 та 11,30±0,64, $p<0,05$).

У підгрупі 2 та 2* у родичів було виявлено різницю тільки у меншій вираженості тривожності та циклотимії (8,14±0,60 та 11,36±0,87 бала, $p<0,01$; 10,73±0,63 та 12,55±0,65 бала, $p<0,05$) (табл. 3).

Аналіз вираженості та структури акцентуацій характеру серед членів родини інкурабельних онкологічних хворих вказував на наявність більшої питомої ваги осіб з акцентуаціями за збудливим, демонстративним, тривожним, дистимним та циклотимним типом, а також тенденцією до формування відповідних акцентуацій у підгрупі 1, більшою вираженістю цих рис характеру на відміну від родичів з підгрупи 2.

Тоді як, у пацієнтів з підгрупи 1* було виявлено більшу кількість осіб з акцентуацією по демонстративному типу та тенденцією до акцентуації за збудливим типом, тоді як у підгрупі 2* більша питома вага пацієнтів з акцентуацією по емотивному типу та тенденцією – по екзальтованому типу.

Отже, як у родичів, так і пацієнтів з підгруп 1 та 1* було виявлено більшу питому вагу осіб з акцентуаціями або тенденцією до акцентуації. Спільним для осіб з підгруп 1 та 1* була більша акцентованість характеру по збудливому та демонстративному типу.

Наступним кроком діагностики особистісних особливостей членів родини інкурабельних онкологічних хворих та пацієнтів було проведення дослідження психологічних механізмів захисту та відповідних їм диспозицій методикою діагностики індексу життєвого стилю Плагучика – Келлермана – Конте (Life Style Index).

Так, психологічний зміст захисного механізму є підтримка психічного гомеостазу особистості у ситуаціях невизначеності чи фрустрації, які провокують виникнення тривоги та негативних психотравмуючих переживань. Тоді як диспозиція відображає базову схильність до розвитку того чи іншого психічного захворювання та пов'язана з певною емоцією, яка продукує певний захисний механізм. Взаємозв'язки між цими трьома складовими (емоціями, захисними механізмами і схильністю до захворювання) представлені на рис. 4.

Вроджена схильність до психопатології під дією захисних механізмів формує характерологічні особливості особистості.

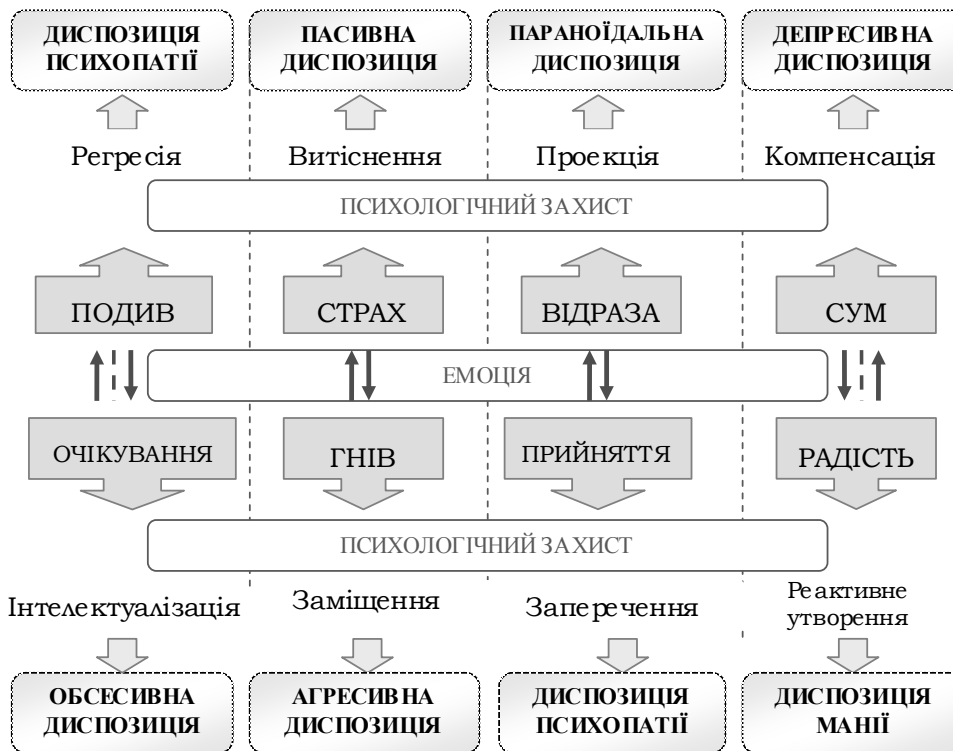


Рис. 4. Взаємозв'язки між механізмами психологічного захисту, вродженою схильністю до психічного захворювання і домінуючими емоціями

Так, для осіб з диспозицією манії (8,8±2,8% у родичів з підгрупи 1 та 18,6±3,9% – підгрупи 2) були притаманні енергійність, ініціативність, дружелюбність, товариськість і гіпертрофована соціабельність. Домінуюча емоція – радість; вроджена потреба до надлишку приємних стимулів – гедонізм. Захисним механізмом служило реактивне утворення (формування реакцій), його мета полягала у регуляції поведінки.

Для опитуваних з диспозицією істерії (15,4±3,6 та 27,1±4,4% у членів родини в підгрупах 1 та 2) характерними були посилені сугестивність, відсутність критичності, селективна неуважність, а переважним способом захисту виступало заперечення. Емоція прийняття і захист за допомогою заперечення дозволяли цьому типу ідеалізувати об'єкт реагування.

Агресивна диспозиція (у членів сім'ї підгрупи 1–3,3±1,8% та підгрупи 2–0). Поведінка людей такого типу прямо протилежна поведінці пасивного. Основна емоція – гнів (роздратування), головний захист – заміщення, яке служило для регуляції агресії. При відсутності механізму заміщення така особистість прямо виражала свою агресивність, що привело б до виникнення серйозних конфліктів. Цей механізм дозволяв направляти реакцію агресії на більш безпечний об'єкт.

У осіб з психопатичною диспозицією (на противагу обсесивній диспозиції) виявлялася виражена потреба залишатися в невідконтрольному стані (15,4±3,6% родичів у підгрупі 1 та 0 у підгрупі 2). Захист завдяки регресії дозволяв такій особистості постійно розряджати імпульси, повертаючись час від часу до більш-менш зрілих моделей задоволення потреб. Особистість людей даного типу стимулювалася надлишковими подразненнями з зовнішнього середовища, що нейтралізувало внутрішній емоційний «парафіт» і почуття заціпеніння, які повертали її до дитячої незахищеності. Людина сама здатна була неусвідомлено провокувати конфліктні ситуації, щоб отримувати надлишок стимулів. Основна емоція – подив.

Депресивна диспозиція визначалася у 3,3±1,8% членів сім'ї з підгрупи 1 та 1,7±1,3% – підгрупи 2. Подібна особистість увесь час страждає через втрату уявлюваного об'єкта і втрату самоповаги. Переважна емоція – сум. Основний спосіб захисту – компенсація, яка спрямована на те, щоб уникнути почуття депресії. Компенсація особливо ефективна в підтримці досить високої самооцінки. Під впливом цього механізму відбувається вихід зі стану пригніченості.

Для опитуваних з діагностованою параноїдальною диспозицією (52,8±5,0% та 44,0±5,0% у родичів з підгрупи 1 та 2 відповідно) була характерна відсутність сугестивності і висока критичність, переважаючи емоції – відрива або неприйняття, як захист використовується механізм проєкції. Параноїдальна особистість, відчуваючи власну неповноцінність, вибирала як захист проєкцію, що дозволяло їй цього не зауважувати; об'єктом критики ставала навколишня дійсність.

Пасивна диспозиція була виявлена у 12,1±3,3 та 1,7±1,3% родичів з підгрупи 1 та 2. Характеристиками цього типу осіб були інертність, пасивність, уникання, самотність, заглиблення у себе, безініціативність, схильність бути залежним від когось-небудь. Основна емоція – страх, головний механізм захисту – витіснення.

Обсесивна диспозиція визначалася у 24,2±4,3% членів сім'ї підгрупи 1 та 27,1±4,4% підгрупи 2. У людей даного типу виявлялося прагнення контролювати навколишнє середовище, і як засоби для цього виступали антиципація і чекання. Захист здійснювався за допомогою інтелектуалізації, раціоналізації і сублімації. Розвиток обсесивної особистості ґрунтувався на відчуженні від інстинктів і емоцій, для неї були притаманними совісність, охайність, прагнення дотримуватись в усьому середини, педантичність у поєднанні з нездатністю розпізнавати людські емоції. За цими рисами приховувалася тривога втратити контроль.

Так, виявлено, що домінуючими за рівнем прояву серед родичів були параноїдальна та обсесивна (56,97±1,69 та 46,57±1,46 бала), а також диспозиція істерії та манії (43,28±1,60 та 40,07±1,62 бала), субдомінантними – пасивна (32,83±1,65 бала), депресивна (33,40±1,25 бала) і психопатії (32,91±1,14 бала), та на останньому місці знаходилася агресивна диспозиція (20,93±1,03 бала) (табл. 4).

На основі кількісного аналізу серед родичів інкурабельних онкологічних хворих виявлено відмінність у рівні прояву, а саме, більш високі показники за пасивною (36,44±2,24 та 27,26±2,23 бала, $p < 0,01$), агресивною (24,94±1,46 та 14,74±0,82 бала, $p < 0,001$) та диспозицією психопатії (35,80±1,66 та 28,45±1,15 бала, $p < 0,001$) у родичів з підгрупи 1 у порівнянні з опитуваними підгрупи 2 (табл. 4, рис. 5).

На основі якісного аналізу структури індексу життєвого стилю серед членів родини інкурабельних онкологічних хворих у обох групах виявлено ряд суттєвих відмінностей між родичами підгрупи 1 та 2 (табл. 5).

**Рівень прояву диспозицій у підгрупах 1 та 2
родичів інкурабельних онкологічних хворих**

Диспозиція	Показники (бал±m)		
	Показники у групі в цілому, n=150	Підгрупа 1, n ₁ =91	Підгрупа 2, n ₂ =59
Параноїдальна	56,97±1,69	58,91±1,87	53,97±3,16
Обсесивна	46,57±1,46	46,06±1,88	47,35±2,34
Істерії	43,28±1,60	41,59±1,96	45,89±2,69
Манії	40,07±1,62	39,34±1,87	41,19±2,93
Депресивна	33,40±1,25	35,06±1,67	30,85±1,83
Психопатії	32,91±1,14	35,80±1,66**	28,45±1,15**
Пасивна	32,83±1,65	36,44±2,24*	27,26±2,23*
Агресивна	20,93±1,03	24,94±1,46**	14,74±0,82**

Примітка: * p<0,01, ** p<0,001.

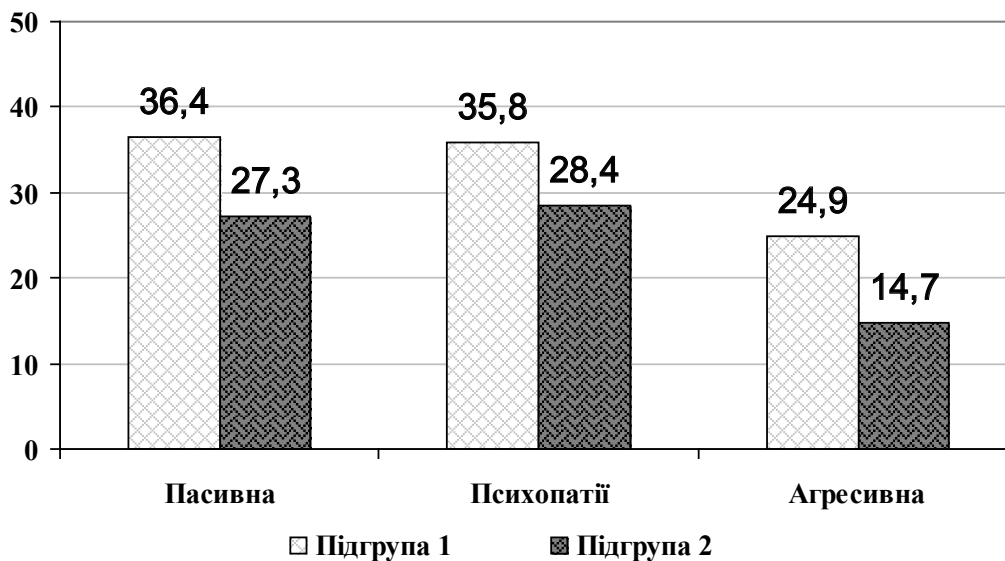


Рис. 5. Значимі відмінності у життєвій диспозиції серед членів родини інкурабельних онкологічних хворих

Так, серед родичів підгрупи 1 у порівнянні з підгрупою 2 була виявлена більша кількість осіб з субдомінантною депресивною (23,1±4,2% та 11,9±3,2%, p<0,05) та агресивною (7,7±2,7% і 0) життєвими диспозиціями. Аналіз структури життєвої диспозиції у членів родини підгрупи 1 та 2 також показав наявність суттєвої різниці у питомій вазі осіб з доміантними пасивною (12,1±3,3% та 1,7±1,3%), параноїдальною (39,6±4,9% та 25,4±4,4%) та психопатичною диспозиціями (15,4±3,6% та 0) у підгрупі 1.

Тоді як, серед членів родини підгрупи 2 була більшою кількістю осіб з доміантними диспозицією істерії та манії у порівнянні з родичами підгрупи 1 (27,1±4,4% і 15,4±3,6% та 18,6±3,9% і 8,8±2,8%).

За рівнем прояву у групі пацієнтів домінуючими були диспозиції параноїдальна (51,16±1,80 бала), обсесивна (50,26±2,0 бала), манії та істерії (46,83±3,15 та 44,57±1,44 балів), субдомінантними – диспозиції психопатії, депресивна та пасивна (35,54±2,28, 28,10±1,50 та 23,55±2,14 балів), на останній позиції знаходилася агресивна диспозиція (14,88±1,12 бала). Також, було виявлено більшу вираженість агресивної диспозиції у підгрупі 1* на відміну від групи 2* (18,50±1,83 та 11,60±1,09 бала, p<0,01).

Якісний аналіз структури життєвих диспозицій виявив, що у пацієнтів з підгрупи 1* була меншою кількістю осіб з доміантною істеричною (53,3±5,0% та 63,6±4,8%, p<0,05) і обсесивною (36,7±4,8% та 39,4±4,9%, p<0,05) та субдомінантною депресивною диспозиціями (50,0±5,0% та 54,5±5,0, p<0,05), а також більшою за агресивною диспозицією (43,3±5,0% та 9,1±2,9%, p<0,05) у порівнянні з опитуваними з підгрупи 2*. Серед пацієнтів підгрупи 1* кількість осіб з низькими показниками за пасивною та диспозицією манії була меншою (53,3±5,0% та 75,8±4,3%, p<0,05) та (6,7±2,5% та 30,3±4,6%, p<0,05) (табл. 6).

Порівняльна характеристика структури індексу життєвого стилю у родичів інкурабельних онкологічних хворих

Диспозиція	Діапазон (бали)									
	Підгрупа 1, n=91 (%±m)					Підгрупа 2, n=59 (%±m)				
	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100
Істерії	15,4±6	34,1±4,7	35,2±4,8	15,4±3,6*	0	16,9±3,8	27,1±4,4	27,1±4,4	27,1±4,4*	1,7±1,3
Пасивна	33,0±4,7	22,0±4,1	33,0±4,7	12,1±3,3*	0	39,0±4,9	32,2±4,7	27,1±4,4	1,7±1,3*	0
Психопатії	8,8±2,8	63,7±4,8*	12,1±3,3	15,4±3,6*	0	13,6±3,4	81,4±3,9*	5,1±2,2	0*	0
Депресивна	26,4±4,4	47,3±5,0	23,1±4,2*	3,3±1,8	0	32,2±4,7	54,2±5,0	11,9±3,2*	1,7±1,3	0
Параноїдальна	2,2±1,5	12,1±3,3*	33,0±4,7	39,6±4,9*	13,2±3,4	6,8±2,5	27,1±4,4*	22,0±4,1	25,4±4,4*	18,6±3,9
Агресивна	37,4±4,8*	51,6±5,0*	7,7±2,7*	3,3±1,8	0	81,4±3,9*	18,6±3,9*	0*	0	0
Обсесивна	11,0±3,1	20,9±4,1	44,0±5,0	24,2±4,3	0	5,1±2,2	30,5±4,6	37,3±4,8	27,1±4,4	0
Манії	25,3±4,3	35,2±4,8	30,8±4,6	8,8±2,8*	0	27,1±4,4	28,8±4,5	25,4±4,4	18,6±3,9*	0

Примітка: *p<0,05 (за ТМФ).

Структура індексу життєвого стилю у інкурабельних онкологічних хворих

Диспозиція	Діапазон (бали)									
	Підгрупа 1*, n=30 (%±m)					Підгрупа 2*, n=33 (%±m)				
	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100
Істерії	0	46,7±5,0	53,3±5,0*	0	0	0	30,4±4,6	63,6±4,8*	3,0±1,7	3,0±1,7
Пасивна	53,3±5,0*	13,3±3,4	30,1±4,6*	3,3±1,8	0	75,8±4,3*	6,0±2,4	9,1±2,9*	9,1±2,9	0
Психопатії	16,7±3,7	33,3±4,7*	43,3±5,0	6,7±2,5	0	24,2±4,3	39,4±4,9*	36,4±4,8	0	0
Депресивна	43,3±5,0	50,0±5,0*	6,7±2,5	0	0	42,4±4,9	54,5±5,0*	3,0±1,7	0	0
Параноїдальна	0	20,0±4,0	50,0±5,0*	16,7±3,7	13,3±3,4	0	27,3±4,5	57,6±4,9*	9,1±2,9	6,1±2,4
Агресивна	56,7±5,0*	43,3±5,0*	0	0	0	90,9±2,9*	9,1±2,9*	0	0	0
Обсесивна	0	33,3±4,7	36,7±4,8*	30,0±4,6	0	0	33,3±4,7	39,4±4,9*	27,3±4,5	0
Манії	6,7±2,5*	33,3±4,7	30,0±4,6	13,3±4,2	6,7±2,5	30,3±4,6*	33,3±4,7	15,2±3,6	9,1±2,9	12,1±3,3

Примітка: *p<0,05 (за ТМФ).

Оригинальные статьи

У родичів з підгрупи 1 виявлено суттєво більшу вираженість пасивної (36,44±2,24 та 25,01±3,02 бала, $p<0,01$), депресивної (35,06±1,67 та 27,67±2,33 бала, $p<0,05$) та агресивної (24,94±1,46 та 18,50±1,83 бала, $p<0,01$) диспозиції та меншу – манії (39,34±1,87 та 52,67±3,89 бала, $p<0,01$) у порівнянні з пацієнтами з підгрупи 1*. Тоді ж, як родичі з підгрупи 2 відрізнялися тільки вищим рівнем прояву агресивної диспозиції (14,74±0,82 та 11,60±1,09 бала, $p<0,05$) на відміну від пацієнтів з підгрупи 2* (табл. 7).

Таблиця 7

Ступінь прояву диспозицій у підгрупах 1 та 1* родичів та хворих

Диспозиція	Підгрупа 1 та 1*, n=30		Підгрупа 2 та 2*, n=33	
	Родичі	Пацієнти	Родичі	Пацієнти
	Показники (бал±m)			
Істерії	41,59±1,96	42,57±1,41	45,89±2,69	46,39±2,40
Пасивна	36,44±2,24**	25,01±3,02**	27,26±2,23	22,23±3,05
Психопатії	35,80±1,66	39,09±3,36	28,45±1,15	32,32±3,03
Депресивна	35,06±1,67*	27,67±2,33*	30,85±1,83	28,49±1,95
Параноїдальна	58,91±1,87	52,82±2,87	53,97±3,16	49,64±2,25
Агресивна	24,94±1,46**	18,50±1,83**	14,74±0,82*	11,60±1,09*
Обсесивна	46,06±1,88	51,11±3,09	47,35±2,34	49,50±2,64
Манії	39,34±1,87**	52,67±3,89**	41,19±2,93	41,52±4,73

Примітка: * $p<0,05$ та ** $p<0,01$.

Таким чином, серед членів родини підгрупи 1 була більшою кількістю осіб з домінуючими агресивною, пасивною, параноїдальною та диспозицією психопатії, а також субдомінантною депресивною, тоді як серед родичів підгрупи 2 – домінуючими визначено диспозиції істерії та манії.

У пацієнтів з підгрупи 1* була більшою питома кількість осіб за домінуючими параноїдальною та субдомінантними агресивною, пасивною і психопатичною диспозиціями, а для опитуваних з підгрупи 2*, подібно до їх родичів – істерії, а також, обсесивною та депресивною диспозиціями.

Наступним етапом дослідження було проведення аналізу застосовуваних копінг-стратегій у групі родичів та пацієнтів в аспекті поведінкового способу, що дозволяв справитися з ситуацією.

Дослідження копінг-стратегій у стресових ситуаціях виявило відмінність у частоті, а саме, більшу частоту застосування стратегії спрямованої на емоції (46,96±0,90 та 37,37±0,80 бала, $p<0,001$) та уникнення (41,85±0,79 та 39,03±0,81 бала, $p<0,05$) у осіб підгрупи 1 у порівнянні з родичами з підгрупи 2 (табл. 8).

Таблиця 8

Порівняльна характеристика застосовуваних копінг-стратегій серед родичів інкурабельних онкологічних хворих у підгрупах 1 та 2

Спрямування копінг-стратегії	Показники (бал±m)		
	Підгрупа 1, n=91	Підгрупа 2, n=59	Мах
Рішення	54,90±0,80	55,93±1,10	80
Емоції	46,96±0,90**	37,37±0,80**	80
Уникнення	41,85±0,79*	39,03±0,81*	80
Відволікання	16,33±0,45	16,05±0,47	40
Соціальне відволікання	17,21±0,38	16,71±0,51	25

Примітка: * $p<0,05$ та ** $p<0,001$.

Графіки на рис. 6 відобразили, який зі способів копіngu був домінуючим у родичів онкохворих під час переживання стресової події. Так, порівняльна характеристика застосовуваних копінг-стратегій серед родичів інкурабельних онкохворих показала домінування стратегії спрямованої на рішення та соціальне відволікання, дещо менше – на емоції та уникнення, та на останньому місці було відволікання.

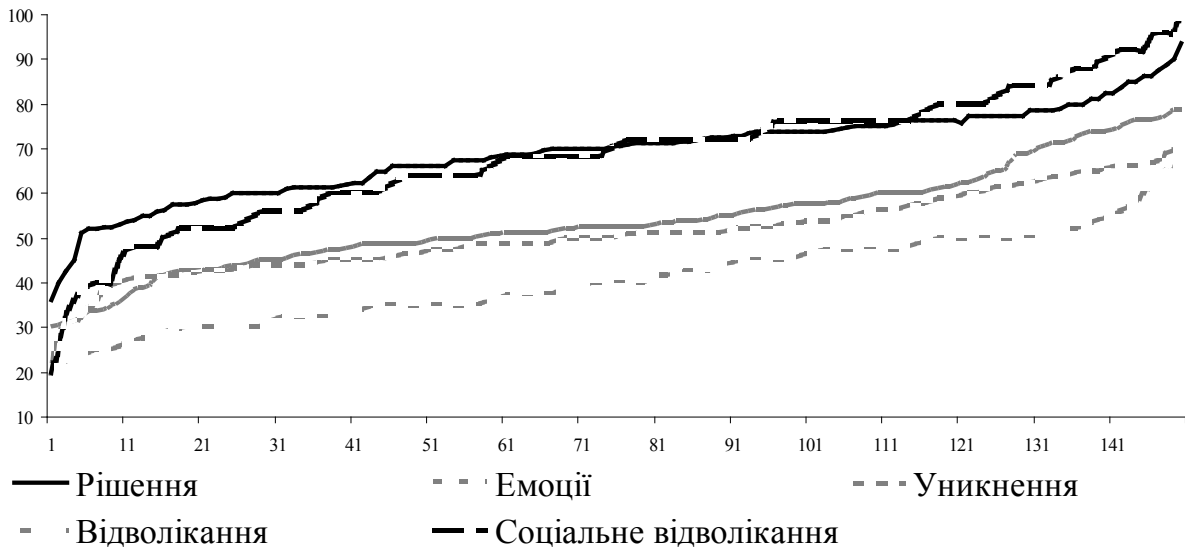


Рис. 6. Домінування вибору копінг-стратегій у стресових ситуаціях у підгрупі 1 та 2 членів родини

Серед членів родини підгрупи 1 суттєво більшою була кількість осіб, які використовували копінг, спрямований на емоції як домінуючу стратегію на відміну від родичів з підгрупи 2 ($36,3 \pm 4,8\%$ та 0 , $p < 0,05$). Також було виявлено, що питома вага осіб з домінуючою стратегією у вигляді уникнення була більшою у підгрупі 1, ніж у підгрупі 2 ($24,2 \pm 4,3\%$ та $6,8 \pm 2,5\%$, $p < 0,05$), тоді як, спрямованість на соціальне відволікання – меншою ($47,3 \pm 5,0\%$ та $62,7 \pm 4,8\%$, $p < 0,05$) (табл. 9).

У пацієнтів з підгрупи 1* та 2* не виявлено значимих відмінностей у частоті вибору тієї чи іншої копінг-стратегії. Тоді як якісний аналіз показав більшу питому вагу осіб у підгрупі 1* з домінуючою стратегією, спрямованою на рішення ($16,7 \pm 3,7\%$ та 0 , $p < 0,05$), субдомінуючою – уникнення ($80,0 \pm 4,0\%$ та $54,5 \pm 5,0\%$, $p < 0,05$), а також, більшою кількістю осіб з низькою частотою застосування соціального відволікання ($26,7 \pm 4,4\%$ та $6,1 \pm 2,4\%$, $p < 0,05$) та меншою – відволікання ($13,3 \pm 3,4\%$ та $36,4 \pm 4,8\%$, $p < 0,05$) (табл. 10).

Порівняльний аналіз частоти застосування копінг-стратегій між родичами та пацієнтами виявив ряд відмінностей. Так, у підгрупі 1 виявлено вищу частоту застосування стратегії спрямованої на емоції та соціальне відволікання у родичів у порівнянні з хворими ($46,96 \pm 0,90$ та $39,50 \pm 1,36$ бала, $p < 0,001$; $17,21 \pm 0,38$ та $14,57 \pm 0,97$ бала, $p < 0,05$) та меншою – відволікання ($16,33 \pm 0,45$ та $18,80 \pm 0,63$ бала, $p < 0,01$). У підгрупі 2 серед родичів на відміну від пацієнтів більшою було визначено частоту використання допінгу, орієнтованого на рішення ($55,93 \pm 1,10$ та $52,33 \pm 1,25$ бала, $p < 0,05$) та меншою – відволікання ($16,05 \pm 0,47$ та $18,03 \pm 0,68$ бала, $p < 0,05$) (табл. 11).

Таким чином, головними відмінностями поведінки у стресових ситуаціях між членами родини з підгруп 1 та 2, були більша питома вага осіб, які використовували стратегії спрямованої на емоції та уникнення як домінуючих у опитуваних з підгрупи 1, тоді як у родичів з підгрупи 2 була більшою кількість осіб з домінуючою копінг-стратегією спрямованою на соціальне відволікання. У пацієнтів з підгрупи 1* домінуючими були стратегії спрямовані на рішення та уникнення, тоді як у хворих з підгрупи 2* – соціальне відволікання. Різниця у способі поведінки у стресовій ситуації між родичами та пацієнтами полягала у більшій частоті застосування онкологічними хворими відволікання, а членами родини – соціального відволікання.

Таким чином, було виявлено значимі інтрапсихічні та поведінкові відмінності між членами родини у підгрупах 1 та 2, а також відмінності між пацієнтами у підгрупах 1* та 2*. Основні відмінності відображені у табл. 12.

Тобто, дезадаптивними інтрапсихічними та поведінковими паттернами були ригідність афекту, аутизація, схильність до психопатичної поведінки та гіпоманіакальні прояви (заперечення тривоги) у пацієнта, а також істероїдні риси особистості у родича, демонстративний, збудливий, тривожний, дистимний та циклотимний типи акцентуацій характеру, домінуючі або субдомінуючі агресивна, пасивна, параноїдальна, депресивна диспозиція та диспозиція психопатії, копінг-стратегії спрямовані на емоції та уникнення. В той час, як стабілізуючими паттернами визначені відсутність виражених піків профілю ММРІ, емотив-

Таблиця 9

Структура вибору копінг-стратегій серед членів родини у підгрупі 1 та 2

Копінг-стратегія	Діапазон (бали)									
	Підгрупа 1, n=91 (%±m)					Підгрупа 2, n=59 (%±m)				
	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100
Рішення	0	1,1±1,0	19,8±4,0	72,5±4,5	6,6±2,5	1,7±1,3	1,7±1,3	20,3±4,0	66,1±4,7	11,9±3,2
Емоції	0	3,3±1,8*	60,4±4,9*	36,3±4,8*	0	0	18,6±3,9*	81,4±3,9*	0*	0
Уникнення	1,1±1,0	5,5±2,3	69,2±4,6*	24,2±4,3*	0	0	8,5±2,8	84,7±3,6*	6,8±2,5*	0
Відволікання	1,1±1,0	49,5±5,0**	44,0±5,0	5,5±2,3	0	0	61,0±4,9**	39,0±4,9	0	0
Соціальне відволікання	0	4,4±2,0	28,6±4,5*	47,3±5,0*	19,8±4,0**	0	8,5±2,8	16,9±3,8*	62,7±4,8*	10,2±3,0**

Примітка: * p<0,05 та ** p<0,1.

Таблиця 10

Структура вибору копінг-стратегій серед пацієнтів

Копінг-стратегія	Діапазон (бали)									
	Підгрупа 1*, n=30 (%±m)					Підгрупа 2*, n=33 (%±m)				
	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100
Рішення	0	3,3±1,8	13,3±3,4	66,7±4,7	16,7±3,7*	0	0	24,2±4,3	75,8±4,3	0*
Емоції	0	13,3±3,4	70,0±4,6	16,7±3,7	0	0	21,2±4,1	66,7±4,7	12,1±3,3	0
Уникнення	0	3,3±1,8	80,0±4,0*	16,7±3,7	0	12,1±3,3	9,1±2,9	54,5±5,0*	24,2±4,3	0
Відволікання	3,3±1,8	13,3±3,4*	80,0±4,0	3,3±1,8	0	0	36,4±4,8*	60,6±4,9	3,0±1,7	0
Соціальне відволікання	3,3±1,8	26,7±4,4*	13,3±3,4	53,3±5,0	3,3±1,8	0	6,1±2,4*	21,2±4,1	57,6±4,9	15,2±3,6

Примітка: * p<0,05 (за точним методом Фішера).

Порівняльний аналіз частоти застосування копінг-стратегій між родичами та пацієнтами

Копінг-стратегія	Підгрупа 1, n=30		Підгрупа 2, n=33	
	Родичі	Пацієнти	Родичі	Пацієнти
	Показники (бал±m)			
Рішення	54,90±0,80	55,33±1,86	55,93±1,10*	52,33±1,25*
Емоції	46,96±0,90***	39,50±1,36***	37,37±0,80	38,79±1,47
Уникнення	41,85±0,79	42,57±1,09	39,03±0,81	39,39±2,20
Відволікання	16,33±0,45**	18,80±0,63**	16,05±0,47*	18,03±0,68*
Соціальне відволікання	17,21±0,38*	14,57±0,97*	16,71±0,51	16,85±0,65

Примітка: * p<0,05, ** p<0,01 та *** p<0,001.

Таблиця 12

Інтрапсихічні та поведінкові відмінності між родичами у підгрупах 1 та 2

Обстежувані	Підгрупа 1 та 1*	Підгрупа 2 та 2*
	Особистісні паттерни (ММРІ мінімум)	
Родичі Пацієнти	«Невротична триада з домінуванням «витіснення факторів, що викликають тривогу», соматизація тривоги, депресивний компонент (співвідношення вищого рівня на шкалі D у порівнянні з Ма). Схильність до психопатичної поведінки; переважання аутизації над психастенічними проявами; ригідність афекту; заперечення тривоги та гіпоманіакальні тенденції.	Психастенія; витіснення факторів, що викликають тривогу, соматизація та депресивні прояви виражені у меншій мірі. Переважання психастенічних проявів у порівнянні з шизоїдними, «невротична триада» з домінуванням витіснення факторів, що викликають тривогу.
	Акцентуації характеру	
Родичі Пацієнти	Демонстративний, збудливий, тривожний, дистимний та циклотимний типи. Демонстративний та збудливий типи.	Емотивний, гіпертимний, застряючий типи. Емотивний та екзальтований типи.
	Індекс життєвого стилю	
Родичі Пацієнти	Домінуючі агресивна, пасивна, параноїдальна та диспозиція психопатії, а також субдомінантна депресивна. Домінантна параноїдальна та субдомінантні агресивна, пасивна і диспозиція психопатії.	Диспозиція істерії та манії. Субдомінантна диспозиція істерії, обсессивна та депресивна диспозиції.
	Копінг-стратегії	
Родичі Пацієнти	Домінуючі стратегії спрямована на емоції та уникнення. Рішення та уникнення.	Домінуюча – соціальне відволікання. Соціальне відволікання.

ний та гіпертимний типи акцентуації характеру, диспозиції істерії та манії, а також копінг-стратегія, спрямована на соціальне відволікання.

Отже, діагностування та інтегральна оцінка вищезазначених інтрапсихічних та поведінкових факторів дозволить прогнозувати ризик розвитку стану клініко-психологічної дезадаптації у родичів інкурабельних онкологічних хворих, проводити психопрофілактику, планувати та організовувати цільові психокорекційні заходи.

Література

1. Alptekin G. Characteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients/G. Alptekin, Y. İdris, Y. Füsün//Medical Oncology. – 2009. – № 1. – P. 255–259.
2. Mellon S. A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers/S. Mellon, L.L. Northouse, L.K. Weiss//Cancer Nurs. – 2006. – № 29. – P. 120–131.

Оригинальные статьи

3. Core concerns of couples living with early stage breast cancer/M. E. Shands, F. M. Lewis, J. Sinsheimer [et al.]//Psychooncology. – 2006. – № 15 (12). – P. 1055–1064.
4. Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment/S.R. Wimberly, C.S. Carver, J.P. Laurenceau [et al.]//J Consult Clinical Psychol. – 2005. – № 73 (2). – P. 300–311.
5. Erikssona E. Informational and emotional support received by relatives before and after the cancer patient's death/Elina Erikssona, Seija Arveb, Sirkka Lauric//European journal of Oncology Nursing. – 2006. – Vol. 10. – Issue 1. – P.48–58.
6. Family Members' Perceived Needs for Bereavement Follow-Up/A. Milberg, E.-C. Olsson, M. Jakobsson [and othr.]//Journal of Pain and Symptom Management. – 2008. – Vol. 35. – Issue 1. – P. 58–69.
7. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. – Т. 2./под ред. В.И. Чиссова, Г.А. Новикова, О.П. Модникова. – М.: Медицина, 2004. – 486 с.
8. Васильева А.Ю. Особенности эмоционального состояния родственников онкобольных злокачественными образованиями/А.Ю. Васильева//Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2007. – № 1 (17). – С. 80–85.
9. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь/А.В. Гнездилов. – СПб.: Издательство «Речь», 2004. – С. 139–146.
10. End-of-life caregiving often like a full-time job/CA: Cancer J Clin. – 2007. – Vol. 57. – P. 128–129.
11. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.
12. Практикум по психодиагностике. Руководство по интерпретации/Под ред. С.Р. Пантилеева. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1992. – С. 3–54.
13. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей/Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова [и др.]. – СПб, 2005. – 54 с.
14. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп/Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.
15. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel/С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.
16. Гланц С. Медико-биологическая статистика (Пер. с англ)/С. Гланц. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
17. Класифікація психічних і поведінкових розладів: Клінічний опис і вказівки по діагностиці. – К.: Сфера, 2005. – С. 149–151.

ІНТРАПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ ПАТТЕРНИ РОЗВИТКУ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ РОДИЧІВ ІНКУРАБЕЛЬНИХ ОНКОХВОРИХ

І.Р. Кужель

Київський міський клінічний онкологічний центр
Харківська медична академія післядипломної освіти

На основі обстеження 150 членів родини інкурабельних онкологічних хворих було встановлено вплив інтрапсихічних і поведінкових факторів на стан адаптації родичів онкохворих на термінальній стадії захворювання. Деадаптивними інтрапсихічними та поведінковими факторами були ригідність афекту, аутизація, схильність до психопатичної поведінки та гіпоманіакальні прояви (заперечення тривоги) у пацієнта, а також істероїдні та психастенічні риси особистості у родича, демонстративний, збудливий, тривожний, дистимний та циклотимний типи акцентуацій характеру, домінуючі або субдомінуючі агресивна, пасивна, параноїдальна, депресивна диспозиція та диспозиція психопатії, копінг-стратегії спрямовані на емоції та уникнення. Зазначені критерії повинні бути використані у клінічній практиці з метою визначення групи високого ризику розвитку дезадаптивного стану, виділення мішеней психокорекційного впливу та власне психокорекції станів клініко-психологічної дезадаптації, провдження заходів психопрофілактики.

Ключові слова: родичі, інкурабельні онкологічні хворі, хоспіс, особистісні властивості, акцентуації характеру, психологічні механізми захисту, копінг-стратегії.

ИНТРАПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ РАЗВИТИЯ
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ РОДСТВЕННИКОВ
ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ОНКОБОЛЬНЫХ

И. Р. Кужель

Киевский городской клинический онкологический центр
Харьковская медицинская академия последипломного образования

На основании обследования 150 членов семьи инкурабельных онкологических больных было установлено влияние интрапсихических и поведенческих факторов на состояние адаптации родственников онкобольного на терминальной стадии заболевания. Деадаптивными интрапсихическими и поведенческими факторами были ригидность аффекта, аутизация, предрасположенность к психопатическому поведению и гипоманиакальные проявления (отрицание тревоги) у пациента, а также истероидные и психастеничные черты личности родственника; демонстративный, возбудимый, тревожный, дистимный и циклотимный типы акцентуаций характера, доминирующие или субдоминирующие агрессивная, пассивная, параноидальная, депрессивная диспозиция и диспозиция психопатии; копинг-стратегии направленные на эмоции и избегание. Указанные критерии должны быть использованы в клинической практике с целью определения группы высокого риска развития деадаптивного состояния, выделение мишеней психокоррекционного воздействия и собственно психокоррекции состояний клиничко-психологической деадаптации, проведению мероприятий психопрофилактики.

Ключевые слова: родственники, инкурабельные онкологические больные, хоспис, личностные свойства, акцентуации характера, психологические механизмы защиты, копинг-стратегии.

INTRAPSYCHOLOGICAL AND BEHAVIOR PATTERNS FOR PSYCHOLOGICAL
DISADAPTATION FAMILY CAREGIVERS OF TERMINALLY ILL CANCER PATIENTS

I. R. Kuzhel

Kiev City Clinical Oncology Center
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

It was investigated of 150 family caregivers of terminally ill cancer patients for measurement the influence of intrapsychological and behavioral factors of psychological disadaptation. The factors of maladjustment includes a rigidity of affect, autistic and hypomanic manifestations (the denial of anxiety), psychopathic behavior of the patient, as well as hysteroid and psychasthenic manifestations of family caregiver; demonstrative, irritable, anxious, dystymic and cyclotimic types of accentuations, a dominant or subdominant aggressive, passive, paranoid, depressive and psychopathic disposition, coping focused on emotions and ignorance. These criteria should be used in clinical practice to identify high-risk development of disadaptation, allocation targets psychocorrection influence and actual state of psychological maladjustment, measures of psychoprophylaxis.

Key words: family caregiver, terminally ill cancer patients, hospice, personal property, accentuation of character, psychological defense mechanisms, coping strategies.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ)

Н. А. Марута, М. В. Данилова

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Актуальность проблемы депрессии определяется ее возрастающей распространенностью в современном обществе и выраженными медико-социальными последствиями. Современные эпидемиологические исследования констатируют более чем 12-ти кратный рост частоты депрессий за последнее десятилетие. При таком росте вероятность развития в течение жизни человека хотя бы одного депрессивного эпизода составляет от 4,4% до 18%. По прогнозу Ассоциации американских психиатров, в 2010–2030 гг. распространенность депрессивных расстройств существенно возрастет, обогнав инфекционные, сердечно-сосудистые и другие распространенные заболевания, выйдет на первое место среди заболеваний, опасных для жизни [2,5,7]. Человек, страдающий депрессией, имеет в 35 раз больше шансов покончить жизнь самоубийством, согласно статистике от 45 до 60% всех самоубийств на планете совершают больные депрессией [9–10].

Особую проблему представляют депрессии, развиваются на фоне неврологической патологии. Депрессия всегда ухудшает течение неврологического заболевания, замедляет восстановление неврологических функций; нарушает возможности адаптации заболевшего к повседневной жизни; влияет на качество и продолжительность жизни [1–8]. При этом выявление депрессивных расстройств у неврологических больных сопряжено с целым рядом трудностей, которые обусловлены наличием общих, «перекрывающих» симптомов невротической и аффективной патологии, преобладанием у неврологических больных субсиндромальных депрессивных состояний, атипичных, соматизированных видов депрессии, хронических депрессий со стертой клинической симптоматикой [1–8].

Вышеизложенное определяет необходимость детального изучения генеза, особенностей формирования и характера протекания депрессивных расстройств при разных вариантах неврологической патологии, в частности при рассеянном склерозе, для разработки дифференциальных критериев диагностики депрессий у данных больных.

Целью настоящего исследования явилось изучение различных вариантов депрессивных состояний, формирующихся при рассеянном склерозе.

В исследовании приняли участие 367 больных рассеянным склерозом. Из них основную группу составили 238 больных (64,9% от всей выборки) с различными типами течения рассеянного склероза, в клинической картине которых имели место депрессивные проявления. В контрольную группу вошли 129 больных рассеянным склерозом (35,1%) без депрессивных расстройств.

Клинико-психопатологическое обследование 238-ми больных рассеянным склерозом с депрессивными проявлениями показало наличие у них следующих клинических форм депрессий: у 38 больных (15,9%) диагностировались расстройства адаптации, в виде депрессивной реакции (F43.21–43.22); у 35 больных (14,8%) – депрессивный эпизод (F32.0–32.2); у 64 больных (26,9%) – рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0–33.2); у 101 больного (42,4%) – органическое депрессивное расстройство (F06.32).

Для реализации цели исследования были использованы: клинико-психопатологический метод, включающий оценку психического состояния больного (сбор жалоб, анамнеза, изучения симптомов, синдромов, их психопатологическая интерпретация и соотнесение с классификационными характеристиками МКБ-10); и психометрические методы: шкала Монтомгери-Асберга (MADRS) – для объективной оценки тяжести депрессии и опросник депрессии Бека – для субъективной оценки тяжести депрессии.

Согласно результатам исследования у больных с депрессивными расстройствами при рассеянном склерозе значительно чаще, чем в контрольной группе, регистрировалось наличие в анамнезе наследственной отягощенности психическими расстройствами (67,2% в основной группе, 22,5% – в контрольной группе, при $p < 0,05$). При этом, наследственная отягощенность аффективными расстройствами в основной группе достигала уровня в 35,3%, тогда как в контрольной группе – только уровня в 5,4% ($p < 0,05$).

Наличие перинатальной патологии и невропатической конституции в детстве также достоверно чаще отмечалось у больных основной группы, по сравнению с контрольной. Так, в 31,1% случаев у больных основной группы отмечалась перинатальная патология, в 34,5% случаев регистрировалась невропатическая конституция, тогда как в контрольной группе эти нарушения отмечались только в 13,9% и 16,3% случаев, соответственно ($p < 0,05$).

В преморбиде больных основной группы преобладали интроверсия, циклотимичность, тревожность, педантичность (психастеничность) и дистимичность – соответственно 50,0%, 42,0%, 50,4%, 47,1% и 52,5%. Тогда как в преморбиде больных контрольной группы преобладали экстраверсия, гипертимность и аффективная ригидность – соответственно 62,8%, 65,9% и 62,8% ($p < 0,05$).

Следовательно, наследственная отягощенность психическими болезнями, перинатальная патология, невропатическая конституция, интровертированные, циклотимические, тревожные, психастенические и дистимические преморбидные личностные особенности являются факторами, способствующими формированию депрессивных расстройств при рассеянном склерозе и могут служить специфическими маркерами предрасположенности к депрессивной патологии у больных рассеянным склерозом.

Клинико-психопатологический анализ выделенных клинических форм депрессий при рассеянном склерозе продемонстрировал наличие определенной специфики в их клинико-психопатологических характеристиках, механизмах формирования и характере взаимосвязи с демиелинизирующим расстройством. Полученные результаты представлены ниже.

Депрессивные реакции у больных рассеянным склерозом (F43.21–43.22).

Наследственная отягощенность психическими расстройствами регистрировалась у 84,2% больных рассеянным склерозом, осложненным расстройством адаптации, из которых в 71,0% случаев наследственность была отягощена психическими расстройствами невротического регистра (соматоформные – 52,6% и невротические расстройства – 18,4%). Наличие перинатальной патологии фиксировалось у 15,8% больных данной группы, в то время как невропатическая конституция в детстве была выявлена у 78,4%, с раннего детства обследуемые были капризные, плаксивые, у них отмечался плохой сон и аппетит. Данная патология формировалась преимущественно на фоне интровертированных (в 89,5% случаев), тревожных (в 89,5% случаев), психастенических (в 84,2% случаев) преморбидных личностных особенностей. Депрессивная реакция в 94,7% случаев развивалась у больных рассеянным склерозом с длительностью заболевания 1–5 лет, встречалась преимущественно при рецидивирующе-ремитирующем (у 47,4%) и первично прогрессирующем (у 52,6%) рассеянном склерозе, чаще регистрировалась у больных спинальной формой рассеянного склероза (у 73,6%). Важная роль в формировании депрессивной реакции принадлежала психогенным факторам, которые были выявлены в 94,7% случаев. Среди психогенных факторов преобладали факторы собственной болезни, ухудшения материально-бытового состояния, безработицы, потери социального статуса, неудовлетворенности работой. В 81,6% случаев психогенные факторы носили характер острых воздействий.

В 73,7% случаев у больных рассеянным склерозом депрессивные реакции проявлялись в виде тревожного (ажитированного) синдрома, наблюдалось преобладание неопределенной тревоги, чувства надвигающейся беды, неуверенности, разнообразных тревожных опасений, переживаний, чувства собственной виновности, моторного беспокойства, суетливости, колебаний аффекта, обычно с ухудшением в вечерние часы, сомато-вегетативных расстройств.

Объективная тяжесть депрессии у данных больных соответствовала умеренно-легкой степени (24,1±3,7 баллов по шкале Монтгомери-Асберга). При этом субъективная оценка депрессии достигала уровня тяжелой степени (26,4±2,2 баллов по опроснику депрессии Бека). Подобное рассогласование свидетельствовало о выраженной тенденции пациентов переоценивать тяжесть своего состояния.

В феноменологической структуре депрессивной симптоматики среди двигательных расстройств у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе преобладали рудиментарные двигательные расстройства (78,9%), которые проявлялись в виде гипотимии (55,3%), легкой заторможенности (26,3%) и мышечной адинамии (18,4%). Двигательное беспокойство отмечалось в 34,2% случаев и регистрировалось преимущественно в структуре тревожно-депрессивной реакции, т. е. было проявлением тревожного компонента депрессии.

Среди когнитивных расстройств наиболее частыми у больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе были нарушения памяти (94,7%) и снижение уровня концентрации внимания (84,2%), также регистрировались идеи малоценности (36,8%), ипо-

хондрические расстройства (36,8%) и трудности в принятии решений (34,2%).

Среди поведенческих расстройств при данной патологии преобладали тревожные расстройства (81,6%), ухудшение коммуникативных функций (39,5%), наличие ананкастных расстройств (28,9%), что свидетельствовало о выраженной роли тревожного компонента в формировании нарушений поведения у данной категории больных.

Эмоциональные нарушения у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе проявлялись в виде тревоги (81,6%), отчаяния (78,9%), печали (76,3%) и неудовольствия (68,4%) и свидетельствовали о психогенном генезе депрессий у этих больных.

Сомато-вегетативные проявления в клинике депрессивных реакций при рассеянном склерозе характеризовались высокой частотой, многообразием и сочетанным характером. В большинстве случаев отмечались нарушения сна (81,6%), гипергидроз (78,9%), вегетативно-висцеральные кризы (78,9%), сексуальные нарушения (76,3%), нарушения сердечно-сосудистой системы (71,1%).

Таким образом, по результатам исследования, существенная роль в этиопатогенезе депрессивных реакций у больных рассеянным склерозом отводилась таким факторам как: наследственная отягощенность невротической патологией, невропатическая конституция в детстве, преморбидные личностные особенности «невротического регистра», психогении острого характера, длительность заболевания рассеянным склерозом не более 5 лет, рецидивирующе-ремитирующий и первично прогрессирующий тип течения рассеянного склероза, спинальная его форма.

В качестве основных клинко-психопатологических особенностей депрессивных реакций при рассеянном склерозе выделены: проявление депрессивного расстройства тревожным (ажитированным) синдромальным вариантом умеренно-легкой степени тяжести; тенденция субъективно переоценивать тяжесть своего состояния; преобладание в общей структуре депрессивной симптоматики расстройств невротического характера и выраженность тревожного компонента в их формировании.

Депрессивный эпизод у больных рассеянным склерозом (F32.0–32.2).

При изучении клинко-психопатологических закономерностей формирования депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом наследственная отягощенность психическими расстройствами регистрировалась у 80% больных, из них у 74,3% обследованных наследственность была отягощена аффективными расстройствами. Перинатальная патология фиксировалась в 11,4% случаев, невропатическая конституция – в 25,7% случаев. Среди преморбидных личностных особенностей у данных больных наблюдалось преобладание дистимических (94,3%), циклотимических (40,0%) и интовертированных (37,1%) черт. Психогенным факторам в формировании депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом отводилась незначительная роль. Психогении в виде собственной болезни, ухудшения материально-бытового состояния и потери (угроза потери) социального статуса регистрировались у 37,1% больных. В большинстве случаев (77,1%) психогенные факторы имели хронический характер воздействия. Депрессивный эпизод, развивался преимущественно у пациентов с длительностью рассеянного склероза 6–10 лет (71,5%), при рекуррентно-ремитирующем типе течения (94,3%) и спинальной форме демиелинизирующего процесса (60,0%).

Анализ клинко-психопатологических проявлений у больных депрессивным эпизодом свидетельствовал о преобладании в синдромальной структуре тоскливой (меланхолической) депрессии (77,1%), больные характеризовались тоскливым настроением, утратой эмоционального резонанса, идеаторной и моторной заторможенностью, мыслями о собственной малоценности, чувством вины, суицидальными мыслями, суточными изменениями настроения (с улучшением настроения во второй половине дня).

Объективная оценка тяжести депрессии у этих пациентов отражала наличие умеренной степени тяжести состояния (27,4±2,1 балла по шкале MADRS), что соответствовало субъективной оценке, которая также достигала уровня умеренной степени (20,0±3,5 балла по опроснику депрессии Бека).

Анализ феноменологической структуры депрессии продемонстрировал наличие выраженного двигательного компонента в проявлениях депрессивного эпизода при рассеянном склерозе в виде заторможенности движений, речи, мимики у 85,7% обследованных и двигательного беспокойства у 31,4% больных.

Значительную выраженность в проявлениях депрессивного эпизода имели и когнитивные нарушения, которые проявлялись преимущественно в виде нарушений памяти (91,4%) и снижении уровня концентрации внимания (85,7%). В идеаторной сфере у паци-

ентов данной группы преобладали идеи малоценности (80,0%). Подобный характер когнитивных расстройств свидетельствовал о выраженности аффективной патологии наряду с органическим (демиелинизирующим) процессом.

Поведенческие расстройства у больных депрессивным эпизодом при рассеянном склерозе регистрировались преимущественно в виде ухудшения коммуникативных функций (82,9%).

В структуре эмоциональных проявлений у больных данной группы с наибольшей частотой встречались эндогенные эквиваленты депрессивного расстройства: суточные колебания настроения (91,4%), безразличие (77,1%), тоска (71,1%), горе (скорбь) и отчаяние (68,6%).

Среди сомато-вегетативных расстройств у данной категории больных доминирующими были нарушения аппетита (80,0%), нарушение сна (77,1%), снижение массы тела (74,3%), запоры (71,4%).

Таким образом, в качестве основных этиопатогенетических факторов формирования депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом были выделены: наследственная отягощенность психическими расстройствами аффективного регистра, преморбидные личностные особенности «аффективного спектра» (дистимические, циклотимические и интровертированные), хронический характер психогенных воздействий, длительность демиелинизирующего процесса 6–10 лет, рекуррентно-ремитирующий тип течения и спинальная форма рассеянного склероза

Клинико-психопатологическая характеристика данной группы пациентов включала: доминирование синдрома тоскливой (меланхолической) депрессии, умеренной тяжести; соответствие субъективной и объективной оценки тяжести состояния; наличие выраженных двигательных, когнитивных и идеаторных расстройств; ухудшение коммуникативных функций; эндогенный характер эмоциональных (тоска, безразличие, горе, отчаяние, суточные колебания настроения) и сомато-вегетативных расстройств (нарушение сна, аппетита, снижение массы тела, запоры).

Рекуррентное депрессивное расстройство у больных рассеянным склерозом (ГЗЗ.0–ЗЗ.2).

Наследственная отягощенность психической патологией при рекуррентном депрессивном расстройстве регистрировалась у 89% больных, из них в 75,0% случаев наследственность была отягощена аффективными расстройствами. В преморбиде больных данной группы наблюдалось преобладание дистимических (84,4%), циклотимических (48,4%) и интровертированных (37,5%) личностных особенностей. Наличие психогенных факторов фиксировалось в 54,6% случаев, наиболее часто встречающимися среди них были: собственная болезнь (39,1%), ухудшение материально-бытового состояния (32,8%), сексуальные проблемы (32,8%), угроза или потеря социального статуса (28,1%). В преобладающем большинстве (84,4%) психогении имели хронический характер. Рекуррентное депрессивное расстройство регистрировалось преимущественно у пациентов со спинальной формой рассеянного склероза (70,3%), ремитирующе-рецидивирующем типе его течения (92,2%) и длительностью течения демиелинизирующего процесса от 6 до 10 лет (76,6%).

В синдромальной структуре депрессии у этих больных чаще встречались тоскливая (меланхолическая) депрессия (46,9%) и апато-адинамическая депрессия (34,4%). Регистрировалась умеренная степень тяжести депрессии ($28,0 \pm 1,9$ балла по шкале Монтгомери-Асберга), что соответствовало субъективной оценке пациентов ($21,9 \pm 2,0$ баллов по опроснику депрессии Бека).

Анализ феноменологической структуры депрессий продемонстрировал наличие у 68,7% больных двигательных нарушений в виде заторможенности движений, речи, мимики, у 29,7% было отмечено двигательное беспокойство.

У больных данной группы часто встречающимися были идеаторные нарушения (79,7%), которые проявлялись в виде идей малоценности; и когнитивные расстройства в виде снижения памяти (76,6%) и уровня концентрации внимания (71,9%). Также отмечались трудности в принятии решений (26,6%) и ипохондрические расстройства (21,9%).

Поведенческие расстройства у данных больных проявлялись преимущественно в виде ухудшения коммуникативных функций, что наблюдалось у 75,0% больных. Ананкастные расстройства регистрировались у 32,8%, обсессивно-компульсивные у 21,9% обследованных.

Эмоциональные нарушения были широко представлены в данной группе обследованных и отражали эндогенный регистр патологии: проявлялись в виде суточных колебаний настроения (95,3%), отчаяния (81,3%), тоски (76,6%), безразличия (70,3%) и печали (68,8%).

Среди сомато-вегетативных симптомов у больных рекуррентным депрессивным расстройством при рассеянном склерозе также преобладали эндогенные эквиваленты: запоры (85,9%), нарушение аппетита (82,8%), снижение массы тела (79,7%), нарушение сна (76,6%). У 50% обследованных данной группы регистрировались нарушения сердечно-сосудистой системы, у 32,8% – нарушения дыхательной системы, у 37,5% – сексуальные нарушения.

Таким образом, этиопатогенетические факторы развития рекуррентного депрессивного расстройства у больных рассеянным склерозом включали наследственную отягощенность аффективными расстройствами, доминирование преморбидных личностных особенностей «аффективного регистра», влияние хронических психогенных факторов, наличие ремитирующе-рецидивирующего типа течения и спинальной формы демиелинизирующего процесса, а также длительность заболевания рассеянным склерозом 6–10 лет.

Клинико-психопатологические особенности рекуррентного депрессивного расстройства при рассеянном склерозе заключались в доминировании тоскливого (меланхолического) и апато-адинамического вариантов депрессивного синдрома умеренной степени тяжести; преобладании в структуре депрессивного расстройства двигательной заторможенности, идеаторных расстройств (идей малоценности), когнитивных нарушений (снижения памяти и внимания); наличии нарушений коммуникативных функций; эмоциональных расстройств (суточные колебания настроения, отчаяние, тоска, безразличие и печаль) и сомато-вегетативных проявлений (запоры, нарушение аппетита, снижение массы тела, нарушение сна) эндогенного характера.

В целом, представленные данные свидетельствуют об общности факторов этиопатогенеза и клинико-психопатологических проявлений у больных депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством при рассеянном склерозе. Особенности феноменологической структуры депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства при рассеянном склерозе отражают их двойственный генез: с одной стороны обусловленный органическими (демиелинизирующим) процессом, с другой – эндогенным аффективным процессом.

Органическое депрессивное расстройство у больных рассеянным склерозом (F06.32).

Наследственная отягощенность психическими расстройствами у данных больных регистрировалась в 41,3%, среди факторов наследственной отягощенности преобладали расстройства личности в 18,8%. Перинатальная патология зафиксирована у 57,4% больных, невропатическая конституция – у 34,7% обследованных. В преморбиде больных этой группы преобладали педантичность (53,5%), тревожность (47,5%) и интроверсия (47,5%). Наличие психогенных факторов фиксировалось у 40,6% обследованных, среди которых преобладающими были: собственная болезнь (37,6%), ухудшение материально-бытового состояния (37,6%), угроза или потеря социального статуса (35,6%). У 79,2% пациентов психогении были хроническими. Органическая депрессия чаще встречалась у пациентов с цереброспинальной и церебральной формами рассеянного склероза (48,5%) и (47,5%), при вторично прогрессирующем типе течения (69,3%) и длительностью основного заболевания свыше 10 лет.

Анализ синдромальных вариантов депрессии у больных с органическим депрессивным расстройством при рассеянном склерозе продемонстрировал преобладание апато-адинамической (55,4%) депрессии. Больные с апато-адинамическим вариантом депрессии характеризовались снижением побуждений, заторможенностью и адинамией в моторике, апатией. Апатический радикал проявлялся чувством нереализованности, бесперспективности, безнадёжности, безразличия и равнодушия. Волевые побуждения были резко снижены.

Объективная оценка выраженности депрессии свидетельствовала о ее тяжести (39,4±6,3 баллов по шкале Монтгомери-Асберга). При этом пациенты, как правило, недооценивали тяжести своего состояния, оценивая депрессию как умеренно тяжелую (19,3±2,7 баллов по опроснику Бека).

В феноменологической структуре депрессивной симптоматики среди двигательных расстройств преобладали заторможенность движений, речи, мимики, вплоть до полной адинамии, которые встречались в 78,2% случаев, двигательное беспокойство регистрировалось у 31,7% пациентов.

Когнитивные нарушения у больных данной группы характеризовались выраженностью и множественностью, среди них преобладали нарушения памяти (91,1%), ригидность мышления (85,1%), снижение уровня концентрации внимания (82,2%) и трудности в принятии решений (73,3%). Помимо значительного снижения когнитивных функций фиксировались также идеаторные нарушения в виде идей малоценности (48,5%).

Основным поведенческим расстройством у данных больных выступало ухудшение коммуникативных функций (86,1%).

Эмоциональные расстройства у пациентов данной группы проявлялись в виде безразличия (76,2%), тоски (75,2%), постоянного ощущения усталости (72,3%) и ангедонии (71,3%), что представляло собой эмоциональную составляющую апато-адинамического варианта органической депрессии.

Сомато-вегетативные расстройства проявлялись в виде головных болей (56,4%), нарушений сердечно-сосудистой системы (52,5%), нарушений дыхания (48,5%) и вегето-висцеральных кризов (39,6%).

Таким образом, в соответствии с данными исследования, в генезе органических депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом важная роль принадлежала перинатальной патологии, наличию церебральной и цереброспинальной форм рассеянного склероза, вторично прогрессивного типа течения и длительности демиелинизирующего процесса свыше 10 лет.

Клинико-психопатологические особенности органических депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом заключались в преобладании апато-адинамического синдрома, выраженной степени тяжести; наличии в феноменологической структуре депрессивной симптоматики двигательных расстройств в виде заторможенности движений, речи, мимики, вплоть до полной адинамии; выраженных нарушений познавательных процессов (снижения памяти и уровня концентрации внимания, ригидности мышления); поведенческих расстройств в виде ухудшения коммуникативных функций; «аффективности» органического типа и относительно «слабой» выраженности сомато-вегетативных проявлений.

Таким образом, депрессивные расстройства у больных рассеянным склерозом представляют собой полиморфную группу, которая различается по этиопатогенетическим механизмам формирования, клинико-психопатологическим характеристикам и патофизиологической взаимосвязи с демиелинизирующим заболеванием, что необходимо учитывать в диагностике, дифференциальной диагностике, терапии и профилактике данной патологии.

Список литературы

1. Баркова, Т.В. Депресії при хворобі Паркінсона (клініко-психопатологічні закономірності формування, принципи діагностики і терапії): дис. канд. мед. наук: 14.01.16/Т.В. Баркова.– Харьков, 2005.– 20 с.
2. Вознесенская, Т.Г. Депрессия в неврологической практике и ее лечение//Неврологический журнал. –2006. -№6. -С. 4–11.
3. Волошин, П.В. Клініко-психопатологічна структура депресій невротичного спектру/П.В. Волошин, Н.О. Марута, І.О. Явдак, Т.В. Панько, О.Є Семикина. та ін.//Архів психіатрії.– 2004.– Т. 10.– № 1 (36).– С. 80–84.
4. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение)/А.М. Вейн Т.Г. Вознесенская, В.А. Голубев, Г.М. Дюкова. –3-е изд. перераб. и доп. – М.: МИА, 2007. –197 с.
5. Марута Н.А., Мамчур А.И. Юрьева А.Н. Депрессии в общемедицинской практике//Справочное пособие для врачей первичной медико-санитарной сети.– Киев, 2009.– 20 с.
6. Михайлов Б.В. Проблема депрессий в общесоматической практике//Международный медицинский журнал.– 2003.– Т. 9, № 3.– С. 22–27.
7. Смулевич А.Б. Терапия депрессий как приоритетная проблема медицины XXI века.- Неврология и психиатрия.– М., 2006. (серия РАС)
8. Kanner A. M. Depression in Neurological Disorders/A. M. Kanner.– Chicago, Lundbeck Institute, 2005.– 161 p.
9. Kutcher S., Chehil S. Suicide Risk Management/S. Kutcher, S. Chehil.– Halifax. Lundbeck Institute, 2007.– 134p.
10. Tondo, L. Suicide prevention: Updated findings/L. Tondo//Abstract of the 16th Congress of the European Psychiatry.– 2008.– Vol.23, suppl. 2.– S. 34.03.

Оригинальные статьи

**ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ
(КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ)**

Марута Н. А., Данилова М. В.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Обследовано 367 больных рассеянным склерозом. Из них основную группу составили 238 больных с депрессивными проявлениями, контрольную – 129 больных без депрессивных расстройств. На основании сравнительного анализа двух групп выделены основные этиопатогенетические факторы формирования депрессивной патологии при рассеянном склерозе. Проанализированы клинико-психопатологические особенности и механизмы формирования конкретных клинических форм депрессивных расстройств, в результате чего разработаны дифференциальные диагностические критерии депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом.

Ключевые слова: рассеянный склероз, депрессивные расстройства, этиопатогенетические факторы, клинико-психопатологические особенности, дифференциальные критерии

**ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ
(КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ)**

Марута Н. О., Данилова М. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Обстежено 367 хворих на розсіяний склероз. З них основну групу склали 238 хворих з депресивними проявами, контрольну – 129 хворих без депресивних розладів. На підставі порівняльного аналізу двох груп виділені основні етиопатогенетичні фактори формування депресивної патології при розсіяному склерозі. Проаналізовані клініко-психопатологічні особливості і механізми формування конкретних клінічних форм депресивних розладів, внаслідок чого розроблені диференційні діагностичні критерії депресивних розладів у хворих на розсіяний склероз.

Ключові слова: депресивні розлади, розсіяний склероз, етиопатогенетичні фактори, клініко-психопатологічні особливості, диференційні критерії

**DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS
(CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES AND MECHANISMS OF FORMATION)**

N. O. Maruta, M. V. Danylova

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

Three hundreds sixty seven patients with multiple sclerosis were examined. The main group consisted of 238 patients with depressive features, and the control group consisted of 129 patients without depressive disorders. On the base of a comparative analysis of the both groups the main etiopathogenic factors of depressive pathology formation in multiple sclerosis were defined. Clinical-psychopathological peculiarities and mechanisms of formation of specific clinical forms of depressive disorders had been analyzed, and this resulted in working out of differential criteria for diagnosis of depressive disorders in patients with multiple sclerosis.

Key words: multiple sclerosis, depressive disorders, etiopathogenic factors, clinical-psychopathological peculiarities, differential criteria

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

В. В. Огоренко

Днепропетровская государственная медицинская академия

Опухоли головного мозга характеризуются достаточно ранними клиническими проявлениями. Во многих случаях психопатологические нарушения становятся первыми и наиболее ранними проявлениями онкологической патологии. Одной из причин поздней диагностики является не только низкая нейроонкологическая настороженность врачей – интернистов, психотерапевтов и психиатров, но и недостаточная изученность ранних психопатологических проявлений опухолей головного мозга. Исследованы ранние непсихотические психопатологические феномены как проявления формирования новообразований головного мозга. Установлены полиморфизм и синдромальная незавершенность большинства нарушений. Выявлены определенные различия и особенности симптомокомплексов не только в зависимости от локализации, но и от признака злокачественности/доброкачественности опухолевого процесса. Полученные результаты могут быть использованы в клинической практике в качестве дополнительных критериев на этапах дифференциальной диагностики опухолей головного мозга.

Ключевые слова: опухоль головного мозга, непсихотические психопатологические симптомы, преморбидные личностные акцентуации, вегетативные расстройства, психопатоподобные нарушения.

Введение. Психические расстройства при опухолях головного мозга (ОГМ) многообразны, это почти все описанные в психиатрии продуктивные и негативные синдромы. Являющиеся хрестоматийными данные о психопатологических нарушениях, сопровождающих новообразования головного мозга [1; 2; 3; 4], в большинстве своем касаются клинически манифестировавших очаговыми либо общемозговыми синдромами случаев. Хорошо известно, что ОГМ, особенно злокачественные, в силу особенностей роста, характеризуются достаточно ранними клиническими проявлениями; современные методы нейровизуализации позволяют достаточно точно установить наличие опухоли. Вместе с тем в нейрохирургические клиники больные чаще всего поступают с опухолями больших размеров, нередко в состоянии субили декомпенсации [5; 6]. Зачастую психопатологические нарушения становятся первыми и наиболее ранними проявлениями онкологической патологии – формирование опухолей, локализующихся в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния, по данным разных авторов, в 40–100% случаев [5; 6; 7; 8]. Одной из причин поздней диагностики является не только низкая нейроонкологическая настороженность врачей – интернистов, психотерапевтов и психиатров, к которым чаще всего в начале заболевания больные обращаются самостоятельно либо направляются на консультацию, но и недостаточная изученность ранних психопатологических проявлений опухолей головного мозга.

Цель исследования – изучение психопатологических феноменов непсихотического регистра у больных с первичными опухолями головного мозга и исследование их клинико-диагностической значимости в аспекте ранней диагностики и оказания специализированной помощи.

Материалы и методы. Обследовано 250 больных первичными опухолями головного мозга. Отбор в исследуемую группу проводился на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в предоперационном периоде. В выборку вошли пациенты без преморбидного отягощения психическими расстройствами и расстройствами поведения, с отсутствием сопутствующих болезней нервной системы и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной системы, без нарушений сознания и признаков гипертензионно-дислокационного синдрома. Первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные опухоли лобной, височной и теменной локализаций диагностированы больным на окончательном этапе стационарно и верифицированы результатами результатами магнитно-резонансной либо эмиссионно-позитронной томографии, а также данными патогистологического исследования операционного материала. Психопатологические расстройства изучены непосредственно при психиатрическом обследовании, проведенного клиническим методом

(изучение анамнеза, клинический респрос и наблюдение) с использованием объективных данных из доступной медицинской документации, с добровольного согласия пациентов; для стандартизации при обследовании использовался опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R).

Результаты исследования и обсуждение. У всех больных, включенных в выборку, на начальном этапе диагностического процесса психические расстройства предшествовали либо сочетались с минимально выраженной неврологической симптоматикой, что послужило причиной увеличения продолжительности диагностического периода. В более чем 97% наблюдений ранние клинические проявления опухолей головного мозга были представлены психопатологическими синдромами непсихотического регистра, на момент диагностики новообразования мозга непсихотический уровень расстройств сохранился практически в 80% наблюдений. Используя кроме клиничко-психопатологического клиничко-анамнестического метод, в структуре данного исследования представилась возможность проанализировать клиническую симптоматику и ее динамику на протяжении всего диагностического периода, включая период инциальных проявлений опухолевого процесса.

Преморбидные личностные акцентуации не выявлены у 20% обследованных. Анализ психопатологической симптоматики, послужившей причиной первичного обращения за помощью в изученной выборке, свидетельствует о преобладании на синдромальном и симптоматическом уровнях невротических состояний (астенического и ипохондрического) и непсихотических расстройств настроения (преимущественно депрессивных), а также изменений личности. Содержанием психопатологических симптомов инициального периода объясняется высокий процент самостоятельного первичного обращения за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью (в 71,12% случаев).

Изучение структуральных особенностей и закономерностей распределения частот ранних симптомов психических нарушений непсихотического регистра в изученной выборке больных в целом по группе выявило преобладание в синдромальной структуре аффективных, астенических и неврозоподобных расстройств, феноменология которых зависела от признаков злокачественности/доброкачественности и локализации опухолевого процесса. При лобной локализации аффективные нарушения в большинстве наблюдений представлены атипичными депрессивными синдромами со стойкими инсомническими и вегетативными расстройствами, при этом для злокачественных опухолей характерной особенностью депрессивных состояний было отсутствие в большинстве наблюдений тревожного компонента, а также ипохондрического синдрома. Непсихотические аффективные расстройства характеризовались атипичными депрессивными синдромами (адинамической субдепрессией с преобладанием вялости, отсутствия желаний, тоской без витального компонента, переживаемой как безразличие; астено-субдепрессивным симптомокомплексом – нерезко выраженной тоской с ощущением потери жизненного тонуса, психической утомляемостью, слабостью, сочетавшихся с гиперестезией, эмоциональной лабильностью, рассеянностью внимания). Во всех случаях аффективные нарушения сопровождались стойкими инсомниями. Типологически однородные психопатологические симптомокомплексы в форме типичного субдепрессивного синдрома выявлены только в 1 случае: слабо выраженная тоска с оттенком скуки, подавленности, гипобулия и замедление ассоциативного процесса при полной сохранности критики к своему состоянию. При височной и теменной локализации в структуре аффективной патологии нами наблюдались только гипотимические состояния, которые в 23,4% наблюдений были представлены типичным субдепрессивным синдромом; остальные случаи характеризовались клинически симптомокомплексами тоскливо-депрессивных и тревожно-депрессивных состояний, не достигавших уровня завершеного депрессивного синдрома: отсутствие двигательной заторможенности, сужение круга ассоциаций; тревожный компонент сопровождался непреходящим ощущением напряжения; стойкие нарушения сна отмечены лишь в 69,7% наблюдений в виде пресомний и частых ночных пробуждений с наплывами устрашающих сновидений, носивших четкий пароксизмальный характер с вегетативным компонентом. В остальных случаях нарушения сна были эпизодическими, но у всех больных отмечалось нехарактерное для них ранее отсутствие сновидений, а также отсутствие чувства отдыха после сна.

Неврозоподобный регистр в исследованной выборке представлен полиморфными и переменными компонентами неврастенического, обсессивно-фобического и истерического симптомокомплексов, возникновению которых в большинстве наблюдений предшествовали четко очерченные астенические состояния. Астенические состояния включали эмоционально-гиперестетические расстройства. Особенность «астенической» головной боли

заклучалась в перманентности с полиморфизмом и меняющейся интенсивностью проявлений, отсутствием четкой локализации и зависимости от умственного утомления. При лобной локализации 76,3% наблюдений астенических состояний с нарушениями формулы сна, астенопией и оптической гиперестезией в течение непродолжительного времени приобретали апато-абулический характер. Истерический симптомокомплекс при локализации новообразований в лобных долях характеризовался выраженной конверсионной симптоматикой с ситуационной зависимостью появления и степени выраженности, нарушения сна (ранняя и средняя инсомния) носили облигатный характер. Интересно, что при злокачественных опухолях лобной локализации не наблюдались обсессивно-фобические синдромы. Во всех случаях наблюдений синдромов невротоподобного уровня при лобной локализации появление первых психопатологических симптомов все больные связывали с психотравмирующими ситуациями, однако в последующем симптоматика быстро «отрывалась» от психогении. Психопатология невротоподобного регистра при височной локализации только при доброкачественных опухолях характеризовалась синдромально структурированными неврастеническими, деперсонализационными и тревожно-фобическими состояниями; при злокачественных новообразованиях астения носила выраженный преимущественно физический характер, сопровождалась пассивностью, нарастанием депрессивного типа реагирования на какие-либо личностно значимые изменения жизненной ситуации; отчетливо выраженной тревогой не отмечалось, в состоянии больных преобладала растерянность; наблюдавшиеся деперсонализационно-дереализационные расстройства отличались кратковременностью. Невротоподобный регистр психопатологических расстройств при теменной локализации более чем в 40% наблюдений характеризовался полиморфными и синдромально не завершенными компонентами обсессивно-фобического, истерического и деперсонализационно-дереализационного симптомокомплексов; к особенностям невротоподобных психопатологических расстройств при теменной локализации относились также облигатные инсомнии и выраженные вегетативные нарушения.

Для дебюта первичных опухолей головного мозга психопатоподобными расстройствами характерно как появление клинического радикала, коррелирующего с ведущими свойствами преморбиды, так и возникновение симптомов психопатоподобного регистра вне связи с характерологическими особенностями личности. Эти проявления изначально расценивались как реакции адаптации, так как по времени возникновения совпадали с актуальными негативными стрессовыми событиями жизни пациентов.

Таким образом, проведенное исследование позволяет утверждать о наличии ранних психопатологических феноменов как проявлений формирования новообразований головного мозга. Для большинства непсихотических нарушений характерен полиморфизм и синдромальная незавершенность. Вместе с тем, выявлены определенные различия и особенности симптомокомплексов не только в зависимости от локализации, но и от признака злокачественности/доброкачественности опухолевого процесса. Полученные результаты могут быть использованы в клинической практике в качестве дополнительных критериев на этапах дифференциальной диагностики опухолей головного мозга.

Список литературы:

1. Абашеев-Константиновский А. А. Психопатология при опухолях головного мозга. – М. – 1973.
2. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. – М. – 1973.
3. Гринберг Д., Аминофф М., Саймон Р. Клиническая неврология. – М. – 2004.
4. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. – М. – 2006.
5. Улитин А. Ю., Олюшин В. Е., Поляков И. В. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Санкт-Петербурге. // Журн. Вопр. нейрохирургии. – 2005. – 1. – С. 6–12.
6. Медяник И. А., Фраерман А. П. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 12. – С. 71–74.
7. Olson, J. D. et al. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma // J. Neurol. – 2000. – Vol. 54. – P. 1442–1448.
8. Слезкина Л. А., Евдокимова Г. А., Лапина Г. М. Клинические особенности опухолей головного мозга. // Неврологический вестник. – 2004. – Т. XXXVI, вып. 1–2 – С. 86–89.

В. В. Огоренко

Дніпропетровська державна медична академія

Пухлини головного мозку характеризуються достатньо ранніми клінічними проявами. В багатьох випадках психопатологічні порушення стають першими та найбільш ранніми проявами онкологічної патології. Однією з причин пізньої діагностики являється не тільки низька нейроонкологічна настороженість лікарів – інтерністів, психотерапевтів та психіатрів, але й недостатня вивченість ранніх психопатологічних проявів пухлин головного мозку. Вивчені ранні непсихотичні психопатологічні феномени як прояв формування новоутворень головного мозку. Встановлені поліморфізм та синдромальна незакінченість більшості порушень. Виявлені деякі відмінності та особливості симптомокомплексів не тільки в залежності від локалізації, але й від ознаки злоякісності/доброякісності пухлинного процесу. Отримані результати можуть бути використані в клінічній практиці в якості додаткових критеріїв на етапах диференціальної діагностики пухлин головного мозку.

Ключові слова: пухлина головного мозку, непсихотичні психопатологічні симптоми, преморбідні особистісні акцентуації, вегетативні розлади, психопатоподібні порушення.

V. V. Ogorenko

Dnipropetrovsk state medical Academy

Brain tumors are characterized with rather early clinical display. In many cases psychological infringement become first and the earliest display of oncological pathology. One of the reasons of later diagnosis is not only low neurooncological vigilance of doctors – interns psychotherapist and psychiatrist, but also inappropriate study of earlier psychopathological display of brain tumors. Studied earlier nonpsychotic psychopathological phenomenon like display of brain tumors. Found out polivariety and syndrome unfinished of most of infringements. Some differences and features of symptomcomplexes depends not only on localization, but also on sign of tumor process type are revealed. Results can be used in clinical practice as additional criteria on differential diagnosis of brain tumors.

Key words: brain tumors, nonpsychotic psychopathological phenomenon, psychopathological infringement, premorbid personal accentuations, vegetative infringement.

УДК 616.89–008.441.44

АНАЛІЗ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З АНГЕДОНІЄЮ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

Н. М. Орлова

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Резюме: проведено аналіз суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію з ангедонією. Виявлено, що найбільш часто у таких пацієнтів спостерігалися зовнішні форми суїцидальної поведінки. Це вказує на серйозність та небезпечність можливих наслідків розвитку аутоагресивної поведінки у цієї групи хворих.

Ключові слова: аутоагресивна поведінка, параноїдна шизофренія, негативна симптоматика, постшизофренічна депресія, ангедонія, суїцид

В більшості наукових робіт останніх років висвітлюється зростання випадків аутоагресивної поведінки (АПП) серед населення. Згідно прогнозу ВООЗ на 2020 рік, приблизно 1,53 мільйона чоловік на планеті покінуть з життям, та ще більша кількість людей (в 10–20 разів більше) зроблять суїцидальні спроби (WHO, 1999). Це складає в середньому одну смерть кожні 20 секунд та здійснені суїцидальні спроби – кожні 2 секунди [1–3]. Ці дані відображають як величезний масштаб проблеми аутоагресивної поведінки, так і її серйоз-

ність [4,5]. Щорік тільки в нашій країні добровільно гине 14,5 тисяч чоловік [6,7]. Постійне зростання рівня ААП обумовлює поглиблене вивчення цієї проблеми в різних країнах, розробку програм з боротьби з аутоагресією.

А.Г. Амбрумова і В.А. Тихоненко (1980) [8] під аутоагресивною поведінкою розуміли дії, що направлені на нанесення якогось збитку своєму соматичному або психічному здоров'ю. Аутоагресивна поведінка виявляється у 10–15% психічно хворих. До основних видів психічної патології, що її викликають, відносяться афективні розлади, розлади особистості, шизофренія. Ангедонія може спостерігатися при всіх цих психічних розладах, зокрема при шизофренії.

Актуальність проблеми ААП у хворих на шизофренію з ангедонією обумовлена зростанням частоти суїцидальних спроб серед даного контингенту хворих. В роботах іноземних дослідників широко висвітлюється проблема суїцидальної активності у пацієнтів з ангедонією з супутньою соматичною та психічною патологією, що коливається в межах від 7% до 43%. [9–11]. WS. Fenton зі співавт. (1997) [12] у 40% хворих на шизофренію з негативною симптоматикою зафіксували суїцидальні наміри, у 23% спостерігалися суїцидальні спроби і у 6,4% завершений суїцид. Серед негативною симптоматики вони виділяли ангедонію, сплещений афект, соціальну і емоційну відгородженість.

Однак не проводився аналіз ААП у такого контингенту психічно хворих та залишаються маловивченими особливості мотивації аутоагресії у хворих на шизофренію з ангедонією.

Аутоагресивна поведінка включає в себе 2 поняття – суїцидальна поведінка та аутодеструктивна поведінка. Суїцидальна поведінка – це усвідомлена дія, що направлена на добровільне позбавлення життя. Вона має внутрішні (висловлювання аутоагресивного змісту, натяки, висловлювання думок відносно бажання піти з життя, які не супроводжуються будь-якими діями, реально спрямованими на позбавлення себе життя) і зовнішні форми (саме аутоагресивні дії, як суїцидальні наміри та приготування, демонстративно-шантажні суїцидальні спроби, справжні суїцидальні спроби) суїцидальних проявів. Аутодеструктивна же поведінка – навмісні дії (навмісні поступки при неусвідомленні можливості смертельного ісходу їхнього результату), наслідком яких є фізичне чи психічне порушення особистості, що немає усвідомленої мети позбавлення себе життя [8].

Метою дослідження був аналіз суїцидальних проявів у хворих на параноїдну шизофренію та постшизофренічну депресію, в клінічній картині яких спостерігалась ангедонія.

Матеріал та методи: До груп обстеження включалися пацієнти (за даними клініко-психопатологічного дослідження), у яких були негативні прояви шизофренії, депресивний синдром в структурі шизофренії. Наступною пріоритетною групою вважалися пацієнти з депресивним синдромом різної нозологічної приналежності.

Визначення ангедонії проводилось по загальноприйнятій шкалі, яка дозволяє визначити рівень ангедонії та подивитися її клінічні складові (Snaith-Hamilton, 1995). За цією шкалою наявність ангедонії визначається за сумою балів 14–39, та відсутність ангедонії – 40 та більше балів. Суїцидальна поведінка оцінювалась за шкалою оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (2003) та за анкетною для оцінки суїцидального ризику Н.М. Бугаєвої (1997).

З метою аналізу ААП було досліджено 157 хворих з ангедонією. Всі пацієнти дали згоду на проведення дослідження. Серед хворих було виділено 49 (31,21%) пацієнтів, що скоїли суїцид в минулому або на момент госпіталізації.

Результати дослідження: При дослідженні клініко-нозологічної приналежності суїцидентів з ангедонією виявили, що 73,47% пацієнтів мали діагнози, що класифікувалися в рубриці F 2 за МКХ-10. З них 44,90% пацієнтів страждали на постшизофренічну депресію (ПШД) – F 20.4 і 28,57% на параноїдну шизофренію з переважанням негативною симптоматики (НШ) – F 20.0. 26,53% склали суїциденти з депресивними розладами різної нозологічної приналежності (ДР): F 32.2; F 33.2; F 33.3. Ця група стала групою порівняння. (рис. 1).

Серед всіх пацієнтів з ангедонією в групі ПШД питома вага суїцидальних спроб складала 36,66% (22 особи), в групі НШ – 23,33% (14 осіб), та в групі ДР – 35,14% (13 осіб) (табл. 1). Серед пацієнтів з депресивним розладом та постшизофренічною депресією спостерігалась більш виражена суїцидальна налаштованість, аніж серед пацієнтів з параноїдною шизофренією з переважанням негативною симптоматики. То б то наявність депресивного афекту у пацієнтів з шизофренією сприяло суїцидальним вчинкам та думкам.

Оригинальные статьи

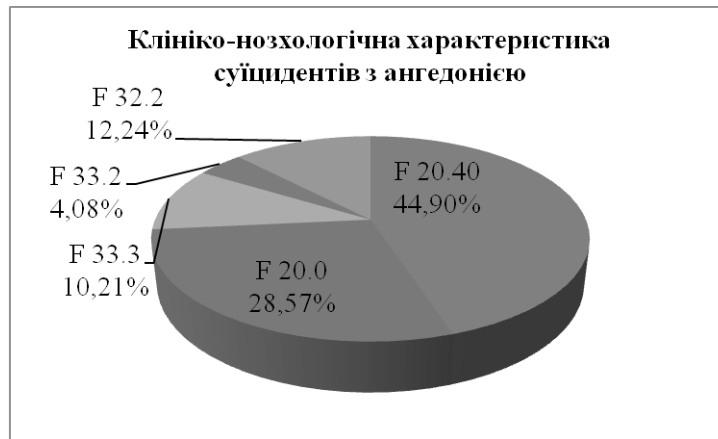


Рис. 1. Клініко-нозологічна характеристика суїцидентів з ангедонією.

Таблиця 1

Суїцидальна поведінка у пацієнтів з ангедонією (n=157)

Суїцидальна поведінка	Групи					
	ДР (n=37)		ПШД (n=60)		НШ (n=60)	
	N	%	N	%	N	%
Присутня	13	35,14	22	36,66	14	23,33
Відсутня	24	64,86	38	63,34	46	76,67

Серед суїцидентів переважали чоловіки 26 осіб (53,06%), ніж жінки 23 (46,94%). Вік хворих коливався у жінок – від 19 до 56 років (середній вік $36,52 \pm 2,30$ років), у чоловіків – від 19 до 53 років (середній вік $32,23 \pm 1,54$ років). Тривалість хвороби у жінок від 3 міс. до 30 років (середня тривалість хвороби $8,79 \pm 1,87$ років), у чоловіків – від 6 мес до 21 років (середня тривалість хвороби $6,65 \pm 0,98$ років). То б то найбільш серйозні суїцидальні наміри мали чоловіки працездатного віку (21–40 років) у всіх групах дослідження, з тривалістю психічної хвороби, що не перевищувала 7 років. Жіноча суїцидальна активність спостерігалася в середньому віці 37 років з тривалістю психічної патології біля 10 років.

Рівень ангедонії в середньому у всіх жінок – $20,91 \pm 1,34$ балів, у всіх чоловіків – $21,61 \pm 1,18$ балів, то б то як у жінок так і у чоловіків спостерігалась виражена ангедонія. Середній рівень ангедонії серед всіх суїцидентів $21,26 \pm 1,26$ балів, що відповідає вираженому ступеню.

Найбільш неблагоприємна симптоматика для скоєння суїциду була в групі хворих з постшизофренічною депресією. В цій групі пацієнтів наявність ангедонії достовірно вказувала на суїцидальні думки ($p < 0,01$; $r = 0,598$). Хворі скаржились на втому від життя, висловлювали суїцидальні думки, розробляли план суїциду.

Серед суїцидентів з ангедонією 39 осіб (79,59%) мали суїцидальні спроби та 10 осіб (20,41%) висловлювали суїцидальні думки.

При оцінці тяжкості суїциду за шкалою Колумбійського університету виявили, що всі обстежені мали бажання померти, активні неспецифічні думки про смерть спостерігались у 48 пацієнтів (97,95%); активні суїцидальні ідеї, включаючи роздуми про спосіб самогубства (але не про план), за відсутністю наміру діяти спостерігались у 6 осіб (12,24%). Активні суїцидальні ідеї, включаючи деякий намір діяти, за відсутності конкретного плану мали 43 особи (87,76%), проте активні суїцидальні думки з конкретним планом, які повністю або частково пропрацьовано, та деякий намір здійснити цей план не спостерігалось у жодного пацієнта. Тобто суїцидальні спроби мали спонтанний або імпульсивний характер (табл. 2).

Здійснена спроба самогубства спостерігалась у 39 осіб (79,59%, $p \leq 0,01$). Реальна смертність та фізичне пошкодження оцінювалось в середньому $2,64 \pm 0,08$, що характеризується як пошкодження помірної важкості з необхідною медичною допомогою, так як реєструвалась сонливість, часткова реакція на зовнішні подразники, кровотечі з судин і таке інше.

Оцінка тяжкості суїциду за шкалою Колумбійського університету (n=49)

Пункти шкали	Групи					
	ДР (n=13)		ПЩД (n=22)		НШ (n=14)	
	N	%	N	%	N	%
Суїцидальні ідеї:						
Бажання померти	13	100	22	100	14	100
Активні неспецифічні думки про самогубство	13	100	22	100	13	92,85
Активні суїцидальні ідеї, включаючи роздуми про спосіб самогубства (але не про план) за відсутності наміру діяти	1	7,69	4	18,18	1	7,14
Активні суїцидальні ідеї, включаючи деякі наміри діяти, за відсутності конкретного плану	12	92,31	18	81,82	13	92,86
Активні суїцидальні ідеї з конкретним планом та наміром	0	-	0	-	0	-
Суїцидальна поведінка:						
Дійсна спроба самогубства	9	69,23	18	81,81	12	85,71
Здійснена спроба самогубства	9	69,23	18	81,81	12	85,71

Внутрішні форми ААП – «вербальна аутоагресія» спостерігалися у 10 хворих (20,41%), причому внутрішні форми ААП відмічалися частіше у жінок (7 хворих – 70%), ніж у чоловіків (3 хворих – 30%).

Зовнішні форми – «фізична аутоагресія» – у 39 пацієнта (79,59%) (рис. 2). Серед останніх найбільш питому вагу складали самоотруєння (15 хворих, 38,52%) та колото-різані поранення (10 хворих – 25,64%). Меншу частку складали самоповішення (5 хворих – 12,8%) та падіння з висоти (4 хворих – 10,24%), падіння під рухомий транспорт (4 хворих – 10,24%) та втоплення (1 хворий – 2,56%). При цьому жінки достовірно частіше вдавалися до самоотруєнь (66,66% проти 33,34% чоловіків, $p < 0,01$), а чоловіки до колото-різаних поранень (80% проти 20% у жінок, $p < 0,01$). У той же час висока вага самоотруєнь серед жінок складала 43,47% та колото-різаних поранень у чоловіків – 30,76%. Отже, ці засоби були найбільш вживаними для скоєння аутоагресії дослідженими хворими.

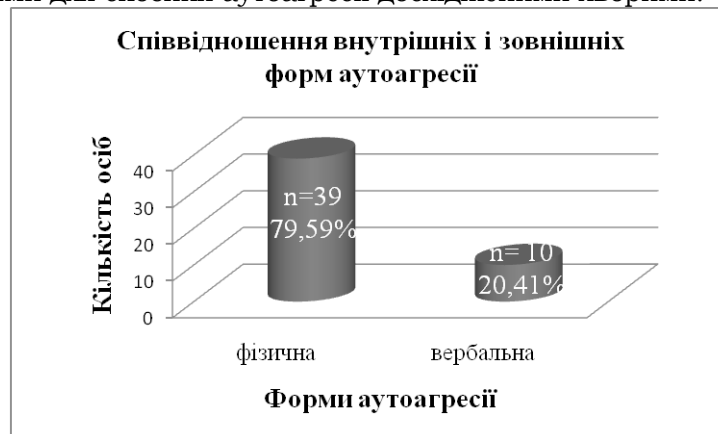


Рис. 2. Співвідношення внутрішніх та зовнішніх форм суїцидальної поведінки.

З метою отруєння хворими, як правило, використовувались лікарські препарати – медикаментозні отруєння спостерігалися у 13 хворих (4 чоловіки і 9 жінок) – 86,66% від усіх хворих з отруєннями. В абсолютній більшості випадків (13 хворих) використовувались препарати, які виписував лікар для підтримуючої терапії (нейролептики, бензодіазепінові транквілізатори, антидепресанти) – або самостійно, або в поєднанні з іншими медикаментами. Цьому могла сприяти велика кількість ліків, що накопичувалася у хворих вдома. Кількість прийнятих ліків залежала від серйозності аутоагресивних намірів – від більш ніж 100 таблеток до 5–6 таблеток. В 2 випадках (13,34%) хворі труїлися побутовою хімією – засобами від шурпів та тарганів.

Нанесення поранень гострими предметами (колото-різані рани) як засіб аутоагресії використовувався у 1/3 хворих чоловіків (8 хворих – 30,76%), і лише у 2 жінок (7,69%)

($p \leq 0,01$). Тяжкість цих поранень була дуже варіативною – від незначних порізів в ділянці вен передпліч, до важких і смертельно небезпечних – поранень ділянки шиї, проникаючих поранень грудної клітки та черевної порожнини.

Спроби самоповішання зустрічалися у 5 хворих (1 жінка і 4 чоловіка). Хворі були врятовані оточуючими. У всіх них спостерігалася відповідні травмизації.

Падіння з висоти спостерігалось у 4 хворих (1 жінка і 3 чоловіка). Всі вони отримали різного ступеню тяжкості політравми та струс мозку. Всі випадки падінь з висоти відбувалися з вікон або балконів квартир, де мешкали хворі, або з вікон інших приміщень.

Такий небезпечний аутоагресивний вчинок як падіння під рухомий транспорт спостерігався у 4 осіб (3 чоловіка і 1 жінка). Це призвело до відповідних травмизацій. Лише 1 хворий намагався покінчити з життям за допомогою утоплення, стрибнувши в воду з моста.

При аналізі сімейного та трудового статусу пацієнтів виявили таке розподілення: неодружені – 23 осіб, одружені – 17 осіб, розведені – 8 осіб, вдові – 1 особа; працюючі – 20 осіб, що навчаються – 4 особи, непрацюючі – 25 осіб. Таким чином наявність роботи та сім'ї може бути стримуючим чинником для суїцидальної спроби у таких пацієнтів.

Спадкова схильність до суїциду серед пацієнтів з ангедонією спостерігалась в 22,45% випадків, то б то у кожного 5-го пацієнта в роду були випадки суїцидальних спроб.

В ході дослідження були виявлені мотиви ААП, за думкою хворих, що виправдовують самогубство. Це, у порядку частоти: невиліковне захворювання – 18 осіб, «втома від життя» – 7 осіб, втрата близької людини, страх фізичних страждань та болю, страх безпорадності – по 4 особи, відкидання суспільством, відстоювання особистих принципів та переконань, шантаж – по 2 особи; житлові проблеми, старість, «непотрібність», почуття провини, самотність, відверте кохання – по 1 особі.

Висновки: Таким чином, у більшості досліджених хворих ААП мало зовнішні форми; найбільш частими засобами аутоагресії були самоотруєння антипсихотичними препаратами та поранення гострими предметами; нерідко спостерігалися випадки ААП з застосуванням важких, життєво небезпечних засобів (самоповішення, падіння з висоти та під рухомий транспорт). Це вказує на серйозність та небезпечність можливих наслідків розвитку ААП у хворих з ангедонією та потребує особливої уваги практичних лікарів до нагляду за такими хворими, що вже мали аутоагресивні епізоди у минулому або високий ризик її виникнення у теперішній час.

Література:

1. Bertolote J.M. Suicide in the world: an epidemiological overview 1959–2000. –
2. In: Suicide. An unnecessary death. Ed. Danuta Wasserman. – Martin Dunitz, London, 2001, p.3–10.
2. Bertolote J.M., Fleischman A. Suicide and mental disorders: do we know enough? *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183: 382–383
3. Суїцидальна поведінка в Україні: Епідеміологія, перспективи наукових досліджень, невідкладної і психологічної допомоги та психосоціальної реабілітації/О.М. Моховіков, О.Ю. Донець, В.А. Розанов, К.Д. Бабков//*Укр. вісник психоневрології*. – 1996. – Т. 4, вип. 3 (10). – с. 45–47
4. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния: Монография. – Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998. 164 с.
5. Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behavior//*Emerg.Med. (Fremantle)*. – 2002. – V.14, № 1. – P.35–42
6. Пилягина Г.Я. Актуальные проблемы суицидологии в Украине и пути их решения//*Журн.практ. врача*. – 1998. – № 6. – с. 2–6.
7. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я. К вопросу о необходимости организации суицидологической службы в Украине//*Український вісник психоневрології*. – 2002. – Т. 10, вип. 2. – С. 154–157.
8. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. –М., 1980. –42 с.
9. Loas G. Anhedonia and suicide: a 6.5-yr. follow-up study of patients hospitalised for a suicide attempt. *Psychol Rep.* 2007; 100 (1):183–90.
10. Loas G, Perot J.M., Chignague J.F., Trespalacios H., Delahousse J. Parasuicide, anhedonia, and depression. *Comprehensive Psychiatry*, September 2000, Vol.41, Issue 5, pp.369–372
11. Hendin H. The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management. *Am J Psychiatry*, Feb 2006; 163: 331.
12. Fenton WS., McGlashan TH., Victor BJ., Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 199–204

АНАЛИЗ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АНГЕДОНИЕЙ
ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Н. Н. Орлова

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев

Резюме: проведен анализ суицидального поведения больных с ангедонией при шизофрении. Выявлено то, что наиболее часто у таких пациентов наблюдались внешние формы суицидального поведения. Это указывает на серьезность и опасность возможных последствий развития аутоагрессивного поведения у таких пациентов.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, параноидная шизофрения, негативная симптоматика, постшизофреническая депрессия, ангедония, суицид.

THE ANALYZE OF SELF-AGGRESSION BEHAVIOR AT PATIENTS WITH ANHEDONIA
IN SCHIZOPHRENIA

N. Orlova

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse, Kiev

Summary: the suicidal behavior at patients with schizophrenia was analyzed. At majority of those patients visualized the external forms of suicidal behavior. It points us to seriousness and danger of possible consequences of development self-aggression at such patients.

Key words: self-aggression behavior, paranoid schizophrenia, negative symptoms, postpsychotic depression, anhedonia, suicide.

УДК: 616-006-06+616.89-008-02+61:340.63

**ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОНКОХВОРИХ
(за даними актів посмертних судово-психіатричних експертиз)**

С. С. Шум

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Резюме. В статті наведені результати аналізу судово-психіатричних експертиз онкохворих. Досліджено фактори, що мають важливе експертне значення при проведенні посмертних судово-психіатричних експертиз.

Ключові слова: онкохворі, психічні розлади, посмертні судово-психіатричні експертизи.

Вступ. За даними численних епідеміологічних досліджень онкопатологія часто супроводжується психічними розладами. Поширеність психічних розладів у хворих на рак залежить від локалізації онкологічного процесу, його стадії, перебігу, ускладнень та за різними даними становить від 23–52% до 92,3% [1, 2, 4]. Психічні розлади у хворих із злоякісними новоутвореннями можуть бути представлені порушеннями різного рівня (невротичного, психотичного) та різного ґенезу (соматогенного, психогенного, органічного, тощо) [2, 3].

Зростання захворюваності на рак і смертності від цього недугу безпосередньо відобразились на прирості кількості судово-психіатричних експертиз (СПЕ) у цивільному процесі, більшість з яких є посмертними. Посмертні СПЕ є одними з найскладніших видів психіатричних експертиз через відсутність особи, стосовно якої вирішуються питання її психічного стану [5, 6].

У цивільному процесі ретроспективне розв'язання питань щодо здатності раніше дієздатної померлої особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними регламентується ст. 225 ЦК України – «Правові наслідки вчинення правочину дієздатною фізичною особою, яка у момент вчинення не усвідомлювала значення своїх дій та (або) не могла керувати ними». У частині першій цієї статті зазначено що «правочин, який дієздатна фізична особа, вчинила у момент, коли вона не усвідомлювала значення своїх дій та (або) не могла керувати ними

(УЗСД та КН), може бути визнаний судом недійсним за позовом цієї особи, а в разі її смерті – за позовом інших осіб, чий цивільні права або інтереси порушені» [7].

Зміст даної статті свідчить, що дієздатна особа під впливом різних обставин і чинників могла перебувати у такому стані, який порушував її психічні функції настільки, що вона не була здатна правильно УЗСД та/або КН внаслідок дефекту інтелектуального та/або волевого компоненту психічного функціонування. З урахуванням того, що мова йде стосовно дієздатної особи, то стан, який позбавляв її здатності УЗСД та КН слід розцінювати як тимчасовий, внаслідок функціональних розладів психіки, порушення фізіологічних процесів в організмі під впливом нервових стресів, шоку від фізичної травми, алкогольного або наркотичного сп'яніння чи інших тяжких хворобливих станів, наприклад, онкологічних. Проте більш конкретного визначення «стану», який позбавляв дієздатну фізичну особу здатності УЗСД та КН немає.

При проведенні СПЕ онкохворих аналізу підлягає численна сукупність соматичних, психопатологічних, психологічних, ситуаційних факторів і станів у їх взаємозв'язку. Проте експертні підходи до оцінки психічних розладів у хворих з онкологічними захворюваннями невизначені, що обумовлює актуальність роботи.

Мета роботи – на основі вивчення актів посмертних СПЕ, проаналізувати існуючі судово-психіатричні підходи до визначення здатності осіб з онкологічними захворюваннями усвідомлювати значення своїх дій та/або керувати ними під час укладання цивільних правочинів, для подальшої розробки критеріїв експертної оцінки психічних розладів в онкохворих.

Матеріал і методи дослідження. У рамках даного дослідження було проаналізовано 146 актів СПЕ з одинадцяти областей України та з архіву Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології. Акти досліджувались методом судово-психіатричного аналізу із застосуванням статистичної обробки результатів.

Результати роботи та їх обговорення.

Розподіл актів СПЕ за експертними рішеннями виявив наступне:

- у 84 (57,5%) випадках особи з онкологічними захворюваннями на час укладання оспорюваних угод визнавалися такими, що могли УЗСД та КН;
- у 45 (30,8%) випадках не могли УЗСД та КН;
- у 13 (8,9%) випадках експерти не змогли прийняти рішення стосовно поставлених питань;
- у 4 (2,7%) випадках виносились рішення про такий психічний стан, який істотно впливав на здатність УЗСД та КН.

Враховуючи поодинокість актів, у яких виносились два останніх рішення, ретельному порівняльному аналізу підлягали акти СПЕ, в яких експертне рішення обумовлювало дієздатність (84–57,5%) або недієздатність (45–30,8%), з метою виявлення найбільш достовірних ознак, на яких ґрунтується експертний висновок щодо дієздатності осіб з онкопатологією.

За віком підекспертні двох порівнювальних груп суттєво не відрізнялись. Наймолодшою особою, стосовно якої посмертно вирішувались питання дієздатності, був чоловік, якому на час укладання оспорюваної угоди було 28 років, а найстаршому підекспертному виповнилось 83 роки. Загалом переважна більшість (71,3%) підекспертних з онкологічними захворюваннями на час укладання цивільних правочинів перебували у віці від 60 до понад 80 років, їх онкологічна патологія супроводжувалась тяжкими соматичними захворюваннями (77,5%) або неврологічними порушеннями (38,8%).

Максимальна тривалість онкозахворювання з моменту появи перших клінічних ознак раку до смерті становила 2,5 роки, але у подавляючій більшості осіб не перевищувала 12 місяців (72,1%). Тривалість життя з онкохворобою менше 3-х місяців спостерігалась у 51,1% випадків серед осіб, які не могли УЗСД та КН і 26,2% випадках серед осіб, дієздатність яких не була порушена ($p < 0,01$). Натомість серед останніх переважала кількість випадків тривалості онкохвороби понад 12 місяців (34,5% проти 15,6%, $p < 0,01$). Швидка плинність онкологічного процесу від появи перших клінічних ознак до летального кінця свідчить про злоякісність хвороби. Клініка злоякісного перебігу онкопатології зазвичай характеризується прогресивно-наростаючим погіршенням загального стану пацієнтів, розвитком ракової інтоксикації, стрімким наростанням ознак поліорганної недостатності з токсичним впливом на ЦНС і, як наслідок, розвитком психічних порушень, які порушують здатність УЗСД та КН.

Час від підписання угоди до смерті є важливим показником і в обов'язковому порядку приймається до уваги при експертній оцінці психічного стану підекспертних у сукупності з іншими даними стосовно динаміки та проявів хвороби.

З актів СПЕ відомо, що у день смерті укладали правочини лише особи, які пізніше були визнані такими, що не могли УЗСД та КН. Частка осіб цієї групи, які підписали угоди менш ніж за тиждень до смерті, була достовірно більшою ніж в іншій групі та становила 19 (42,2%) випадків на противагу 20 (23,8%), $p < 0,05$. Загалом більше половини представників цієї групи (26–57,8% проти 20–23,8%, $p < 0,01$) укладали угоди за декілька днів до смерті, перебуваючи у тяжкому сомато-психічному стані, що безпосередньо відобразилось на експертних рішеннях. Підекспертні, дієздатність яких у подальшому була підтверджена експертними комісіями, достовірно частіше укладали угоди більше ніж за рік до смерті (12–14,3% проти 1–2,2%, $p < 0,05$), маючи час для обмірковування та зміни свого рішення за потребою.

Згідно проаналізованих актів СПЕ, особи з онкопатологією під час хвороби у переважній більшості укладають заповіт (77,4% і 80,0%), рідше договір дарування (16,7% і 15,6%), лише в поодиноких випадках договір ренти з довічним утриманням (1,2% і 0%), угоду купівлі-продажу (2,4% і 2,2%), шлюб (2,4% і 2,2%).

Більшість правочинів, укладених підекспертними під час онкохвороби були первинними. Проте, особи, які були визнані такими, що не могли УЗСД та КН достовірно частіше, ніж представники іншої групи, змінювали свої попередні угоди, укладаючи повторні цивільні акти (17,9% проти 33,3%, $p < 0,05$), переважно на віддалених родичів (13,3% проти 66,7%, $p < 0,01$), керуючись нелогічними, незрозумілими мотивами (13,3% проти 80,0%, $p < 0,01$).

У тих випадках, коли вдалося з'ясувати характер стосунків підекспертного з майбутніми позивачами і відповідачами, було досліджено, що онкохворі, дієздатність яких була збережена, залишали юридичні угоди на осіб, з якими переважно підтримували дружні, довірчі стосунки (77,4% проти 26,7%, $p < 0,01$). Натомість представники іншої групи здебільшого мали формальні стосунки з людьми, на котрих у подальшому оформлювали юридичні документи (4,8% проти 24,4%, $p < 0,01$).

Особливості укладання оспорюваного правочину мають суттєві розбіжності між групами порівняння за певними показниками. Так підекспертні, які були визнані такими, що могли УЗСД та КН під час оформлення угоди, у переважній більшості випадків виявляли власну ініціативу щодо укладання юридичних угод (84,5% проти 33,3% випадків, $p < 0,01$), активно займалися її нотаріальним оформленням (52,4% проти 4,4% випадків, $p < 0,01$), завчасно планували угоду, обговорюючи її з родичами, фахівцями (69,0% проти 13,3%, $p < 0,01$), мотиви їх юридичних рішень та дій були здебільшого логічними і зрозумілими (79,8% проти 13,3% випадків, $p < 0,01$). Натомість підекспертні, які за рішенням СПЕ не могли УЗСД та КН, не виявляли власної ініціативи в укладанні угод, така ініціатива здебільшого виходила від протилежної сторони, на користь якої оформлювались юридичні документи (48,9% проти 3,6%, $p < 0,01$), підекспертні лише пасивно підписували документи (51,1% проти 1,2%, $p < 0,01$), вони не планували угоду заздалегідь, ні з ким не радились з цього приводу, існування укладених документів ставало несподіванкою для оточуючих після смерті онкохворих (55,6% проти 9,5%, $p < 0,01$), мотиви їх нотаріально-юридичних дій, у переважній більшості, виявлялись незрозумілими та нелогічними (68,9% проти 6,0%, $p < 0,01$).

Аналіз безпосередньо клінічних даних стосовно особливостей онкопатології та сомато-психічного стану виявив відсутність будь-якого взаємозв'язку між локалізацією ракової пухлини і безпосередньо психічним станом підекспертних. Проте ускладнення онкологічної хвороби, які були зафіксовані в актах СПЕ з медичної документації (метастазування, ракова інтоксикація, больовий синдром, асцит, ексудативний плеврит, механічна жовтяниця, поліорганна недостатність тощо), достовірно частіше переважали у підекспертних, які на час підписання правочинів перебували у такому стані, що позбавляв їх здатності УЗСД та КН. Це свідчить про суттєвий вплив ускладнень онкопатології на сомато-психічний стан пацієнтів.

Неврологічний стан тісно взаємопов'язаний з психічними функціями людини. Неврологічні захворювання можуть супроводжуватись психічними розладами або виступати безпосереднім підґрунтям розвитку психічних захворювань, тим самим переходити до компетенції психіатрії. Опис неврологічного статусу має на меті й опис основних психічних функцій: свідомості, орієнтування, характеру контакту, емоцій, пам'яті, інтелекту. Тому результати огляду лікарів-невропатологів є цінним, а іноді єдиним джерелом інформації та обґрунтування експертних висновків стосовно психічного стану підекспертних при проведенні СПЕ.

При аналізі актів посмертних СПЕ онкохворих було досліджено, що частина підекспертних оглядалися невропатологами ще до онкозахворювання (22,6% і 15,6%). У

результаті огляду їм було встановлено складні неврологічні діагнози, які поєднували декілька нозологічних форм: церебральний атеросклероз, дисциркуляторну енцефалопатію II, III стадій, що супроводжувались інтелектуально-мнестичним зниженням.

В процесі діагностики та лікування онкологічного захворювання, частка осіб, які були оглянуті лікарями-невропатологами збільшилась (33,3% і 48,9%). Серед особливостей неврологічного стану онкохворих слід відзначити констатацію разом з дисциркуляторною також інтоксикаційної енцефалопатії (7,1% і 18,2%, $p < 0,05$), переважання III стадії енцефалопатії в осіб, що не могли УЗСД та КН (25,0% проти 36,4%, $p < 0,05$), наслідків гострих порушень мозкового кровообігу (7,1% проти 22,7%, $p < 0,01$), а також випадків інтелектуально-мнестичного зниження (14,3% проти 27,3%, $p < 0,05$). Слід відзначити, що при констатації інтелектуально-мнестичного зниження лікарі-невропатологи вкрай рідко визначали його ступінь, тому для експертної оцінки цих розладів і визначення їх ступеня потрібно аналізувати свідчення з інших джерел (показів свідків щодо поведінки, соціального, професійного, сімейного, побутового функціонування підекспертного тощо).

Результати огляду лікарів-психіатрів зазвичай містять найбільш достовірні відомості стосовно психічного стану підекспертних, проте, вкрай рідко бувають представлені в матеріалах справи і ще рідше співпадають з періодом підписання оспорюваних угод. З актів СПЕ відомо, що до онкозахворювання підекспертні оглядалися психіатрами у поодиноких випадках. Частка осіб, які були оглянуті в процесі діагностики та лікування онкологічного захворювання, збільшилась через те, що хворі, отримуючи протипухлинну терапію, частіше перебували під наглядом лікарів, які професійно виявляли підстави для психіатричної консультації. Так, в процесі лікування від онкохвороби були оглянуті психіатрами 12,9% осіб з групи тих, що УЗСД та КН та 26,7% хворих, що не УЗСД та КН ($p < 0,05$). В осіб, що не могли УЗСД та КН достовірно частіше виявлялись випадки деменції, деліріозних розладів свідомості, органічного психосиндрому. В осіб, що могли УЗСД та КН переважно діагностувались органічні емоційно лабільні (астенічні) розлади, легке когнітивне зниження, афективні (депресивні) та невротичні розлади.

З метою з'ясування психічних розладів, які супроводжують клініку онкопатології, було ретельно проаналізовано акти посмертних СПЕ онкохворих з вивченням записів медичної документації, матеріалів справи, показань свідків та співставлення отриманих даних з періодом укладання цивільних угод. Згідно отриманих даних, психічними порушеннями, які найчастіше супроводжували клініку онкопатології, виступали розлади свідомості різного типу та глибини.

У хворих, які були визнані такими, що не могли УЗСД та КН, розлади свідомості діагностувались частіше ніж у представників іншої групи (87,8% проти 16,7%, $p < 0,01$) і були представлені переважно непсихотичними порушеннями за типом оглушення від обнубіляції до коми (92,9% і 88,6%). Психотичні розлади свідомості за деліріозно-онейроїдним типом фіксувались значно рідше (7,1% і 11,4%). Частіше спостерігалась прогресуюча динаміка розладів свідомості від легких ступенів затьмарення до розвитку коми і летального кінця (64,3% і 60,0%). Ремітуюча динаміка розладів свідомості з «мерехтінням» симптоматики, тимчасовим покращенням або повним відновленням під впливом дезінтоксикаційної терапії, відмічалась у 35,7% і 40,0% випадків.

Відомості про розлади свідомості містились як у медичній документації, так і показаннях свідків (в тому числі, медичних працівників). Факти з медичної документації є більш достовірними ніж показання свідків, які зазвичай, некомпетентні у розпізнанні психічних відхилень, тому їх свідчення носять суб'єктивний характер.

Експертна оцінка встановлених розладів свідомості не викликає труднощів, так як ці психічні порушення є настільки значними, що позбавляють особу здатності УЗСД та КН. Проте, у цивільному процесі вирішуються питання стосовно певного цивільного документу, тому важливо доказово співставити у часі період укладання правочину та період розладів свідомості. З досліджених актів відомо, що у період існування порушень свідомості (неглибокого рівня обнубіляції або сомноленції) було укладено 66,7% правочинів особами з онкологічними захворюваннями, які пізніше були визнані недієздатними. У решті випадків, не дивлячись на наявність розладів свідомості у клініці онкопатології, юридичні угоди укладались або до розвитку цих психічних порушень, або після них (при ремітуючому перебігу з періодами відновленням свідомості). Це в подальшому відобразилось в експертних діагнозах і висновках.

В кожній позовній заяві до суду, без винятку, позивачі посилаються на «неадекватну» поведінку підекспертних. З психіатричної точки зору неадекватна поведінка підекспертних може бути обумовлена психотичною параноїдною (галюцинаторно-параноїдною), деліріозною (деліріозно-онейроїдною) або дементною симптоматикою в рамках конкретних нозологічних

форм. Тому достовірно підтверджені випадки неадекватної поведінки насправді є поодинокими. Достовірні відомості про неадекватну поведінку і висловлювання, що були обумовлені параноїдною симптоматикою, містилися лише в одному акті онкохворого з групи підекспертних, у яких була порушена здатність УЗСД та КН. Відомо, що за життя цей підекспертний до лікарів-психіатрів не звертався, на психіатричному і наркологічному обліку не перебував. Під час проведення експертизи з матеріалів справи, медичної документації та показань свідків, були отримані дані, які дозволили експертам інтерпретувати стан досліджуваного як такий, що обумовлений параноїдною, а саме параноїальною, симптоматикою у рамках хронічного маячного розладу (F 22 за МКХ-10). Даний діагноз відноситься до тяжких, хронічних, малокурабельних психічних розладів, що позбавляють хворих УЗСД та КН. Особливістю даного розладу є повільне багаторічне існування параноїальної симптоматики, яка, зазвичай, важко діагностується як психічна хвороба через систематизованість маячення.

Інші випадки неадекватної поведінки підекспертних були обумовлені психотичними (деліріозно-онейроїдними) розладами свідомості або дементною симптоматикою.

Інтелектуально-мнестичне зниження в актах посмертних СПЕ фіксувалось у формі легкого когнітивного розладу (F 06.7), психоорганічного синдрому (F 07.9) та судинної деменції (F 01). З усіх цих розладів у безпосередньому взаємозв'язку з динамікою онкологічної патології перебуває тільки легкий когнітивний розлад, який виявляється зниженням когнітивної продуктивності (порушенням пам'яті, уваги, труднощами в оволодінні новими навичками, в навчанні тощо) і зазвичай супроводжує тяжкі фізичні захворювання. Даний розлад є зворотнім, при покращенні стану хворого або одужанні когнітивні розлади регресують. Психоорганічний синдром та деменція виступають супутніми діагнозами при онкопатології. Їх розвиток мало пов'язаний з онкологічним захворюванням, а є результатом тривалого ураження головного мозку судинними, травматичними або іншими факторами ще до онкохвороби. Під впливом онкопатології, на фоні виразної інтоксикації, протипухлинного лікування (хіміотерапії, променевої терапії, поширених оперативних втручань), виснаження організму, прояви психоорганічного синдрому або деменції з інтелектуальною неспроможністю, порушеннями пам'яті, неадекватною поведінкою і висловлюваннями, побутовою дезорганізацією стають більш виразними, і як наслідок, помітними для оточуючих та лікарів, які призначають консультативний огляд лікарів-невропатологів та психіатрів, маючи більше можливостей їх провести при перебуванні хворого на лікуванні в онкологічних стаціонарах.

За результатами оглядів лікарів-невропатологів, лікарів-психіатрів, з урахуваннями записів у медичних картах амбулаторних, стаціонарних хворих, актів оглядів МСЕК, показань свідків та іншого, судово-психіатричними експертами було встановлено, що інтелектуально-мнестичне зниження відмічалось в 21,4% онкохворих, які в подальшому були визнані СПЕК такими, що могли УЗСД та КН на час укладання правочину та у 42,2% онкохворих, що не могли УЗСД та КН ($p < 0,05$). За структурою у представників першої групи інтелектуально-мнестичні порушення були представлені переважно у формі легкого когнітивного розладу (88,9% проти 26,3%, $p < 0,01$) або невиразного психоорганічного синдрому (11,1%). У групі осіб, що не могли УЗСД та КН структуру зафіксованих інтелектуально-мнестичних порушень складали більш глибокі розлади: помірний та виразний психоорганічний синдром (42,1%), деменція (31,6%). У першій групі аналогічних випадків зафіксовано не було.

Джерелом достовірних відомостей про інтелектуально-мнестичні розлади у онкологічних хворих була, переважно, медична документація. Ознаки помірного та виразного психоорганічного синдрому або деменції є достатньо виразними і не лишаються непоміченими для оточуючих, що відображається у показаннях свідків.

Регредієнтна динаміка інтелектуально-мнестичних розладів відмічалась при легкому когнітивному розладі. У решти осіб органічні психічні порушення мали прогресуючий перебіг (11,1% проти 73,7%, $p < 0,01$).

Серед інших психічних порушень в актах посмертних СПЕ онкохворих вказувались астеничні (74–88,1% і 84–100,0% випадків) та тривожно-депресивні (депресивні) розлади (17–20,2% і 15,6% випадків). В експертних діагнозах астеничні порушення інтерпретувались або як соматогенна астенія внаслідок онкологічного захворювання, або як органічний емоційно лабільний (астеничний) розлад. Депресивні та тривожно-депресивні розлади в рамках афективних чи невротичних розладів, зазвичай супроводжували інші психічні порушення, самостійно спостерігались у поодиноких випадках і не досягали глибокого рівня з виразною клінічною картиною.

Вищенаведені дані у співставленні з періодом укладання правочинів, логічно відобразились в експертних діагнозах актів посмертних СПЕ онкохворих – таблиця 1.

**Розподіл підекспертних згідно експертних діагнозів
у висновках посмертних СПЕ онкохворих**

Експертні діагнози	Кількість підекспертних				Всього	
	Дієздатні		Недієздатні		n	%
	n	%	n	%		
без психічних розладів	66	78,6	–	–	66	51,2
F 01	–	–	6	13,3	6	4,6
F 05	–	–	2	4,4	2	1,6
інші розлади свідомості	–	–	28	62,2	28	21,7
F 06.6	8	9,5	–	–	8	6,2
F 06.7	6	7,1	–	–	6	4,6
F 07.9	2	2,4	8	17,8	10	7,7
F 22.0	–	–	1	2,2	1	0,8
F 33.4	1	1,2	–	–	1	0,8
F 43.2	1	1,2	–	–	1	0,8
Разом	84	100,0	45	100,0	129	100,0

Як видно з вищенаведеної таблиці, у групі онкохворих, які могли УЗСД та КН, за результатами СПЕ у більшості підекспертних психічні розлади були відсутніми (66–76,8% випадків). У решти підекспертних (18–21,4% випадків) були діагностовано різні психічні розлади, які не позбавляли хворих УЗСД та КН на час укладання правочинів: органічний емоційно лабільний астеничний розлад – 8 (9,5%) випадків; легкий когнітивний розлад – 6 (7,1%); невиразний психоорганічний синдром – 2 (2,4%); рекурентний депресивний розлад – 1 (1,2%); пролонгована депресивна реакція – 1 (1,2%) випадків.

У групі осіб з онкологічними захворюваннями, які за рішенням експертних комісій не могли УЗСД та КН на час укладання цивільних правочинів, експертні діагнози відображали більш тяжкі психічні розлади: розлади свідомості – 30 (66,7%) випадків; деменцію – 6 (13,3%); виразний психоорганічний синдром – 8 (17,8%); хронічний маячний розлад – 1 (2,2%).

Висновки. Таким чином, підсумовуючи результати дослідження актів СПЕ осіб з онкологічними захворюваннями, було з'ясовано, що експертні підходи оцінки дієздатності онкохворих при посмертних СПЕ повинні ґрунтуватись на аналізі власне медичних даних щодо психічного стану підекспертного з урахуванням додаткових відомостей про умови та особливості укладання цивільних актів.

Згідно актів СПЕ, психічні розлади, які на час укладання правочинів порушували здатність онкохворих повною мірою УЗСД та КН були розлади свідомості – 66,7% випадків, виразне інтелектуально-мнестичне зниження – 17,8%, деменція – 13,3%, параноїдні стани – 2,2%. Джерелом відомостей про психічні порушення у підекспертних були результати оглядів лікарів-психіатрів, невропатологів, дані медичної документації, у співставленні їх з часом укладання цивільних угод.

Для експертної оцінки дієздатності онкохворих мають значення такі додаткові відомості як час від підписання угоди до смерті, первинність правочину та причини зміни юридичних рішень при укладанні повторних цивільних актів, характер стосунків підекспертного з майбутніми позивачами та відповідачами по справі, місце укладання правочинів, з'ясування від кого виходила ініціатива в укладанні угод, чи проявляв підекспертний активність в оформленні документів, планування та обговорення угоди, логічність та зрозумілість мотивів юридично значимих дій, наявність ускладнень онкологічного захворювання на час підписання цивільних актів.

Література

1. Васильєва Г. Ю. Непсихотичні психічні розлади у хворих, які страждають на злоякісні новоутворення (клініка, діагностика, корекція та профілактика): автореф. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія»/Васильєва Ганна Юріївна. – К., 2010. – 35 с.
2. Дубініна К. С. Психічні розлади в онкологічних хворих у термінальному стані/К. С. Дубініна//Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 3 (38). – С. 122–125.
3. Дубініна К. С. Порушення свідомості: діагностика та судово-психіатрична оцінка у хворих на злоякісні новоутворення в термінальній стадії/К. С. Дубініна//Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 2 (41). – С. 50–54.
4. Жилаєва Т. В. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика онкологических больных на этапах диагностики и лечения в стационаре: автореф. на соискание научн. степ.

- пени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия»/Жиляева Татьяна Владимировна. – 2008. – 21 с.
5. Илейко В.Р. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе – методологические, методические принципы проведения и задачи//В.Б. Первомайский, В.Р. Илейко/Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике. – Киев: Издательская компания «КИТ», 2006. – С. 268–273.
 6. Королева Е.В. Современные аспекты посмертной судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе//Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т.П. Печерниковой//Сборник научных трудов/Под ред Т.Б. Дмитриевой, А.Ю. Березанцева. – М.: ФГУ «ГНЦССПН Росздрава», 2009. – С. 119–128.
 7. Цивільний кодекс України: Коментар. Видання друге із змінами за станом на 15 січня 2004 року. – Х.: ТОВ «Одисей», 2004. – 856 с.

Шум С. С.

Український науково-дослідницький інститут соціальної, судової психіатрії і наркології МЗ України, г. Київ

Резюме. В статті приведені результати аналізу судово-психіатричних експертиз онкобольних. Досліджено фактори, які мають важливе експертне значення при проведенні посмертних судово-психіатричних експертиз.

Ключевые слова: онкобольные, психические расстройства, посмертные судебно-психиатрические экспертизы.

Shum S. S.

The Ukrainian research institute social, forensic psychiatry and narcology, Kiev

Summary. In the article results of the analysis of forensic psychiatric examinations cancer patients. The factors which have an important significance expertise in conducting postmortem forensic psychiatric examinations.

Key words: cancer patients, mental disorders, post-mortem forensic examination.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ – ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Г. Н. Миронова, А. В. Макаренко, А. И. Мирошниченко

Кировоградская психиатрическая больница
КРУ Психиатрическая больница № 5, г. Симферополь

Случаи сексуального злоупотребления в отношении ребенка или его изнасилование, число которых по данным службы неотложной помощи растет, вызывает каждый раз сильную эмоциональную реакцию не только у близких к ребенку лиц, но и среди профессионалов. Медицина и психиатрия, в частности, лишь с недавних пор параллельно с процессом становления нового отношения в обществе к правам человека обратилась лицом к этим проблемам. До сих пор продолжаются дебаты по поводу границ, определяющих традиционные права родителей (частная собственность в пределах семьи, авторитет родителей) и ответственности общества по защите ребенка. Неоднозначность следующей ситуации определяется необходимостью определения персональной профессиональной ответственности, кто изначально отвечает за ребенка в такой ситуации – педиатр, психиатр, сотрудник службы защиты прав ребенка (опекунский совет), милиция либо представитель местной администрации.

Цель данного сообщения состоит в том, чтобы обобщить представления по проблеме – клинические понятия, некоторые юридические и социальные аспекты.

Взгляды на порядок вмешательства и лечения жертв сексуального насилия до сих пор не устоялись в связи с тем, что эта область новая. Так, например, соответствующие лечебные программы созданы не более 15–20 лет назад. К настоящему времени нет и каких-либо катамнестических данных, позволяющих сопоставить эффективность разных стратегий лечения. Тем не менее, клиницисты единодушны в своем мнении – ребенок, пострадавший от сексуального насилия, нуждается в большем по сравнению с традиционным, объеме психиатрической помощи. Таким образом, речь идет о вмешательстве, которое предполагает следующее:

- психиатрическую оценку и лечение;
- медицинскую помощь;
- разбирательство по поводу защиты ребенка;
- при необходимости – вовлечение в судебное разбирательство.

Лечение ребенка, перенесшего сексуальное насилие, представляет для психиатра весьма специфическую реальность, когда он оказывается вовлеченным в сотрудничество со службами защиты ребенка, юридическими инстанциями в условиях отчетливого стресса.

Факт сексуального злоупотребления в отношении ребенка должен оцениваться как отчетливый стрессовый фактор, вызывающий возникновение пролонгированных психопатологических расстройств психогенного спектра – множественные личностные расстройства психогенного спектра, пограничные личностные расстройства, соматоформные, панические, тревожные расстройства. Данные последних исследований свидетельствуют, что перенесенные ребенком сексуальное насилие оказывает существенное влияние на его нейropsychическое и гормональное развитие, в частности, отмечается повышение некоторых, связанных со стрессом гормонов, ускорение полового созревания. Эти исследования в очередной раз выявили важность аспекта высокого уровня подготовки детского психиатра, который оказывается вовлеченным в решение проблемы психического здоровья. Очень важными представляются требования, которыми должен в этом случае руководствоваться психиатр. Они сформулированы Американской академией детской и подростковой психиатрии (1990 г.) и могут быть использованы службой психического здоровья.

Термин сексуальное злоупотребление включает в себя широкий круг проявлений поведения и психосоциального вмешательства. Важно разграничивать такие понятия, как сексуальное злоупотребление в отношении детей, неправильное сексуальное обращение с ребенком, инцест и изнасилование, поскольку они обозначают различающиеся, но прерывающие друг друга действия. Общее для всех этих понятий – злоупотребление силой и доверием.

Клинические аспекты сексуального насилия, физические признаки и симптомы:

- разрывы, синяки, другие повреждения в области половых органов и ануса;
- венерические заболевания;
- наличие спермы в области гениталий или ануса;
- беременность;
- энкопрез, как возможное последствие изнасилования ...
- энурез, как возможный симптом регрессии, перевозбуждения или страха; обусловленные сексуальным насилием;
- психосоматические симптомы (головные боли, боли в желудке, расстройства сна и аппетита).

Ребенка, утверждающего, что он был подвергнут сексуальному насилию, необходимо выслушать с полным вниманием. Seriously следует выслушать и родителей, утверждающих, что их ребенок был объектом сексуального насилия. Особенно важно это в том случае, когда у ребенка ещё отсутствует речь.

Эмоциональные и поведенческие симптомы.

1. Дети дошкольного возраста:

- а) несоответствие возрасту сексуальное поведение: осведомленность о половой жизни взрослых; сексуальное провоцирующее поведение, сексуальные страхи, безрадостность, компульсивное мастурбирование, стремление к присвоению вещей взрослых или сверстников; злоупотребление в отношении других детей с принуждением, угрозами, подкупом или манипуляциями;
- б) симптомы тревоги, проявляющиеся в отношении определенных людей, конкретного места или события; боязливые страхи, проявления регрессии, проблемы, связанные с разлукой;
- в) агрессивные формы поведения;

г) диссоциативные проявления, симптомы посттравматического стрессового расстройства.

2. Дети школьного возраста:

- а) всё перечисленное выше;
- б) депрессия и суицидальные попытки;
- в) школьные страхи, прогулы;
- г) экстравертированное поведение, жестокость по отношению к животным, побег из дому;
- д) расстройства пищевого поведения.

3. Подростки:

- а) всё перечисленное выше;
- б) диссоциативные проявления, включая амнезию, состояния по типу фуг, деперсонализацию, множественное личностное расстройство;
- в) сексуальное поведение, включая проституцию и изнасилование (как жертва и как насильник);
- г) депрессия, включая стыд, самоповреждения, злоупотребление наркотиками, суициды.

Дети, подвергшиеся насилию, хотят, чтобы оно прекратилось. Многие из них подчас даже лучше, чем мы можем себе представить, знают, к каким отрицательным последствиям приведёт раскрытие данной ситуации.

Задача врача в такой ситуации трудна – добывать дальнейшую информацию без создания у ребёнка ощущения, что он стимулирован, что ему что-то навязано, что он повторно подвергся насилию. К такого рода подсказкам относят следующее:

- рисунки (сфокусированный интерес на гениталиях, маскированные представления о сексуальных актах);
- гиперсексуальное поведение (успокаивающая или чрезмерная мастурбация);
- апеллирование к «секретности», заключение «тайных актов», дополнительные встречи с лицами, осуществляющими уход за ребёнком, учителями.

Раскрытие сексуального злоупотребления всегда создаёт кризисную ситуацию, как для жертвы, так и для членов семьи. У жертвы в подобной ситуации появляется надежда на её изменение, хотя подчас одновременно с опасением возможных негативных последствий. В случае инцеста жертва стремится сохранить в секрете случившееся из-за боязни позора, обвинений в свой адрес, утраты хорошего отношения к себе в семье. Для второго родителя (обычно матери) эта ситуация чрезвычайно травмирующая, она может даже повлиять на способность к поддержке потерпевшего ребёнка.

Кризисное вмешательство.

Деятельность клинициста должна быть разнообразной, исчерпывающей, гибкой, в такой ситуации он не может придерживаться классического нейтрального подхода к терапии. Специфика деятельности может быть охарактеризована двумя понятиями – работа командой и активный характер действия.

Общение с ребёнком, перенёвшим насилие, членами его семьи – это работа по нескольким направлениям. В отличие от обычной ситуации здесь нельзя рассчитывать, что прямым её следствием будет установление диагноза, терапевтического плана, реализация плана терапии. Решение диагностических задач идёт рука об руку с постоянным определением степени безопасности ребёнка, которая может потребовать активных действий ещё до того, как будут решены диагностические вопросы. Кризисное вмешательство может потребовать 6–8, подчас 12 недель.

Долговременные планы включают проведение индивидуальной психотерапии с ребёнком, матерью, насильником, сиблингами.

Семейный аспект в подобных случаях очень важен, однако семейная терапия становится возможной по мере восстановления семейных отношений.

Если в разрешение ситуации вовлечена служба защиты ребёнка, то она и решает все вопросы.

Начальные цели кризисного вмешательства.

- выяснить, что же случилось (кто, когда, где, как) на основании данных из всех возможных источников;
- приступить к диагностической оценке ребёнка, определить последствия насилия;
- определить в какой медицинской помощи нуждается ребёнок;

Оригинальные статьи

- определить текущее состояние безопасности ребёнка и членов его семьи, высказать адекватные рекомендации;
- оценить способность родителя справиться с задачей защиты ребёнка;
- оценить способность лица, совершившего насилие, прекратить свои соответствующие действия, а также воспользоваться помощью со стороны, оценить вероятность появления у него немедленных кризисных реакций (суицид, месть);
- помогать в процессе выяснения ситуации всем членам семьи справиться со своей реакцией;
- оценить потребность в длительной терапии.

У всех вовлечённых в ситуацию членов семьи могут быть обнаружены симптомы самого широкого круга. Диагнозы, которые устанавливаются в этих случаях, обычно звучат как, посттравматическое стрессовое расстройство – у жертвы насилия, реакция приспособления – у членов семьи.

Уровень функционального состояния семьи, равно как и диагностика, существенно отличается на этапе до перенесенного насилия. После насилия у одних детей выявляется специфический синдром, сходный с таковым у взрослых, у других этот ответ может быть в форме поведенческих расстройств либо в виде минимальных проявлений. На характер реакции детей прямое воздействие оказывает уровень тревоги родителей.

В заключение необходимо отметить следующее.

Драматический рост числа случаев сексуального насилия в отношении детей на протяжении последних лет внёс в психиатрию новые проблемы.

Так, возникающая в повседневной практике необходимость сотрудничества с другими службами, особенно с юридическим ведомством, противоречит традиционным представлениям о малоактивной и достаточно изолированной роли психотерапевта.

Растущий уровень наших представлений относительно психологических и биологических последствий насилия, факт передачи этих проблем от поколения к поколению, способность одного нераспознанного насильника нанести вред многим детям – всё это однозначно предопределяет необходимость решения возникающих в этом случае задач. Профилактика и активное вмешательство в проблему насилия в отношении детей непременно должны быть в поле зрения общества, психиатрии.

Список литературы:

1. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии под редакцией Кеннета С. Робсона, Москва, «Медицина», 1999 г.
2. Неотложные состояния в отношении детей и изнасилование детей под редакцией Марии Саузер под реакцией профессора Т.Б. Дмитриевой.
3. Р.И. Исаков. Психотерапевтическая коррекция поведенческих расстройств у подростков, являющихся сознательными сторонниками просмотра телепродукции агрессивного содержания// Український вісник психоневрології. – 2005. – Т. 13, вип. 1 (44). – С. 33–35.
4. Кожина А.М. Структура психических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы//Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 1 (30). – С. 27–28.

ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У ДІТЕЙ В ЗВ'ЯЗКУ СЕКСУАЛЬНИМ НАСИЛЬСТВОМ НАД НИМИ

Миронова Г. М., Макаренко А. В., Мірошніченко А. І.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, дитина, сім'я, насильство.

Резюме: в статті узагальнені уявлення по проблемі –клінічні поняття, деякі юридичні та соціальні аспекти. Наведені також напрямки дій психіатра при кризовому втручанні.

POSTTRAUMATIC STRESSFUL FRUSTRATION AT CHILDREN IN CONNECTION WITH SEXUAL VIOLENCE OVER THEM

Mironova G. M., Makarenko A. V., Miroshnichenko A. I.

Keywords: posttraumatic stressful frustration, the child, a family, violence.

Resume: in the article presentations are generalized on issue are clinical concepts, some legal and social aspects. Directions of actions of psychiatrist are resulted also at crisis interference.

ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ФІЗИЧНОЇ ТРАВМИ

К.І. Москаленко, О.О. Хаустова

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ

Актуальність: Травматизм – одна з актуальних проблем в Україні та світі, що спричиняють 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. Психогенні фактори, що можуть бути причиною, або ускладнювати перебіг реабілітації чи впливати іншим чином, також залишаються поза увагою. Хоча сучасна психіатрія стверджує, що більшість нещасних випадків (з травматизацією як наслідок) ставалися зовсім не випадково; їх причиною є переважно схильність самих жертв. Деякі люди більшою мірою схильні до травматизму та нещасних випадків, ніж інші, не через власну незграбність чи незосередженість, а через особливості структури особистості в цілому. Ключовим фактором стає не окрема риса особистості, а щось ґрунтовніше, що характеризує особистість в цілому.

Більше двадцяти років тому німецьким психологом Марбе було проведено спостереження, згідно з яким людина, що одного разу була жертвою нещасного випадку, з більшою вірогідністю стане жертвою наступного разу, аніж людина, що не мала подібного досвіду [2].

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 табуованим з дитинства, вони ригідно слідуєть соціальним нормам і правилам, а больові тілесні відчуття є «незручною», але єдиною можливою для них, спробою інтегруватися з власним душевним станом [1].

Мета: виявлення серед пацієнтів з травмами психосоматичних хворих та застосування до них індивідуального підходу у реабілітації з метою підвищення її ефективності шляхом скорочення терміну госпіталізації та зменшення питомої ваги ускладнень та інвалідизації.

Методологія: У ході дослідження впливу життєстійкості особистості на реабілітацію пацієнтів з соматичної травмою розроблений мультимодальний діагностичний комплекс (карта хворого), що включає: структуроване інтерв'ю в рамках кініко-феноменологічного підходу; клініко-анамнестичні методи; експериментально-психологічні:

- скринінгова методика ЖС Мадді С.;
- шкала життєвих стресів Холмса Т. і Рейя Р.;
- Торонтська алекситимічна шкала;
- Шкала депресії Цунга;
- Опитувальник рівня суб'єктивного контролю Роттера.

З перерахованих шкал у даній статті ми проаналізували частоту травматизму, тяжкість отриманих травм та перебіг реабілітаційного періоду, а також рівень стресу та алекситимії – як основні ознаки особистості, схильної до психосоматичних захворювань.

Основна частина:

У нашій статті ми будемо розглядати фізичну травму у кількох ракурсах. По-перше, травма опорно-рухового апарату, як будь-яке інше захворювання, є *стресовою* ситуацією для людини та вимагає включення механізмів адаптації до неї. Ознаками психічного стресу є:

напруження, сильніше за мотиваційне;
супроводжується відчуттям загрози, що ускладнює інтегративні функції організму;
проявляється у формі дистресу, коли нормальна адаптивна реакція недостатня.

По-друге, травма може бути віднесена до психосоматичного розладу (розділ «Схильність до нещасних випадків та самопошкодження» Александера Ф.).

Однією з теорій етіопатогенезу психосоматичних захворювань є нейрогуморальна теорія (теорія стресу). Р. Лазарус [5] вважає, що психосоматичне захворювання – це результат взаємодії особистості та оточуючого середовища. Стрессова ситуація не виникає, якщо людина не сприймає певний зовнішній чинник як стресор. Стрессова ситуація розцінюється як процес подолання чи зміни її впливу за умови мобілізації допінг-ресурсів особистості. Це положення теорії Р. Лазаруса повністю відповідає основним ідеям В. М'ясищева про індивідуальну значущість ситуації як одну з умов розвитку психогенного розладу та про особистісні характеристики, що сприяють (або перешкоджають) конструктивному вирішенню мотиваційних конфліктів.

Враховуючи дані аспекти доцільно буде застосовувати психосоматичний підхід у ході реабілітації пацієнтів з травмами опорно-рухового апарату.

На основі концепції Р. Лазаруса для лікування психосоматичних розладів розробляються програми, що включають релаксаційні методи та методи когнітивного реструктурування. Важливо пам'ятати, що джерелом стресу є внутрішній конфлікт особистості, що виникає у сфері особливо значущих відносин. Людина не здатна вирішити даний конфлікт раціонально. Робота з такими пацієнтами повинна бути спрямована на вивчення його історії життя, формування його системи відносин, аналіз конкретної життєвої ситуації, 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 відмовитися нести відповідальність можуть стабілізувати процес реабілітації (прискорити процес репарації травми, яка тривало не виліковувалася).

Враховуючи особливості психосоматичних хворих (алекситимія) на початкових етапах роботи з хворим можна використовувати невербальні методи психотерапії: арт-терапія, тілесно-орієнтовані напрями, релаксаційні методики; у ході вивільнення тривало стримуваних негативних емоцій, можна поступово застосовувати вербальні методи, як когнітивно-емотивну терапію, раціональний підхід.

Основний принцип раціонально-емоційної терапії говорить, що в основі патології емоцій та станів, обумовлених цим станів, лежать розлади процесів мислення – ірраціональні судження та переконання. Ці переконання можуть бути нав'язані суспільством, та індивідуальними (наприклад, переконання у тому, що людина має бути прийнята та позитивно оцінена усіма з її близького оточення, що є в реальності неможливим). Такі переконання можуть бути джерелом тривоги та конфліктів [6]. Метою раціонально-емотивної терапії є позбавлення від емоційних блоків та розладів, що допоможе людині функціонувати більш повно та ефективно, самоактуалізуватися та бути більш щасливою.

Аналогічну функцію для людини виконують складові такої особистісної характеристики як життєстійкість (прийняття ризику, інтернальний локус контролю, включеність у життєву ситуацію). Тобто, у ході терапії ми можемо спиратися саме на ці особистісні риси, розвивати їх, тим самим укріплюючи структуру особистості та підвищуючи її стійкість у майбутньому.

РЕТ широко використовує техніки поведінкової терапії, що суттєво посилює її лікувальний потенціал саме з психосоматичними хворими, а саме, пацієнтами з травмами опорно-рухового апарату, за рахунок симптоматичної орієнтації. У ході терапії можуть бути використані рольові ігри, тренінги асертивної поведінки, десенситизація, переконання, підтримка – терапевт у такому випадку займає активну позицію.

Варто пам'ятати, що на перших етапах терапії робота має носити більш підтримуючий характер, щоб Его могло витримати їх усвідомлення, що може спричинити загострення соматичних симптомів [2] та подовжити період реабілітації. Обов'язковою є тісна взаємодія психотерапевта з лікуючим спеціалістом (у нашому випадку, з травматологом).

В свою чергу лікар-травматолог повинен співробітничати з психіатром та лікарем-психологом для створення та контролю соматичних умов, за яких психотерапія є безпечною.

В багатьох випадках поверхнева підтримуюча психотерапія має успіх у ослабленні симптомів, у той час як глибинна терапія може ускладнити перебіг захворювання чи навіть спровокувати психотичний епізод.

Аналізуючи глибину та характер проблем пацієнта, його орієнтованість на терапію, у подальшому можна рекомендувати довготривалі методи психотерапії, що можуть відвідуватися навіть після повної фізичної реабілітації (психоаналіз індивідуальний та груповий, екзистенційна психотерапія).

У випадку серйозних органічних станів часто виникає необхідність зосередитись спочатку на поточних симптомах та обмежитися підтримуючими методами. Не залежно від того, наскільки важливими з практичної точки зору вбачаються радикальні терапевтичні заходи, варто мати на увазі, що фундаментальні проблеми особистості можна вирішити лише у поступово у ході тривалої психоаналітичної терапії, що спрямована на усунення базових конфліктів.

Повна терапія з корекцією усіх виявлених у ході психодіагностики особистісних відхилень не завжди є можливою. В першу чергу, сам пацієнт має бути мотивований на неї та усвідомлювати радикальність змін, що неминуче стануть наслідком психотерапевтичного впливу.

Відчуття болю, іммобілізація, обмеження у рухах, потребу у сторонній допомозі при травмах опорно-рухового апарату часто виснажують безсвідомі тенденції; вони можуть слугувати для пацієнта способом вираження без свідомого, що не може бути вербалізоване чи виражене у формі зрілих емоцій. Травма може виконувати рятувальну роль для пацієнта, допомагаючи йому запобігти розвитку тяжких симптомів на психічному рівні. Тому аналіз психологічного «сенсу» травми та викриття конфліктів, що за нею маскуються, часто стає для Его новою проблемою: навчитися виражати безсвідомі тенденції через органічну симптоматику, і що найскладніше – вирішити внутрішній конфлікт чи конфлікти. У класичних психосоматичних випадках, за умови відсутності необхідної психологічної підтримки, після усунення чи полегшення органічних симптомів загострюється психологічна симптоматика.

Так наприклад, коли хворий позбавляється від можливості компенсувати ворожі деструктивні тенденції через відчуття болю в результаті травми, а його Его все ще неспроможне витримувати ці переживання, емоції можуть знаходити вихід через проєкції у формі параноїальної маячні.

У випадку якщо пацієнт схильний до залежності, і травма слугувала для нього способом отримувати допомогу, підтримку та любов від близьких людей, зі зменшенням симптоматики потреба може загостритися та виражатися у формі підвищення тривожності та істеричних випадків. Іноді Его не здати прийняти у собі бажання залежності та захищається від них проєкціями у відповідності до теорії Фрейда: «Я не люблю його/Я його ненавиджу/Він мене ненавидить». Таким чином пацієнт стикається з ситуацією, коли покращення його соматичного стану призводить до ускладнення його особистісних взаємовідносин. Підсвідомо соматизація (травма чи інше соматичний розлад) деструктивних безсвідомих проявів сприймається пацієнтом як більш соціально прийнятна, та використовується у майбутньому для утримування таких залежних відносин.

Часто травматизація є способом регресії в інфантильні відносини, а одужання вимагає підвищення відповідальності та залишає емоційну прогалину у структурі особистості. В такому випадку пацієнт підсвідомо не хоче бути вилікуваним, оскільки психологічно йому комфортніше перебувати у компенсованому соматичним пошкодженням стані, аніж перебувати у тривожному пошуку зрілого і прийнятного способу вираження своїх безсвідомих тенденцій.

Така амбівалентність стану психосоматичного хворого може бути небезпечною в умовах, коли травматолог не співпрацює з психологом чи психіатром, оскільки соматично «здоровий» пацієнт, з одного боку, потрапляє у психологічно небезпечний стан і потребує кваліфікованої психологічної допомоги.

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.

Підвищення ефективності координації соматичних та психотерапевтичних заходів є однією з найважливіших проблем, що стоять перед сучасною медичною наукою і практикою. Для її вирішення необхідне глибоке дослідження взаємовпливу конституційних, емоційних та фізіологічних факторів у контексті етіопатогенезу захворювання.

Отримані результати:

Для дослідження була вибрана група пацієнтів віком від 20 до 65 років, з травмами опорно-рухового апарату легкого та середнього ступеню тяжкості. Травми, віднесені до цієї групи, зустрічаються найчастіше та рідко супроводжуються серйозними психічними

змінами особистості. Тяжкі травми (з тривалою вимушеною іммобілізацією, інвалідизацією, полі травми, що ведуть до ампутації), черепно-мозкові травми, наявність психічних розладів, інфекції головного мозку в анамнезі – є критеріями виключення, оскільки вони суттєво деформують патопсихологічну картину.

У ході комплексного дослідження (повний перелік методик описаний вище) про діагностовано 53 пацієнта (39 чоловіків та 12 жінок) з травмами кінцівок легкого та середнього ступеня тяжкості. В результаті опитування з'ясувалося, що 34 пацієнта мали травму опорно-рухового апарату більше 2 разів у житті, та у 19 пацієнтів травма є повторно за останні 2 роки. У 47 пацієнтів був виявлений високий рівень стресового навантаження, у всіх пацієнтів була виявлена алекситимія, що доводить обґрунтованість віднесення захворювання до психосоматичних та застосування відповідного підходу у лікуванні.

Клінічний випадок: Пацієнтка Н., 54 р., перелом правої променевої та ліктьової кісток, побутовий, ступінь тяжкості середній. Попередня травма – перелом лівої променевої кістки – у 2009 р. (менше 2 років тому), при чому пацієнтка відзначає часті побутові мікротравми (порізи, синці). За останній рік вона пережила наступні життєво значущі події: смерть батька, зміна місця роботи, народження онука, проблеми на роботі у чоловіка, що свідчить про високий рівень стресу та ризик виникнення психосоматичного захворювання. В анамнезі – хворобливість у дитинстві, періодичні головні болі, розлади ШКТ. Пацієнтка важко висловлює власні переживання, може описувати емоційний стан, обираючи з запропонованих лікарем кількох варіант, зв'язок емоційних переживань та стресів з травмою заперечує. До психотерапевтичних методів висловлює скептичне ставлення. У ході реабілітації використовувалися методи нервово-м'язової релаксації, від арт-терапії пацієнтка відмовилася. Під час терапевтичних бесід була проведена корекція життєвих установок – пацієнтка вважала, що не має права обтяжувати своїх рідних неприємними думками та острахами, не висловлювала незадоволення, була схильна брати на себе надмірну відповідальність, за що відчувала сильну агресію на чоловіка та дітей. У ході терапії пацієнтка почала розповідати про негативні переживання, що стримувалися тривалий час.

Висновки: Пацієнти з травмами опорно-рухового апарату у переважній більшості є психосоматичними хворими та вимагають відповідного терапевтичного підходу.

Використана література:

1. Малкина-Пых И.Г. – Психосоматика. – М.: Эксмо, 2009. – 169 с.
2. Александер Ф. – Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / Пер. с англ. С. Могилевского. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
3. Психоаналитическая патопсихология. Теория и клиника. / Под ред. Ж. Бержере, М.: Московский государственный университет им М.В.Ломоносова, 2001. – С. 273-281.
4. Плотников В.В. Психосоматическая медицина: устаревший тер-мин или новая парадигма / В.В. Плотников, А.А. Северьянова, Д.В. Плотников // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 1. – С. 12-18.
5. Lazarus R.S. Stress, appraisal and coping / R.S. Lazarus, S. Folkman. – N.Y. : Springer, 1984.
6. Уолен С. Рационально-эмотивная психотерапия / С. Уолен, Р. Ди-Гусепп, Р. Уэслер. – М., 1997.

PSYCHOSOMATIC APPROACH IS IN TREATMENT OF PHYSICAL TRAUMA

Summary. Traumatism - one of issues of the day in Ukraine and world that cause the temporal loss of capacity or disability.

Numerous factors influence on weight of motion and speed of rehabilitation of patient with a trauma. Modern psychiatry asserts that most incidents (with trauma as a result) took place from inclination of victims. Some people are in a greater degree apt to the traumatism and accidents than other.

During the analysis of traumatology patient's premonstratensian features, internal picture of illness, frequency of traumatism and motion of rehabilitation, alexytmic indexes, amount of stress vital events, it is possible to educe that some cases are the consequences of psychosomatic disorder and accompanied by other psychosomatic displays.

Such patients are especially heavy for a psychologist, as rational explanations of reasons of disease and medicamental treatment acknowledge only.

The aim of work is to educe among patients with the traumas of psychosomatic patients and application to them of individual approach in rehabilitation for increasing of its efficiency (reduction of hospitalization term and diminishing of complications gravity and disability).

In our article we examined a physical trauma in a few foreshortening. Firstly, a locomotorium trauma, as any other disease, is a stress situation for a patient and requires including of adaptation mechanisms. Secondly trauma can be attributed to psychosomatic disorder as a display of propensity to the accidents and damage.

According these aspects it will be expedient to apply psychosomatic approach during the rehabilitation of patients with the locomotorium traumas.

Psychosomatic approach pays attention to important fact, that the patient's problems can't be divided into physical and psychical - they require complex approach and collective collaboration of specialists of contiguous spheres.

УДК 159.922.76

ПРОБЛЕМА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ ОТЦОВ К ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

М.В. Пастухова

Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина

Резюме: В статье рассматриваются психологические особенности родительского отношения отцов к детям с нарушениями в развитии, поведения отцов в ситуации рождения аномального ребенка, типичные реакции отцов на состояние ребенка с ограниченными возможностями. Кроме того, приводятся мнения ученых, касающиеся вопроса высокого риска разводов в семьях, воспитывающих ребенка с особыми потребностями. Также описываются некоторые аспекты практической работы психолога с данной категорией родителей.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями, отцы, родительское отношение, распад семей, психологическое консультирование отцов, психологическое сопровождение отцов.

В современном обществе увеличивается количество детей с различными нарушениями психического и физического развития. По словам С.Д. Забрамной, И.Ю. Левченко, наблюдения специалистов показывают, что у 12 – 19 % детей дошкольного возраста диагностируются выраженные формы психических расстройств, 30 – 40 % составляют группу риска по развитию психических нарушений. Кроме того, в дошкольном возрасте 25 % детей, а по некоторым данным 30 – 45 % , требуют организации специальных условий обучения и воспитания. Среди учащихся 20 – 30 % детей нуждается в специальной психолого-педагогической помощи, а свыше 60 % относятся к так называемой группе риска. Рост заболеваемости среди детей обуславливает нарастание инвалидизации детского населения [1, 19–20].

Медико-психолого-педагогические аспекты помощи детям с ограниченными возможностями развития и здоровья не могут рассматриваться в отрыве от изучения семьи ребенка с нарушенным развитием. В свете изучаемого нами вопроса, особой проблемой является отцовское поведение в ситуации рождения ребенка с отклонениями в развитии и родительское отношение к нему.

Проблемное поле данного вопроса определяется:

- во-первых, сложностью и недостаточной разработанностью феномена отцовства, как в отечественной, так и в зарубежной науке;
- во-вторых, кризисной ситуацией современной социальной действительности, когда семьи распадаются (или не создаются), и отцы либо прекращают общение со своим ребенком, либо изначально не считают необходимым контактировать с ним;
- в-третьих, в большинстве случаев выраженным отвержением отцами своих детей с отклонениями в развитии.

Анализируя негативные явления, характерные для современных семей в целом, обращает на себя особое внимание то, что в семьях с аномальными детьми данные проблемы проявляют себя наиболее остро.

В данной работе мы не будем говорить о случаях позитивного родительского отношения отцов к своим детям с отклоняющимся развитием, что, конечно же, характеризует определенную часть семей, воспитывающих аномальных детей, а обратим особое внимание

на то, что действительно является проблемой.

Что касается вопроса о высоком риске распада семей, воспитывающих детей с нарушениями развития, то авторы по-разному рассматривают данное явление.

В.В. Ткачева пишет, что «одним из самых печальных проявлений, характеризующих состояние семьи после рождения ребенка с отклонениями в развитии, является развод» [2, 31–32]. Согласно данным М.В. Воронцовой, Т.А. Дубровской, В.С. Кукушкину, в 50 % случаев отцы оставляют такую семью, и лишь 4 % из них помогают воспитывать ребенка. 32 % отцов никогда не встречаются со своими детьми. Мать одна вынуждена нести все бремя забот о ребенке-инвалиде, нередко находясь в состоянии тяжелой депрессии [3]. Это согласуется с мнением Т.Г. Ветрилы о том, что семьи, имеющие ребенка с нарушением психического / психологического здоровья, довольно часто распадаются, нередко также случаи, так называемых скрытых разводов, когда семья формально сохранена, но отец живет отдельно, оправдывая это жизненной необходимостью [4, 48–49].

По словам Е.В. Кулагиной, «согласно широко распространенному мнению, семьи с детьми-инвалидами чаще всего распадаются из-за инвалидности. Однако, по данным исследований, инвалидность ребенка послужила причиной распада только 4,5 % семей. В большинстве же случаев появление детей-инвалидов не влияет на ухудшение отношений между супругами – 77 %. Есть даже семьи, в которых родители отмечают улучшение отношений – 8 %. Тем не менее, отношения ухудшились в 10 % семей. Из них, на ухудшение отношений в связи с появлением ребенка-инвалида, чаще всего указывают родители в разводе (21 %), чем в зарегистрированном браке (7 %)» [цит. по 3].

Согласно В.В. Ткачевой, не всегда причиной развода называется больной ребенок. Чаще всего семейная пара, объясняя причину разрыва отношений, ссылается на испортившийся характер партнера по браку, отсутствие взаимопонимания в семье, частые ссоры и, как следствие охлаждение чувств. Тем не менее, объективным стрессором, фрустрирующим психику членов семьи, по мнению данного автора, является сам факт рождения больного ребенка и состояние его здоровья в последующий период. Сложившаяся новая ситуация становится испытанием для проверки подлинности чувств как между супругами, так и между каждым из родителей и больным ребенком. Известны случаи, когда подобные трудности спланивали семью. Однако часть семей не выдерживает такого испытания и распадается, что оказывает отрицательное воздействие на процесс формирования личности ребенка с отклонениями в развитии [2, 31–32].

Что касается родителей детей с задержкой психического развития, то по результатам исследования Т.Г. Ветрилы, посвященного изучению психического состояния родителей, воспитывающих ребенка с данным нарушением, установлено, что основным критерием, обуславливающим наличие / отсутствие нарушений у обследованного контингента, является успешность их семейных отношений и прочность брака. Сам факт наличия в семье ребенка с задержкой психического развития не является патогенным в отношении психического здоровья членов адаптированной, нормально функционирующей семьи [5, 34]. Однако, по мнению Т.Г. Ветрилы, в процессе воспитания ребенка с отклонениями в развитии, к распаду семьи могут приводить нарушения отношений внутри семьи, когда отец, тяжело переживающий болезнь ребенка, чувствует себя «заброшенным» [4, 49].

Что касается реакции отца на состояние ребенка с ограниченными возможностями, то, по словам В.В. Ткачевой, у отцов детей с отклонениями в развитии чаще проявляется следующая позиция: стремление скрыть существование больного ребенка, желание «не видеть» и не замечать наличие отклонений в его развитии, а в некоторых случаях наблюдается даже отказ от обсуждения этой проблемы. В отличие от материнской отцовская позиция характеризуется большей «закрытостью» и отсутствием желания идентифицировать себя с больным ребенком. Переживания отца чаще направляются также и на сокрытие тяжести проблем ребенка. Затем этот процесс трансформируется у некоторых отцов в отчуждение от переживаемого, далее в отчуждение от проблемы и может завершиться полным отчуждением от самого ребенка. Такие отцы обычно стремятся исправить свою личную жизненную ситуацию с помощью рождения второго ребенка или заключения нового брака, а о том, что случилось, стараются забыть» [2, 66].

В случае, когда семья сохранена, «отец больного ребенка обеспечивает, в первую очередь, экономическую базу семьи. Он не оставляет и не изменяет профиль своей работы из-за рождения больного ребенка и, таким образом, не выбывает из привычных социальных отношений. Его жизненный стереотип не столь сильно подвергается изменениям, так как большую часть времени он находится в той же социальной среде (на работе, с друзьями и т.д.). Отец в силу занятости на работе и в соответствии с традиционным пониманием своих

семейных обязанностей меньше, чем мать проводит времени с больным ребенком. Поэтому его психика не подвергается патогенному воздействию стресса столь же интенсивно, как психика матери» (В.В. Ткачева) [2, 30].

Т.Г. Ветрила указывает на то, что «родители ребенка с ограниченными возможностями по-разному переносят его проблемы: мать, ухаживая за ребенком с первых дней его жизни, страдая за него, учится любить его таким, какой он есть, просто за то, что он существует; отец, прежде всего, смотрит в будущее, его больше заботит, каким вырастет его сын или дочь. Часто он не видит никаких жизненных перспектив, но он обеспокоен стрессом, который испытывает его жена, на него также ложатся особые материальные тяготы, так как матери в большинстве случаев бывают вынуждены оставить работу» [4, 48–49].

Что касается родительского поведения отцов при появлении в семье ребенка с отклоняющимся развитием, то Л.А. Пастухова в процессе диссертационного исследования получила следующие данные: многие из отцов аномальных детей при рождении ребенка с нарушенным развитием склонны к реакции психологического отказа от него, чаще всего тогда, когда речь идет о сыне. Причинами этого являются ориентация отцов на будущее и более сильное, чем у матерей, ощущение ущербности перед социумом из-за дефекта ребенка, снижение самооценки, которое приводит к гневу и агрессивности по отношению к другим членам семьи [6, 51–52]. Кроме того, в исследовании И.С. Багдасарьян выявлено, что с первых лет жизни умственно отсталые дети интуитивно чувствуют неприятие со стороны своих отцов, что destructively влияет на межличностные контакты в семье. В качестве основного стиля родительского отношения к умственно-отсталому ребенку выделяется отвергающе-авторитарный [цит. по 7, 53–54]. Т.Г. Богдановой, Н.В. Мазуровой обследовались младшие школьники с нарушенным слухом. В результате данного исследования было выявлено искажение отцовской позиции и преобладание негативного отношения глухих детей к отцам [цит. по 7, 54].

Все это является значительной проблемой, так как среди социально-психологических особенностей семей, в которых риск возникновения нервно-психических заболеваний у детей особенно высок, наряду с другими факторами имеют место следующие: коммуникативный барьер между ребенком и отцом, а также ограничение влияния отца на процесс семейного воспитания, несогласованность требований к ребенку со стороны отца и матери. Нарушения семейных взаимоотношений оказывают негативное влияние на ребенка с нарушениями развития, на эффективность коррекционно-педагогических мероприятий, провоцируют разнообразные вторичные отклонения в психическом развитии такого ребенка (С.Д. Забрамная, И.Ю. Левченко) [1, 49].

Также нельзя не сказать и том, что Т.Г. Ветрилой в процессе обследования родителей детей с задержкой психического развития установлена тенденция отцов к отстранению от лечебно-реабилитационного процесса, возложению ответственности за ребенка на супругу (вплоть до обвинения жены в болезненном состоянии ребенка) [5, 34], что также является особой проблемой.

Все перечисленное доказывает необходимость практической работы психолога с данной категорией родителей.

В.В. Ткачева считает, что процесс консультирования отцов детей с нарушенным развитием должен быть направлен на следующее:

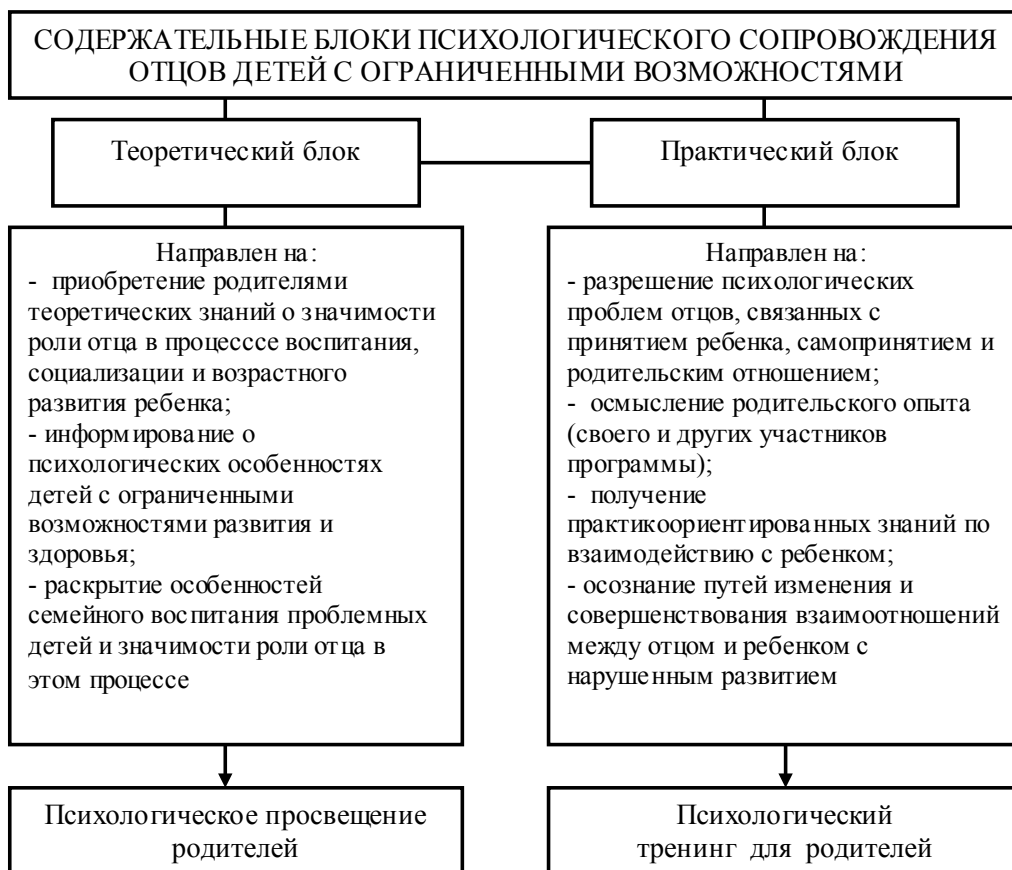
- на поддержку и развитие у отца ребенка потребности в сохранении семьи или, если развод неизбежен, на формирование ответственности за содержание и материальное обеспечение ребенка и его матери;
- на щадящее отношение к переживаниям отцов относительно будущего больного ребенка, снижение уровня травмированности по поводу психической и физической «дефективности» ребенка;
- на развитие стремления к оказанию помощи матери ребенка, пониманию ее трудностей, к оказанию ей психологической поддержки;
- на привлечение отца к общению с ребенком (воскресные прогулки, совместный отдых, семейные праздники и др.) [2, 66–67].

Нами для решения соответствующих проблем предлагается *модификация* нашей программы психологического сопровождения родителей «Школа отцовства» (М.В. Пастухова) [8].

Содержательные блоки данной программы представлены в схеме.

В качестве пояснения к схеме можно добавить, что, по нашему мнению, данные блоки должны реализовываться параллельно.

Блоки программы психологического сопровождения отцов детей с ограниченными возможностями



Проблематика изучения родительского отношения к детям с нарушенным развитием чрезвычайно актуальна для современной науки и практики и имеет особую значимость для системы воспитания детей с ограниченными возможностями развития и здоровья в семье.

Литература

1. Забрамная С.Д., Левченко И.Ю. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития (курс лекций). – М.: В. Секачев, 2007. – 128 с.
2. Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: Диагностика и консультирование / Под научной редакцией И.Ю. Левченко. – М.: Книголюб, 2008. – 144 с.
3. Воронцова М.В., Дубровская Т.А., Кукушин В.С. Адаптация и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: Монография. – Таганрог, 2009. - 289 с.
4. Ветрила Т.Г. Медико-психологические проблемы функционирования семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития // Медицинская психология – Том 4, № 1(13), 2009. С. 48 – 51.
5. Ветрила Т.Г. Гендерные особенности психического состояния родителей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития // Таврический журнал психиатрии – Т. 13, № 3(48), 2009. С. 28–35.
6. Пастухова Л.А. Детско-родительские отношения в семьях с детьми, имеющими недоразвитие интеллекта: дис... канд. психол. наук; Ярославский гос. пед. ун-т им. К.Д. Ушинского. – Ярославль, 2006. – 216 с.
7. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. М.: АСТ; Астрель, 2007. – 318 с.
8. Пастухова М.В. Школа отцовства: психологический тренинг и программа психологического просвещения // Инновационно-проектная деятельность в научно-образовательной сфере: Материалы конкурса преподавателей и сотрудников РГУ им. Есенина, – Рязань: РГУ, 2009

THE PROBLEM OF PARENTAL ATTITUDE TOWARDS CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDER

Resume: Psychological peculiarities of parental attitude towards children with developmental delay, fathers' behaviour in the situation of birth of an anomalous child, typical reaction of fathers

to the state of a child with developmental disorder are considered in this article. In addition, there are some scientists' meanings, concerning the issue of high risk of divorces in the families, bringing up a child with special needs. Some aspects of a psychologist's practical work with parents of the give category are also described.

Keywords: children with developmental disorder, fathers, parental attitude, divorces, psychological consulting of fathers, psychological support of fathers.

УДК: 616.895.87+616-018-07-08:615.851

ПРИНЦИПИ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ З СУПУТНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

О.Є.Смашна

Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського

В статті показані результати дослідження клініко-психопатологічних особливостей параноїдної шизофренії у 149 пацієнтів з коморбідними соматичними захворюваннями у динаміці (в періоді екзацерації та на етапі формування ремісії), виявлені механізми спотворення усвідомлення супутнього соматичного захворювання у пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії. Обґрунтовано вплив клініко – психопатологічних особливостей пацієнтів з параноїдною формою шизофренії та супутніми соматичними захворюваннями різних систем організму на диференціальний вибір психотерапевтичного підходу у комплексному лікуванні даного контингенту пацієнтів.

Ключові слова: параноїдна шизофренії, коморбідна з соматичною патологією; спотворення усвідомлення соматичного захворювання, психотерапія.

Коморбідність шизофренії з соматичними захворюваннями знижує якість життя і адаптаційні можливості пацієнтів [5, 7]. Серед чинників, що значно обмежують доступ до медичної допомоги даного контингенту хворих є соціальна ізоляція, когнітивні розлади, підозрілість, підвищений поріг больової чутливості внаслідок застосування психотропних середників нейролептичної, анксиолітичної та антидепресивної дії, а також стигматизація, зневага своїм станом і ведення шкідливого для соматичного здоров'я способу життя [5, 7].

Досить важливою є проблема медикаментозного комплаєнсу у пацієнтів з шизофренією та коморбідними соматичними захворюваннями. Ці труднощі стосуються як психотропного, так і соматотропного лікування, так як 30-50% пацієнтів з шизофренією та супутньою соматичною патологією зовсім не приймають нейролептичних препаратів або приймають їх у знижених дозах, 55% пацієнтів порушують режим прийому препаратів вже через 3 місяці після виписки, а в деяких випадка медикаментозну терапію важко призначити навіть при відсутності проблем з комплаєнсом - у випадках соматичних протипоказів, алергічної несумісності, тощо [1, 4].

Хворі на шизофренію частіше, ніж пацієнти з іншими психічними розладами, виявляють ознаки патологічної поведінки в соматичній хворобі, нерідко, навіть при ургентних станах, не висловлюють ніяких скарг або навіть відмовляються від медичної допомоги [1, 2, 4, 5]. У літературі часто згадується про взаємозв'язок між параноїдною формою шизофренії і анозогнозією [6, 9], що виявляється у цього контингенту хворих відносно актуального соматичного страждання. На думку деяких дослідників анозогнозія обумовлена порушенням больової чутливості, дефіцитарними розладами у вигляді вираженого емоційно-вольового зниження [6, 9], а згідно з іншим поглядом (Каргаполов Ю.А., Мацкевич М.І., 1983) - є не проявом негативної симптоматики, а особливою когнітивною характеристикою даної когорти пацієнтів.

Корекція неадекватного сприйняття супутнього соматичного захворювання, що обумовлена актуальною психопатологічною симптоматикою у пацієнтів з параноїдною шизофренією, повинна стати однією з мішеней терапевтичного втручання, оскільки є важливою в покращенні якості життя, скороченні смертності даного контингенту пацієнтів [7, 8].

Об'єкт дослідження – пацієнти, що страждають на параноїдну шизофренію та коморбідні захворювання сечовидільної, серцево-судинної, дихальної та травної систем організму.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічні, експериментально-психологічні, катамнестичні характеристики хворих на параноїдну шизофренію з супутньою соматичною патологією у періоді загострення та на етапі становлення ремісії.

Мета дослідження: дослідити механізми спотворення усвідомлення супутнього соматичного захворювання у пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії; обґрунтувати вплив клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з параноїдною формою шизофренії та супутніми соматичними захворюваннями різних систем організму на диференціальний вибір психотерапевтичного підходу у комплексному лікуванні даного контингенту пацієнтів.

Для реалізації мети дослідження нами було обстежено 149 пацієнтів, що страждали на параноїдну форму шизофренії та коморбідні захворювання різних систем організму. Клінічне спостереження обстежених хворих здійснювалося протягом 2008-2010 років в умовах Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні. Пацієнти обстежувались двічі: перший раз - при поступленні у фазі загострення параноїдної шизофренії, та вдруге – через місяць після проведення психофармакотерапевтичного лікування на етапі формування ремісії. Діагноз „Шизофренія, параноїдна форма” виставлявся згідно критеріїв МКХ-10, діагноз соматичного захворювання – згідно з заключенням лікарів-інтерністів на основі результатів клінічних та параклінічних методів дослідження.

Методи обстеження: клініко-психопатологічний з застосуванням психометричних шкал (шкала оцінки позитивних та негативних симптомів шизофренії PANSS, шкала для оцінки депресії HAMD), клініко-катамнестичний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний (дослідження мислительних операцій, методика піктограм за Херсонським, опитувальник для визначення рівня особистісної та реактивної тривоги Спілбергера-Ханіна, опитувальник для визначення якості життя “SF-36 Health Status Survey”).

Результати дослідження та їх обговорення.

У фазі загострення при порівнянні досліджуваних груп з контрольною не виявлено достовірних відмінностей у психометричній оцінці психічного стану по шкалі PANSS (загальна оцінка по шкалі 116,72 – 121,87), що вказує на відсутність полегшуючого впливу коморбідного соматичного захворювання на гостроту психотичного стану при екзацербачії шизофренії. Щодо якісної психопатологічної оцінки у пацієнтів з супутньою соматичною патологією різних систем організму в порівнянні з контрольною групою частіше спостерігалася депресивна симптоматика у вигляді як простого депресивного синдрому (у 25% пацієнтів з нефрологічною та 18,75% кардіологічною патологіями) та комплексних депресивних синдромів (тривожно-депресивного (у 23,33% пацієнтів з гастроентерологічною та 23,33% пацієнтів респіраторною патологіями), депресивно-іпохондричного (у 18,75% пацієнтів з нефрологічною та у 20% пацієнтів з респіраторною патологіями), депресивно-параноїдного (у 15,63 пацієнтів з нефрологічною та 20% пацієнтів з гастроентерологічною коморбідністю). У пацієнтів контрольної групи частіше, ніж у пацієнтів з супутньою соматичною патологією в клініці афективних порушень спостерігалися спотворення ефективності у вигляді емоційної неадекватності (25,81%) та дисфоричності (16,13%). Вищевказані дані є свідченням частішого і вираженішого емоційного розщеплення при загостренні параноїдної шизофренії у пацієнтів без супутньої соматичної патології та більш збереженої цілісності емоційних процесів при коморбідних соматичних патологіях, що є підґрунтям для формування клінічно і феноменологічно складних депресивних синдромів.

У пацієнтів з параноїдною шизофренією, перебіг якої ускладнений наявністю соматичної патології, в клінічній картині якої мав місце депресивний синдром ми використовували наступну психотерапевтичну когнітивно-поведінкову техніку: активування активності, посилення відчуття контролю за поведінкою, градуйовані завдання, поведінково-рольова репетиція, поведінковий експеримент.

При аналізі порушень соціальної активності у фазі загострення в процесі нашого дослідження виявлено, що у пацієнтів контрольної групи дані порушення були зумовлені більшою, в порівнянні з пацієнтами з коморбідною соматичною патологією вираженістю продуктивних психотичних порушень у вигляді агресивності (22,58%), розладів потягів (9,68%), психомоторного збудження (25,81%), високого рівня психотичної тривоги, негативізму (22,58%), емоційної розщепленості і неадекватності (25,81%), що робило неможливими адекватну соціальну перцепцію та відповідні поведінкові акти. Натомість, у пацієнтів з соматичною патологією, порушення соціальної активності у фазі загострення

частіше були зумовлені негативною симптоматикою у вигляді кататонічного ступору, аутизму, парабулій, стереотипій діяльності.

Дослідження синдромальної характеристики порушень соматичної перцепції у досліджуваних групах пацієнтів у період загострення шизофренії показала, що у всіх групах пацієнтів з різними соматичними патологіями в порівнянні з контрольною групою хворих спостерігалось підвищення частоти соматичної занепокоєності як емоційної реакції на соматичні процеси як патологічного, так і фізіологічного характеру. Тематика соматичної тривожності і фокус її уваги не завжди були співзвучними до реальних соматичних симптомів та тілесних відчуттів, що були спричинені існуючим супутнім соматичним захворюванням. У пацієнтів з супутніми захворюваннями сечовидільної та дихальної системи відмічалась достовірно більша частота синдромів як неврозоподібного так і психотичного реєстру, що стосувалися порушеного сприймання фізіологічних функцій, різноманітних патологічних тілесних сенсацій у вигляді сенестопатій, дисоціативно-конверсивних порушень чутливості із формуванням на їхньому фоні параноїдно-іпохондричних синдромів. Наступну когнітивно-біхевіоральну техніку ми використовували у психотерапевтичній роботі з пацієнтами, у яких мав місце депресивно-іпохондричний синдром: самоконтроль, когнітивне реструктурування, експозиція і запобігання реакціям, виявлення і реатрибуція основних переконань і передумов.

Досліджуваним пацієнтам проводилась оцінка якості життя опитувальником «SF-36 Health Status Survey» у фазі загострення та на етапі формування ремісії шизофренії. Базуючись на оцінках окремих показників даного опитувальника було виділено два узагальнених параметри - Фізичний компонент здоров'я РН та Психологічний компонент здоров'я МН. На рисунку 1 у наглядній формі показано динаміку оцінки досліджуваними пацієнтами «Фізичного компоненту здоров'я (РН)».

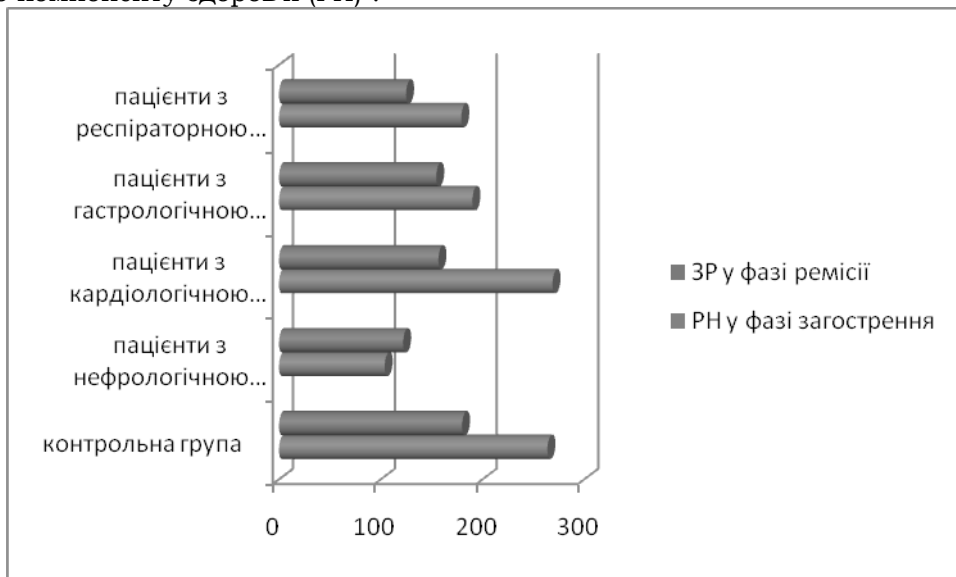


Рис. 1. Динаміка оцінки Фізичного компоненту здоров'я (РН) у досліджуваних пацієнтів за опитувальником для оцінки якості життя «SF-36 Health Status Survey».

Аналізуючи динаміку оцінки соматичного стану згідно опитувальника для оцінки якості життя, у всіх пацієнтів, окрім групи з коморбідною нефрологічною патологією, спостерігалось більша оцінка «Фізичного компоненту здоров'я» у фазі формування ремісії в порівнянні з оцінкою цього показника у фазі загострення (Рис. 1). Найбільша різниця в оцінці даного параметру спостерігається у групі порівняння та у групі пацієнтів з супутніми кардіологічними захворюваннями, що говорить про найбільш суттєвий вплив продуктивної психотичної симптоматики на адекватне усвідомлення і відношення до свого соматичного стану у пацієнтів даних груп. Дані обставини зумовлювали анозогностичну позицію щодо супутньої серцево-судинної патології у фазі загострення шизофренії та формування нормогностичної позиції при редукції психотичної симптоматики у фазі формування ремісії.

Основними завданнями психотерапії, яка застосовувалась пацієнтам, що страждали на параноїдну форму шизофренії з супутніми соматичними захворюваннями, були загальні принципи психотерапії у хворих на шизофренію, а саме - попередження загострення, запобігання ізоляції хворих в суспільстві та їх аутизації; соціальна активація і пом'якшення реакцій пацієнтів у відповідь на ситуації, пов'язані з хворобою і лікуванням, подолання соціальних наслідків захворювання, формування критичного відношення до захворювання і

дезактуалізація психотичних переживань; потенціювання антипсихотичної дії біологічних методів лікування; підготовка пацієнтів до виписки і профілактика явищ внутрішньолікарняного госпіталізму, корекції спотвореного сприйняття мотиваційних структур за допомогою специфічних моделей психоаналітичної психотерапії, психологічна адаптація соціального оточення, що контактує з хворим.

Специфічним завданням для психотерапевтичного втручання серед даного контингенту пацієнтів була корекція сприймання ними власного соматичного функціонування, скарг та відчуттів, пов'язаних з фізичними недугами. Феномени порушення внутрішньої картини соматичного захворювання у обстежуваних нами пацієнтів реалізувалися за трьома напрямками.

1) Переважно соціально – обумовлений тип – пов'язаний з соціальними, культуральними факторами, так званою соціальною атрибуцією ролі хворого. Синдромогенез за даним типом реалізується у пацієнтів при достатньо збереженому рівні соціальної компетентності, особистісної цілісності, при задовільному соціальному орієнтуванні та функціонуванні. Для психокорекції пацієнтів з даним типом застосовувалися психотерапевтичні методики, спрямовані на корекцію актуальних міжособистісних стосунків, системна сімейна психотерапія.

2) Переважно психопатологічно - обумовлений тип (феноменологічний) – обумовлений наявними психопатологічними симптомами параноїдної шизофренії як позитивного, так і негативного спектру. Синдромоутворення за даним типом визначається актуальними ендогенними патологічними симптомами, через призму яких сприймається об'єктивність супутнього соматичного захворювання. Основними психокорекційними завданнями щодо пацієнтів з даним механізмом порушення внутрішньої картини захворювання використовувалися психотерапевтичні методики, направлені на підвищення критичності пацієнтів до актуальних психопатологічних феноменів з метою підвищення комплаєнтності, дезактуалізації продуктивних психотичних проявів та нівелювання дефіцитарної симптоматики.

3) Переважно сомато-біологічний тип – обумовлений атоанатомічними, ноцицептивними (патофізіологічними) змінами у організмі, які достатньо виразно відрізняються від попереднього соматопсихічного досвіду особистості, і спричиняють вплив на особистісне реагування на прояви соматичного захворювання, а також впливають на формування фабули параноїдних утворень, емоційні синдроми, параноїдну поведінку, тощо. Для пацієнтів з даним типом спотворення внутрішньої картини захворювання використовувалися методики аутогенного тренування та релаксації, тілесно-орієнтована психотерапія.

Висновки.

1. Структура синдромогенезу параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією, носить інтеграційний характер та охоплює широкий спектр порушень афективної, вольової сфери, когнітивної, перцептивної та соціальної діяльності.
2. Спотворення об'єктивної оцінки соматичного функціонування є однією з основних мішеней психотерапевтичних втручань при коморбідності параноїдної шизофренії з соматичними захворюваннями, оскільки призводить до зниження якості лікування коморбідних соматичних захворювань та так званої «патологічної поведінки в хворобі».
3. Диференціальна психотерапія пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії передбачає врахування фази захворювання, гостроти та вираженості психопатологічної симптоматики, а також якісних психопатологічних характеристик у виборі тактики психотерапевтичного впливу.
4. Спотворення усвідомлення та відношення до проявів актуального соматичного захворювання у пацієнтів з параноїдною формою шизофренії реалізується за трьома основними напрямками – переважно соціально-обумовленими типом, переважно психопатологічно обумовленими типом та переважно сомато-біологічним типом.
5. Завдання та вибір тактики психотерапевтичної корекції у пацієнтів з параноїдною шизофренією та супутньою соматичною патологією залежить від напрямку, за яким реалізується спотворення внутрішньої картини соматичного захворювання.

Список літератури.

1. Дробижев, М. Ю. Нозогени (психогенные реакции) у больных соматической патологией [Текст] : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06. // Дробижев Юрий Михайлович; — НЦПС РАМН. — М., 2000. — 54с.
2. Козерацька, О. А. Порушення самосвідомості у хворих на шизофренію (судово-психіатричний аспект) [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 / Козерацька Олена Андріївна ;

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. — К., 2006. — 52с.

3. Коцюбинский, А. П. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание [Текст] / А. П. Коцюбинский [и др.] — СПб.: Гиппократ, 2004. — 336 с.
4. Лебедева, В. Ф. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспекты) [Текст] : автореф. дис. ... док. мед. наук : 14.01.16 / Лебедева Валентина Федоровна ; «Научный центр психического здоровья РАМН» (Москва). — Томск, 2007. — 46 с.
5. Манухина, Н. М. Системная семейная психотерапия больных соматических в период их госпитализации [Текст] / Н. М. Манухина // Семейная психология и семейная терапия. — 2000. — №2. — С. 15—20.
6. Медведев, С. Э. Аналитико-системная семейная психотерапия при параноидной шизофрении [Текст] / С.Э. Медведев // Психотерапия. — 2010. — № 9. — С.23—28.
1. Морозова, М. А. Динамика связи уровня когнитивного функционирования и психопатологических проявлений у больных параноидной шизофренией в состоянии психоза и при становлении ремиссии [Текст] / М. А. Морозова, В. В. Рубашкина, Т. А. Лепилкина // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. — 2008. — № 7. — С. 4—12.
2. Мосолов, С.Н. Клиническая эффективность психообразовательной программы у больных параноидной шизофренией в процессе длительной амбулаторной терапии [Текст] / С.Н. Мосолов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. — 2008. — № 7. — С. 61—67.
7. Смулевич, А. Б. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в соматическом стационаре [Текст] / А. Б. Смулевич, М. А. Дробижев, С. А. Иванов // Журн. неврол. и психиатр. им.С.С.Корсакова. — 2002. — № 7. — С. 9—13.
8. Тхостов, А. Ш. Психология телесности [Текст] / А. Ш.. Тхостов. — М.: Смысл, 2002, — С. 15—27, 66—72, 115—128.
9. Brown, S. Causes of the excess mortality of schizophrenia [Электронный ресурс] / Brown, S., Barraclough B. // The British Journal of Psychiatry. — 2000. —N. 177 — P. 212—217. Режим доступа : <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/177/3/212>
10. Juan, R. Bustillo The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update [Электронный ресурс] / R. Bustillo Juan [et all] //Am J Psychiatry. —2001. — vol. 158,:№3, — P.163—175. Режим доступа : <http://hsc.unm.edu/som/psychiatry/faculty/bustillo.html>
11. Rickelman, B. L. Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight [Электронный ресурс] / B. L. Rickelman // Ment Healt Nurs. — 2004. — N/. 25(3). — P. 227. Режим доступа : <http://www.schizophrenia.com/insightbiology.htm>

PRINCIPLES OF DIFFERENTIAL PSYCHOTHERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WHICH SUFFER FROM PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA WITH CONCOMITANT SOMATIC ILLNESS

O. Ye.Smashna

Resume: results of research of clinical dynamic of psychopathological features of paranoid schizophrenia in 149 patient with concomitant somatic illness (investigation in the period of exacerbation and on the stage of forming of remission), educed mechanisms of distortion of inner picture of concomitant somatic illness in patients which suffer from paranoid schizophrenia are shown in the article. Clinical- psychopathological picture of paranoid schizophrenia is reasonable in the differential choice of psychotherapy approach in the complex treatment of this contingent of patients.

Keywords: paranoid schizophrenia, comorbid with somatic illness; distortion of realization of inner picture of somatic pathology, psychotherapy.

ПРИНЦИПЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫЕ СТРАДАЮТ НА ПАРАНОИДНУЮ ФОРМУ ШИЗОФРЕНИИ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

O. E.Смашна

Резюме: В статье показанны результаты исследования клинико-психопатологических особенностей параноидной шизофрении у 149 пациентов из коморбидными соматическими заболеваниями в динамике (в периоде эксацербации и на этапе формирования ремиссии), выявленные механизмы искажения осознания сопутствующего соматического заболевания у пациентов, которые страдают на параноидную форму шизофрении. Обосновано влияние клинико - психопатологических особенностей пациентов с параноидной формой шизофрении и сопутствующими соматическими заболеваниями разных систем организма на дифференциальный выбор психотерапевтического подхода в комплексном лечении данного контингента пациентов.

Ключевые слова: параноидная шизофрении, коморбидная с соматической патологией; искажение осознания соматического заболевания, психотерапия

СЛОВО О ПРОФЕССОРЕ ЗИГМУНДЕ ФРЕЙДЕ – ТАЛАНТЛИВОМ ИССЛЕДОВАТЕЛЕ ОСНОВ ДУШЕВНОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА (к 155-летию со дня рождения)

П. Т. Петрюк², А. П. Петрюк¹

¹Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины,

¹Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача),

²Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

*...Истинно широкий ум занимается проблемами,
интересующими все народы.*

Гельвеций

Резюме. В работе изложены биографические и научно-практические аспекты деятельности профессора З. Фрейда – выдающегося австрийского ученого, психиатра, невролога, психопатолога и психолога, основоположника психоанализа и создателя психоаналитической школы, представления которого о бессознательном, сублимации, динамической психической структуре личности и мотивах человеческого поведения, значении детского эмоционального опыта в душевной жизни взрослого, постоянном психическом влечении к эроту и смерти нашли широкое распространение в современной культуре.

Ключевые слова: профессор З. Фрейд, биографические данные, жизненный и творческий путь, научное наследие.

Зигмунд Фрейд (полное имя Сигизмунд Шломо Фрейд, нем. *Sigismund Schlomo Freud*) (1856–1939) – выдающийся австрийский ученый, психиатр, невролог, психопатолог и психолог, основоположник психоанализа и создатель психоаналитической школы – терапевтического направления в психологии, постулирующего теорию, согласно которой невротические расстройства человека вызваны многокомплексным взаимоотношением бессознательных и сознательных процессов. В своих теориях З. Фрейд во многом исходил из идей эволюционной антропологии. Психоанализ стал одним из наиболее влиятельных психологических учений XX века и вошел в число 100 великих научных открытий человечества. Важность фигуры З. Фрейда в истории психологии и в истории культуры переоценить на самом деле невозможно, даже если мы перечислим все его невероятные заслуги. Бесспорно, он является создателем профессии психотерапевта, как таковой, безотносительно к отдельным школам и направлениям.

Невозможно переоценить вклад З. Фрейда в науку о природе человека. Ему удалось впервые объяснить человеческое поведение в психологических понятиях и категориях и продемонстрировать, что поведение это при определенных обстоятельствах можно изменить. Он на практике сблизил понятия лечения и исследования. Его выводы и принципы вызвали к жизни первую всеобъемлющую теорию личности, основанную на наблюдении, а не на умозрительных предположениях. Основная историческая заслуга З. Фрейда заключается именно в создании *базисной опорной структуры* для всего корпуса психотерапевтического знания [1–12].

Представления З. Фрейда о бессознательном, о сублимации, о динамической психической структуре личности и мотивах человеческого поведения, значении детского эмоционального опыта в душевной жизни взрослого, постоянном психическом влечении к эроту и смерти нашли широкое распространение в современной культуре [13].

Среди многих выдающихся имен прошлого столетия, имя З. Фрейда принадлежит к самым известным. Его популярность разноплановая: для одних это ученый, чьи работы до сих пор не утратили научного веса, для кого-то – это объект насмешливых анекдотов и непристойных карикатур, а для некоторых – провинциальный еврей, который «пролез» в европейскую психиатрию и совершенно справедливо был осмеян в изысканном романе Э.Л. Доктору «Регтайм» (1975), в котором известный писатель не простил З. Фрейду оскорбительных отзывов об американцах 1909 года – времени визита основателя психоанализа в

США. Таковы лишь некоторые из множества противоречивых суждений и оценок, которых удостоился психоанализ и его основоположник – З. Фрейд. Однако сам пафос полемики, не стихающий по сей день, свидетельствует о том, что из всех психологов именно З. Фрейду принадлежит определяющее влияние на общественное сознание нашей эпохи, чем объясняется неугасаемый и неоспоримый уже на протяжении многих десятилетий интереса к его личности [4, 8–10, 14].

Следует отметить, что в любом перечислении самых влиятельных евреев не только современной истории, но и всех времен З. Фрейд называется в числе первых десяти великих евреев наряду с такими именитыми личностями, как Иисус Христос, Моисей, Авраам, Альберт Эйнштейн, Карл Маркс, Святой Павел и другими. З. Фрейд был, как справедливо охарактеризовал его Пол Джонсон в «Истории евреев», «величайшим из евреев новаторов» [15–17].

Зигмунд Фрейд родился 6 мая 1856 года в провинциальном моравском городке Фрайберге на окраине Австро-Венгерской империи (ныне г. Пршибор в Чехии) в традиционной еврейской семье 40-летнего отца Якуба Фрейда и его 20-летней жены Амалии Натансон, которые были галицийскими евреями. Он был первенцем у молодой матери. После Зигмунда у Фрейдов с 1858 по 1866 годы родилось пять дочерей и еще один сын. В октябре 1859 года семья переехала в Лейпциг, а после нескольких месяцев бесплодных поисках новых доходов, наконец, обустроилась в Вене.

В 9-летнем возрасте З. Фрейд поступил в гимназию Сперл (среднюю школу), где был одним из лучших учеников. Подобно другим молодым людям того времени, он получил классическое образование: изучал греческий и латынь, читал великих классических поэтов, драматургов и философов – У. Шекспира, И. Канта, Г. Гегеля, А. Шопенгауэра и Ф. Ницше. Его любовь к чтению была так сильна, что долги в книжной лавке стремительно росли, что не радовало его отца, стесненного в средствах. З. Фрейд великолепно владел немецким языком и одно время получал даже призы за свои литературные победы. В гимназии он был первым учеником и, по собственному признанию, пользовался известными привилегиями: его даже переводили из класса в класс без экзаменов. Он также бегло говорил на французском, английском, испанском и итальянском языках [6, 10–12].

В возрасте 17 лет Зигмунд с отличием окончил гимназию и решил посвятить себя науке. Он испытывал в тот период «непреодолимую потребность разобраться в загадках окружающего мира и по возможности сделать что-либо для их решения». Но осуществлению его замыслов препятствовала государственная политика Австро-Венгрии, ограничивавшая сферу деятельности евреев коммерцией, юриспруденцией и медициной. Известное влияние на З. Фрейда оказала его дружба с Генрихом Брауном, который позднее стал одним из видных деятелей социал-демократического движения, основал совместно с К. Каутским и К. Либкнехтом журнал «Новое время». Под его влиянием З. Фрейд склонялся к изучению права, но вскоре оставил этот замысел. Не чувствовал он особой склонности и к карьере врача, но тем не менее выбрал медицину как сферу, наиболее близкую его интересам. В молодости он интересовался философией и другими гуманитарными дисциплинами, однако постоянно ощущал потребность в изучении естественных наук [4].

В 1873 году он поступил на медицинский факультет Венского университета. Учебные занятия З. Фрейд совмещал с работой в Институте физиологии при университете, руководимом Эрнстом Брюкке. Сотрудничество с этим выдающимся ученым укрепило научный склад мышления молодого З. Фрейда. Под руководством Э. Брюкке он осуществил несколько оригинальных исследований, способствовавших оформлению теории нейронов.

Кроме этого, во время учебы З. Фрейд испытал на себе положительное влияние этого знаменитого психолога Э. Брюкке, который выдвигал идею о том, что живые организмы представляют собой динамические энергетические системы, подчиняющиеся законам физической вселенной. З. Фрейд воспринял эти идеи со всей серьезностью, и позднее они получили свое развитие в его взглядах на динамику психического функционирования.

Честолюбие толкало З. Фрейда к совершению какого-нибудь открытия, которое принесло бы ему известность уже в студенческие годы. Он внес свой вклад в науку благодаря описанию новых свойств нервных клеток у золотых рыбок, а также подтверждению существования семенников у самцов угря.

Страстное желание как можно быстрее отыскать новое терапевтическое средство, энтузиазм и нетерпение З. Фрейда отражает история с кокаином. В 1883 году по заказу химической фабрики Мерка в Дармштадте он предпринял экспериментальное исследование свойств кокаина, причем эксперименты осуществлял главным образом на себе и своих близких. На основании этих исследований его друг Карл Коллер ввел кокаин в офтальмо-

логию в качестве анестезирующего средства. Однако эксперименты З. Фрейда нанесли серьезный ущерб здоровью некоторых его добровольных испытуемых. Позднее, когда стало известно о существовании наркотической зависимости от кокаина, энтузиазм З. Фрейда пошел на убыль. Разразился скандал. В медицинских кругах за З. Фрейдом надолго закрепилась репутация авантюриста и шарлатана [4, 6].

Работая в Институте физиологии, З. Фрейд не мог оставаться в стороне от острых научных дискуссий своего времени. Революция, совершавшаяся в естествознании, требовала мировоззренческого осмысления научных открытий, и это дало толчок его интересу к философии. Однако к тому времени, когда он поступил на медицинский факультет, курс философии был упразднен, и свою склонность к философии З. Фрейд удовлетворял лишь посредством самообразования. С этой целью в 1874–1875 годах он прослушал цикл лекций немецкого философа Ф. Brentano. Учение Ф. Brentano о психических актах как направленных действиях души, его полемика с английским психиатром Г. Маудсли по проблемам бессознательного вызвали живой интерес З. Фрейда. Ф. Brentano не разделял идею бессознательного, но благодаря его работе «Психология с эмпирической точки зрения» (1874) З. Фрейд смог познакомиться с существовавшими в истории философии трактовками этой проблемы. По-видимому, общение с Ф. Brentano не ограничивалось стенами университетской аудитории, поскольку именно благодаря его рекомендации З. Фрейд получил заказ на перевод сочинений английского философа Джона Стюарта Милля. В ходе этой работы З. Фрейд приобщился, в частности, к философии Платона, о которой Д. С. Милья был весьма высокого мнения. Платоновская идея воспоминания произвела на З. Фрейда глубокое впечатление и впоследствии была использована им при разработке техники психоанализа [4].

З. Фрейд в 1881 году с отличием окончил медицинский факультет Венского университета и получил степень доктора медицины. В это время, в начале 1880-х годов, он сблизился с Йозефом Брейером и Жаном Мартином Шарко, оказавшими огромное влияние на его научную деятельность.

Необходимость зарабатывать деньги и отсутствие вакансий не позволили ему остаться на кафедре, и он поступает сначала в Физиологический институт, а затем в Венскую больницу, где работает врачом, переходя из одного отделения в другое. В 1884 году З. Фрейд присоединился к Й. Брейеру, одному из ведущих в то время венских врачей, который проводил исследования больных истерией с помощью гипноза.

1885 год ознаменовался критическим поворотом в карьере З. Фрейда. Он получил звание приват-доцента неврологии, и ему была предоставлена исследовательская стипендия для научной стажировки за границей, которая дала ему возможность поехать в Париж и в течение четырех месяцев стажироваться у Ж. М. Шарко, основателя Парижской психоневрологической школы, одного из наиболее выдающихся психоневрологов того времени. Ж. М. Шарко изучал причины и лечение истерии – психического расстройства, проявлявшегося во множестве разнообразных соматических проблем. У пациентов, страдавших истерией, наблюдались такие симптомы, как паралич конечностей, слепота и глухота. Ж. М. Шарко, используя внушение в гипнотическом состоянии, мог, как индуцировать, так и устранять многие из этих истерических симптомов. Лекции Ж. М. Шарко и его клинические демонстрации произвели на З. Фрейда большое впечатление. На его глазах происходило исцеление больных истерией, страдавших преимущественно параличом. За время короткого пребывания в знаменитом госпитале Сальпетриер в Париже З. Фрейд из невролога стал психопатологом.

По возвращении из Парижа З. Фрейд открывает частную практику в Вене. Он сразу решает испробовать гипноз на своих больных. Первый успех был окрыляющим. За первые несколько недель он добился моментального исцеления нескольких больных. По Вене распространился слух, что доктор З. Фрейд чудотворец. Но вскоре появились и неудачи. Он разочаровался в гипнотической терапии, как в свое время в лекарственной и физической терапии.

Однако вскоре он обнаружил, что не располагает ни исчерпывающей теорией, ни эффективными методами для борьбы с этим распространенным, но малоизученным заболеванием. Психология, делавшая свои первые шаги, мало чем могла ему помочь. Лишь в 1879 году В. Вундтом был создан первый в мире Институт психологии и издан официальный документ, определявший ее статус в системе наук. Психология в ту пору не располагала теорией, способной пролить свет на феномен невроза. «Психология, – писал З. Фрейд, – могла предложить нам очень мало, а для наших целей совсем ничего, нам пришлось заново открывать как наши методы, так и теоретические гипотезы, на которых эти методы основывались» [4].

В 1886 году З. Фрейд вступает в брак с Мартой Бернайс, с которой они прожили вместе более половины века. Впоследствии у них рождается шесть детей – Матильда (1887–1978),

Жан Мартин (1889–1967, назван в честь Ж.М. Шарко), Оливер (1891–1969), Эрнст (1892–1970), София (1893–1920) и Анна (1895–1982). Именно Анна стала последовательницей отца, основала детский психоанализ, систематизировала и разрабатывала психоаналитическую теорию, внесла значительный вклад в теорию и практику психоанализа в своих трудах.

В 80-е годы прошлого века З. Фрейд начал, как уже нами отмечено, сотрудничать с известным венским врачом Й. Брейером, который к тому времени достиг определенного успеха в лечении пациентов с истерией благодаря применению метода свободных рассказов больных о своих симптомах. Й. Брейер и З. Фрейд предприняли совместное исследование психологических причин истерии и методов терапии этого заболевания. Их работа завершилась публикацией книги «Исследования истерии» (1895), в которой они пришли к выводу о том, что причиной появления истерических симптомов являются подавленные воспоминания о травматических событиях. Дату этой знаменательной публикации некоторые исследователи иногда связывают с основанием психоанализа, однако наиболее творческий период в жизни З. Фрейда был еще впереди.

Личные и профессиональные отношения между З. Фрейдом и Й. Брейером резко прервались примерно в то же время, когда была опубликована вышеупомянутая книга. Причины, по которым коллеги внезапно стали непримиримыми врагами, до сих пор не вполне ясны. Биограф З. Фрейда Эрнест Джонс утверждает, что Й. Брейер категорически не соглашался с З. Фрейдом по вопросу о роли сексуальности в этиологии истерии, что предопределило разрыв. Другие исследователи предполагают, что Й. Брейер выступил в роли «отцовской фигуры» для более молодого З. Фрейда и его устранение было просто предначертано самим ходом развития отношений вследствие Эдипова комплекса у З. Фрейда. Каковы бы ни были причины, но эти два человека уже никогда снова не встретились как друзья [6].

В 1891 году была издана работа З. Фрейда «Об афазии», в которой он, в частности, впервые выступил с аргументированной критикой общепринятой тогда концепции локализации функций мозга в определенных его центрах и предложил альтернативный функционально-генетический подход к изучению психики и ее физиологических механизмов. В статье «Защитные невропсихозы» (1894) и работе «Исследование истерии» (1895, в соавторстве с Й. Брейером) было засвидетельствовано, что существует обратное воздействие психической патологии на физиологические процессы и зависимость соматических симптомов от эмоционального состояния пациента [8].

В 1891 году З. Фрейд переселяется в дом по адресу: Вена IX, Берггассе, 19, в котором он жил с семьей и принимал пациентов вплоть до вынужденной эмиграции в июне 1938 года. К этому же году относится начало разработок З. Фрейдом совместно с Й. Брейером особого метода гипнотерапии – так называемого катаргического (от греческого katharsis – очищение). Совместно они продолжают изучение истерии и ее лечения при помощи катаргического метода. В 1895 году они издают, как уже отмечалось, книгу «Исследования по истерии», где впервые говорится о взаимосвязи возникновения невроза с неудовлетворенными влечениями и эмоциями, вытесненными из сознания. З. Фрейд также и другое состояние человеческой психики, сходное с гипнотическим – сновидение. В том же году он открывает основную формулу тайны сновидений: каждое из них – это исполнение желания. Эта мысль так поразила его, что он даже шутливо предложил прибить памятную табличку в том месте, где это произошло. Пятью годами позже он изложил эти идеи в своей книге «Толкование сновидений» (1900), которую принято считать первым психоаналитическим трудом и началом психоанализа. Кстати, автор книги неизменно считал её своим лучшим трудом.

Развивая свои идеи, З. Фрейд делает вывод о том, что главная сила, направляющая все поступки, мысли и желания человека – это энергия либидо, то есть сила сексуального влечения. Этой энергией наполнено человеческое бессознательное и потому оно находится в постоянном противоборстве с сознанием – воплощением моральных норм и нравственных устоев. Таким образом, он приходит к описанию иерархической структуры психики, состоящей из трех «уровней»: сознания, предсознательного и бессознательного. При этом на основе работ З. Фрейда выделяет *основные положения и принципы психоанализа*: 1. *Биологический детерминизм*: тело человека (его сексуальные и физиологические составляющие) является единственным источником всей его психической энергии. 2. *Психический детерминизм*: всякая мысль и поведение имеют значение или повод, а всякое явление вызывается сознательными или бессознательными намерениями и определяется событиями, которые ему предшествовали. 3. *Выделяются три уровня психической жизни*: а) сознание, которое содержит в себе неблокируемые, осознаваемые и переживаемые индивидом явления, мысли, чувства и другие феномены; б) предсознание – латентная (скрытая) часть психики, кото-

рая не содержит в себе четко осознаваемых представлений и мыслей, но при усилении памяти может воспроизвести необходимую информацию; в) бессознательное – самая важная часть психики, оказывающая решающее значение на поведение и личность человека, содержащая в себе неосознаваемые им феномены, вытесненные цензурой из сознания: инстинкты, воспоминания, чувства, события и целые куски жизни. Содержание бессознательного оказывает воздействие на человека, проникая в сознание через сны, оговорки, забывания и т. п., а в патологических случаях и через различные невротические проявления (причем, как на соматическом, так и на психическом уровнях).

Изучение бессознательных компонентов психики и перевод их в сферу сознания составляет ядро психотерапевтического метода З. Фрейда и может осуществляться с помощью анализа сновидений, ошибок повседневной жизни (забывание имен, событий, дат), невротических симптомов, через метод анализа свободных ассоциаций, которые связаны у пациента с травмирующим событием или чувством.

В 1895 году З. Фрейд окончательно отказался от гипноза и начал практиковать метод свободных ассоциаций – «лечение разговором» впоследствии названный «психоанализом». Впервые понятие «психоанализ» он использовал в статье об этиологии неврозов, опубликованной на французском языке 30 марта 1896 года. В период с 1885 по 1899 годы З. Фрейд ведет интенсивную практику, углубленно занимается самоанализом и работает над своей самой значительной книгой «Толкование сновидений» (1900).

После издания книги, З. Фрейд развивает и совершенствует свою теорию. Несмотря на негативную реакцию интеллектуальной элиты, неординарные идеи З. Фрейда постепенно находят признание у молодых врачей Вены. Поворот к настоящей славе и большим деньгам произошел 5 марта 1902 года, когда император Франсуа-Жозеф I подписал официальный указ о присвоении З. Фрейду звания профессора-ассистента. В этом же году вокруг З. Фрейда собираются ученики и единомышленники, образуется психоаналитический кружок «по средам».

В книге «Психопатология обыденной жизни» (1901) З. Фрейд приводит многочисленные клинические наблюдения, которые убедили его в важной роли инстинкта саморазрушения для психической жизни человека. Идея о том, что на наше поведение влияют неосознаваемые мотивы, была продемонстрирована автором в упомянутой книге. Различные ошибочные действия, забывание имен, оговорки, описки обычно принято считать случайными, объяснять их слабостью памяти. По З. Фрейду же в них прорываются скрытые мотивы. Если, например, открывая заседание, председатель объявляет его закрытым, то это не простая оговорка, а выражение его нежелания обсуждать на этом заседании неприятный для него вопрос. В другой работе «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905) шутки или каламбуры интерпретируются З. Фрейдом, как разрядка напряжения, созданного теми ограничениями, которые накладывают на сознание индивида различные социальные нормы.

Схема психосоциального развития личности от младенческого возраста до стадии, на которой возникает естественное влечение к лицу противоположного пола рассматривается З. Фрейдом в «Трех очерках по теории сексуальности» (1905). Одной из ведущих версий З. Фрейда является Эдипов комплекс, как извечная формула отношения мальчика к родителям: мальчик испытывает влечение к матери, воспринимая отца как соперника, который вызывает и ненависть и страх.

В период Первой мировой войны З. Фрейд вносит коррективы в свою схему инстинктов. Наряду с сексуальным в психике человека присутствует инстинкт стремления к смерти (Танатос как антипод Эросу), по З. Фрейду, этот инстинкт включает в себя и инстинкт самосохранения. Под именем Танатос имелось в виду не только особое тяготение к смерти, но и к уничтожению других, стремление к агрессии, которая возводилась в ранг известного, заложенного в самой природе человека биологического побуждения.

К 50-летию З. Фрейда его ученики преподносят ему медаль, изготовленную К. М. Schwerdner, на обратной стороне которой изображены Эдип и Сфинкс.

В 1907 году он устанавливает контакт со школой психиатров из Цюриха и его учеником становится молодой швейцарский врач К. Г. Юнг. С этим человеком З. Фрейд связывал большие надежды – именно его он считал наилучшим преемником своего детища, способного возглавить психоаналитическое сообщество. 1907 год, по оценке самого З. Фрейда, переломный в истории психоаналитического движения – он получает письмо от Э. Блейлера, который первым в научных кругах высказал официальное признание фрейдовской теории. В марте 1908 года З. Фрейд становится почетным гражданином Вены. К 1908 году З. Фрейд

имел последователей по всему миру, «Психологическое общество по средам», собиравшееся у З. Фрейда, преобразовывается в «Венское психоаналитическое общество», и 26 апреля 1908 года в отеле «Бристоль» в Зальцбурге проходит Первый международный психоаналитический конгресс, в котором приняло участие 42 психолога, половину из которых составляли практикующие аналитики.

З. Фрейд продолжает активно работать, психоанализ получает широкую известность во всей Европе, в США, в России. В 1909 году он выступает с лекциями в США, в 1910 году в Нюрнберге собирается Второй международный конгресс по психоанализу, далее конгрессы становятся регулярными. В 1912 году З. Фрейд основывает периодическое издание «Международный журнал по медицинскому психоанализу». В 1915–1917 годах он читает лекции по психоанализу на своей родине, в Венском университете, и готовит их к изданию. Выходят в печати его новые работы, где он продолжает свои исследования тайн бессознательного. Теперь его идеи выходят за рамки лишь медицины и психологии, но касаются также законов развития культуры и общества. Многие молодые врачи приезжают учиться психоанализу непосредственно к его основателю. Небезынтересно здесь отметить, что лучшим учеником у З. Фрейда был К. Абрахам.

В январе 1920 года З. Фрейду присваивается звание ординарного профессора университета. Показателем настоящей славы было чествование в 1922 году Лондонским университетом вместе с Еврейским историческим обществом пяти «еврейских философов», великих гениев человечества – Филона, Мемонида, Б. Спинозы, З. Фрейда и А. Эйнштейна, – серией докладов. Венский дом на Берггассе, 19, наполнялся знаменитостями, запись на приемы З. Фрейда шла из разных стран, и он был расписан уже, кажется, на много лет вперед. Его приглашают на чтение лекций в США.

В 1923 году судьба подвергает З. Фрейда тяжелым испытаниям: у него развивается рак глотки и челюсти, вызванный пристрастием к сигарам. Из-за этой раковой опухоли в глубине ротовой полости З. Фрейд перенес в апреле 1923 года хирургическую операцию, положившую начало длинной серии хирургических вмешательств, конец которой, после почти шестнадцати лет жестоких страданий, завершила смерть. З. Фрейд был вынужден носить во рту предмет многочисленных резекций – трудно устанавливаемый протез, служивший источником болезненных неудобств, к которому невозможно было привыкнуть. Говорить, есть, пить и даже курить – все давалось З. Фрейду с усилием. Макс Шур, бывший личным врачом З. Фрейда с 1926 по 1939 годы, называл этот аппарат «монстром». Именно благодаря М. Шуру мы узнали главные медицинские подробности, изложенные в обширной и эмоциональной биографии З. Фрейда, написанной умно и по существу: «Фрейд: Жизнь и Смерть» (США, 1972), переведенной на многие языки, в частности, на французский язык она была переведена под несколько модифицированным заглавием: «Смерть в жизни Фрейда» [12].

Из печати выходит «Я и Оно» (1923) – одно из важнейших произведений З. Фрейда. Тревожная социально-политическая обстановка порождает массовые беспорядки и волнения. З. Фрейд, оставаясь верен естественнонаучной традиции, все чаще обращается к темам психологии масс, психологическому устройству религиозных и идеологических догматов. Продолжая исследовать бездны бессознательного, теперь он приходит к выводу, что два одинаково сильных начала управляют человеком: это – стремление к жизни (Эрос) и стремление к смерти (Танатос). Инстинкт разрушения, силы агрессии и насилия слишком явно проявляют себя вокруг, чтобы их не заметить. Организация психической жизни выступала теперь в виде модели, имеющей своими компонентами различные психические инстанции, обозначенные терминами: Оно (ид), Я (эго) и сверх-Я (супер-эго). Оно представляет бессознательные влечения, Я – принцип реальности, Сверх-Я – формируется в процессе усвоения человеком социальных норм, господство которых над психикой также становится бессознательным, приводит к возникновению совести и неосознанного чувства вины.

Слава и влияние З. Фрейда уже давно перешагнули границы Австрии и Германии, но на пороге своего 70-летия, он стал мировой знаменитостью. Поскольку из-за болезни он избегал перемещений, в его дом на Берггассе, 19, приехали знаменитые деятели литературы, искусства и культуры, осуществив, таким образом, нечто вроде паломничества. Многие представители авангарда в искусстве, в частности, Андре Бретон, обратились к З. Фрейду. В 1923 году З. Фрейд принимал графа Кайзерлинга и Романа Роллана; среди других, чересчур многочисленных для его состояния здоровья, гостей, в 1926 году к нему приезжали Альберт Эйнштейн и известная певица Иветта Гилбер, с которой у него завязалась сердечная переписка, в 1931 году – английский писатель Герберт Уэллс, в 1932 году – Томас Манн, наиболее ценимый семьей З. Фрейда писатель. Он вновь придет 14 июня 1936 года, чтобы

лично прочитать З. Фрейду текст речи «Фрейд и будущее», произнесенной по случаю его 80-летнего юбилея в Академическом обществе медицинской психологии в Вене. Красота и соответствие истине этого произведения, проникнутого братским расположением, произвели на З. Фрейда огромное впечатление. В 1935 году З. Фрейд с удовольствием принимает французского социолога Леви-Брюля и американского писателя Торнтон Уайлдера; осенью 1938 года, уже в своем доме в Англии, он встречается с писателем Артуром Кестлером, а в январе 1939 года – с Вирджинией и Леонардом Вулф. В основанном ими в 1917 году издательстве Хогарт Пресс вышли английские издания работ З. Фрейда. Начиная с 1953 года, оно же стало публиковать знаменитое «Стандартное издание полного собрания психологических трудов Зигмунда Фрейда» в 24 томах под редакцией Джеймса Стрэйчи. Среди поздравивших были – Георг Брандес, венский бургомистр и многие другие имеющие влияние лица, однако академическая Вена проигнорировала юбилей [12].

В 1930 году З. Фрейду была вручена премия Гёте – престижная официальная немецкая награда. Анна зачитала составленное отцом по этому случаю выступление, в котором речь шла о необходимости использовать концепции психоанализа при исследовании жизни великих людей – так, как это сделал он сам, Леонардо да Винчи и Гёте [12].

Вскоре, 12 сентября 1930 года, в возрасте 95 лет умирает мать З. Фрейда. Объясняя Ш. Ференци в письме от 16 сентября 1930 года, что это «огромное событие» подействовало на него особым образом (причем сюда примешивалось «чувство освобождения»), он уточняет: «Я не имел права умереть, пока она была жива, теперь у меня есть это право. Так или иначе, ценности жизни существенно изменились в глубинах моего сознания». На свой 75-летний юбилей в следующем году З. Фрейд отовсюду получает послания, поздравления и подарки. «В Нью-Йорке, – пишет Э. Джонс, – в Риц Карлтон Отеле был организован банкет на сто персон», а З. Фрейду была послана телеграмма, приветствовавшая в его лице «неутомимого исследователя, открывшего неизведанные материи Я и придавшего новое направление науке и жизни». Получая в качестве подарка из рук Марии Бонапарт греческую вазу, он заявил: «Как жаль, что ее нельзя будет взять с собой в могилу». Удивительно пророческое замечание: именно в этой вазе покоится прах З. Фрейда и его жены Марты [12].

25 октября 1931 года на доме, где родился З. Фрейд, установлена мемориальная доска. По этому случаю улицы города были украшены флагами. З. Фрейд пишет благодарственное письмо мэру Пршибора, в котором замечает: «Глубоко во мне все еще живет счастливый ребенок из Фрайберга, первенец молодой матери, получивший свои неизгладимые впечатления от земли и воздуха тех мест».

В 1932 году З. Фрейд закончил работу над рукописью «Продолжение лекций по введению в психоанализ». Летом он начинает работу над «Моисей и монотеизм».

Психоанализ, по мнению З. Фрейда, зиждется на трех «китах»: 1) концепция бессознательного как регулятора человеческого поведения; 2) учении о детской сексуальности, в соответствии с которым сублимированная (преобразованная) половая энергия является источником творческой активности человека; 3) теории сновидений как давнишнем, архаическом шаре психической жизни.

Создавая систему классического психоанализа, З. Фрейд старался придать ей четкую логическую форму. При этом он придерживался принципа единства трех уровней (фундамента, соединительного звена, производного), который прослеживается и в структуре общей теории психоанализа, где фундаментом выступает теория бессознательного, соединительным звеном – сновидения, а производным – теория детской сексуальности, и в созданной З. Фрейдом трехуровневой модели психики (бессознательное – предсознание – сознание), где функцию фундамента выполняет бессознательное [14].

11 мая 1933 года нацисты зажгли в Берлине костер, куда бросали книги еврейских авторов и писателей не евреев, но антинацистов. Церемония началась с речи И. Геббельса, и каждая новая партия книг сопровождалась объявлением, объясняющим, за что их предадут анафеме. Когда очередь дошла до книг З. Фрейда, объявляющий торжественно провозгласил: «Против преувеличенной оценки души и половой жизни – во имя доблести человеческой души – я предаю пламени писания Зигмунда Фрейда!». Подобное аутодафе состоялось во Франкфурте, городе, где три года назад З. Фрейду вручалась премия Гёте. «Какого прогресса мы достигли, – воскликнул З. Фрейд, узнав о случившемся. – В средние века они сожгли бы меня самого, а теперь удовлетворяются сожжением моих книг».

В действительности «они» недолго удовлетворялись сожжением книг, и спустя несколько лет уже люди тысячами были брошены в костры; сестры З. Фрейда Роза Граф, Дольфи Фрейд, Мария Фрейд и Паула Винтерниц, которые не смогли покинуть Австрию, оказались в концен-

традиционных лагерях и погибли в печах крематория. А в то время, в конце 1933 и особенно в 1934 году, нацисты стараются ликвидировать психоаналитическое движение в Германии; психоаналитики-евреи вынуждены покинуть Немецкое общество психоанализа, а не евреям, оставшимся в нем, пришлось выйти из Международной психоаналитической ассоциации [10–12].

В 1935 году З. Фрейд становится почётным членом Королевского общества медиков в Великобритании. 13 сентября 1936 года супруги Фрейд отметили золотую свадьбу. В этот день к ним приехали четверо их детей. Нарастает преследование евреев со стороны национал-социалистов, накладывается арест на склад Интернационального психоаналитического издательства в Лейпциге. В августе в Мариенбаде состоялся Международный психоаналитический конгресс. Место конгресса было выбрано таким образом, чтобы при необходимости дать возможность Анне Фрейд быстро вернуться в Вену для оказания помощи отцу. В 1938 году состоялось последнее заседание руководства Венской психоаналитической ассоциации, на котором принято решение о покидании страны. Эрнест Джонс и Мари Бонапарт спешат в Вену, чтобы помочь З. Фрейду. Зарубежные демонстрации вынуждают нацистский режим позволить З. Фрейду эмигрировать. 4 июня 1938 года З. Фрейд с женой и дочерью Анной покидает Вену и «Восточным экспрессом» едет через Париж в Лондон. Побег из Вены и возможность временно обосноваться в Лондоне были организованы английским психиатром Э. Джонсом, греческой и датской принцессой Марией Бонапарт и послом Соединенных Штатов во Франции Уильямом Буллитом. Интернациональное психоаналитическое издание осуждено на ликвидацию. 23 августа 1938 года власть закрывает Венское психоаналитическое общество [7].

В Лондоне З. Фрейд вначале живёт по адресу Elsworthy Road 39, а 27 сентября переселяется в свой последний дом Maresfield Gardens 20. В этом доме семья З. Фрейда жила с 1938 года. До 1982 года здесь проживала Анна Фрейд. Теперь здесь находится музей З. Фрейда и научно-исследовательский центр одновременно.

Следует подчеркнуть, что экспозиция музея очень богата. Семье Фрейдов повезло – они сумели вывезти практически всю обстановку своего австрийского дома. Так что теперь у посетителей есть возможность полюбоваться образцами австрийской деревянной мебели XVIII и XIX веков, креслами и столами в стиле «бедермейер». Но, конечно, «хит сезона» – знаменитая кушетка психоаналитика, на которой во время сеансов лежали его пациенты. Кроме того, З. Фрейд всю жизнь собирал предметы античного искусства – образцами древнегреческого, древнеегипетского, древнеримского искусства уставлены все горизонтальные поверхности в его кабинете. В том числе, и конторка, за которой З. Фрейд имел обыкновение писать по утрам.

Также помимо музеев З. Фрейда в Лондоне и Вене с 2006 года существует музей и в чешском г. Пршибор, где находится дом, в котором родился З. Фрейд. Следует заметить, что в музее З. Фрейда в Вене находится самая большая в Европе библиотека, посвящённая проблемам психоанализа и насчитывающая 35 000 томов [18].

Р. Литмен, анализируя эволюцию взглядов З. Фрейда на самоубийство, демонстрирует, что З. Фрейд не только разработал теорию гнева, обращенного против собственного Я, но и обратил внимание на следующие аспекты проблемы: вину за пожелание смерти другим, отождествление с родителем, покончившим с собой, неспособность отказаться от желаемого, самоубийство как месть или бегство, самоубийство и мазохизм, а также суицид как проявление инстинкта смерти, что вызвало немало дискуссий [19].

Согласно взглядам З. Фрейда, рассуждавшего в 1930 году на склоне длительной и продуктивной творческой деятельности о судьбе человека, самоубийство и война являются разными аспектами одной проблемы. Они представляют собой выражение инстинктивной агрессии и деструкции, которые в свою очередь являются взаимозаменяющими элементами инстинкта смерти. Развитие цивилизации, предоставляющее единственную возможность отсрочить гибель человечества в результате группового насилия, одновременно подрывает психическое здоровье индивидов, членов группы и угрожает каждому самоубийством [13].

З. Фрейд указывал, что детская беспомощность является необходимым обстоятельством, приводящим к мазохизму, однако как исходную точку развития психопатологии он привычно использовал теорию Эдипова комплекса, в соответствии с которой вина за соперничество с родителями, особенно с отцом, принимает преувеличенные, угрожающие размеры. В Центре превенции самоубийств в качестве исходной концепции я больше привык опираться на особенности доэдиповых отношений между матерью и ребенком.

Примечательно, что З. Фрейд очень мало говорил об отношении матери, необычайно важном для формирования у ребенка желания жить. Этот факт является любопытным, ибо

он хорошо осознавал роль своей матери, вселявшей в сына чувство уверенности и вкус к жизни [21, v. 1, p. 5]. Более того, он неоднократно подчеркивал, что мысль о боли, которую причинит матери преждевременная кончина, служила веским аргументом для продолжения его собственной жизни и жизни его пациентов [21, v. 1, p. 153].

Как отмечал своим острым взором Э. Джонс, личное отношение З. Фрейда к смерти являлось неоднозначным и сложным во многих аспектах. «В мире реальности он был необычайно мужественным человеком, смело встречавшим беды, страдания, опасности и, наконец, смерть. Но в его фантазии существовали и другие элементы». Иногда у него возникало странное желание смерти. «Однажды он сказал, что думает о ней ежедневно, что, конечно, нельзя назвать обычным» [21, v. 1, p. 275–280].

З. Фрейд дал несколько рекомендаций и обществу. Возможно, рассуждал он, самоубийств стало бы меньше, если бы общество позволило своим членам большую свободу в проявлениях сексуальности и агрессии, хотя в этом трудно быть уверенным. Он полагал, что полезным могло бы оказаться предоставление периодической возможности массового освобождения подавленных инстинктов как, например, во время карнавалов или древних сатурналий. Единственную надежду человечества З. Фрейд, конечно, видел в нашей современной цивилизации и ее дальнейшем развитии. «Цивилизация представляет собой процесс, находящийся на службе Эроса, его цели состоят в объединении отдельных индивидов, семей, рас, народностей и наций в одно великое единство – человечество. Мы не знаем, почему он должен происходить. Работа Эроса состоит в следующем: сообщества людей должно связывать друг с другом либидо. Одна необходимость, преимущества совместного труда не удержат их вместе, поскольку естественный агрессивный инстинкт человека, враждебность каждого в отношении всех и всех в отношении каждого противостоит программе развития цивилизации. Я полагаю, что сегодня смысл эволюции цивилизации больше не скрыт от нас. Его выражает борьба между эросом и смертью, инстинктами жизни и разрушения в тех формах, которые наблюдаются у человека. В этой борьбе состоит любая жизнь, и, таким образом, эволюцию цивилизации можно назвать борьбой за жизнь человеческого вида» [21, v. 2, p. 213–215].

З. Фрейд прекрасно понимал различие между философскими размышлениями об общих причинах человеческих страданий и требованиями практической жизни, связанными с осуществлением определенных действий для их облегчения. В письме А. Эйнштейну (1933), посвященном вопросу предотвращения войны, он отметил: «Как Вы видите, результаты оказываются не слишком плодотворными, если отрешенного от жизни теоретика приглашают на консультацию по поводу неотложной практической проблемы. Лучший выход состоит в том, чтобы в каждом конкретном случае посвящать себя предотвращению грозящей опасности с помощью тех средств, которые есть под рукой» [22, p. 101–102]. Тому же совету З. Фрейд следовал в своей клинической практике. В 1926 году, обсуждая одного молодого пациента, он писал: «В его случае для меня наибольшее значение имеет убеждение, что, если результат лечения не будет благоприятным, дела окажутся очень плохи; я имею в виду, что он без колебаний может совершить самоубийство. Поэтому я сделаю все, что в моих силах, для предотвращения подобного исхода» [22, p. 101–102]. Это замечание, как нам кажется, могло бы стать девизом Центра превенции самоубийств.

Перу З. Фрейда принадлежат его известные работы: «Исследования истерии» (1895, совместно с Й. Брейером); «Толкование сновидений» (1900); «Психопатология обыденной жизни» (1901); «Три очерка по теории сексуальности» (1905); «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905), «Бред и сны в «Градиве» Йенсена» (1907); «Лекции по введению в психоанализ» (1916–1917); «Тотем и табу» (1913); «Леонардо да Винчи и его воспоминание о детстве» (1910); «По ту сторону принципа удовольствия» (1920); «Психология масс и анализ человеческого «Я» (1921); «Я и Оно» (1923); «Будущее одной иллюзии» (1927); «Недовольство культурой» (1930); «Новые лекции по введению в психоанализ» (1933); «Моисей и монотеизм» (1939) и многие другие [7, 10–12, 23].

Сегодня личность З. Фрейда стала легендарной, а его работы единодушно признаются новой вехой мировой культуры. Интерес к открытиям психоанализа проявляют философы и писатели, художники и режиссеры. Еще при жизни З. Фрейда выходит книга Стефана Цвейга «Врачевание и психика». Одна из ее глав посвящена «отцу психоанализа», его роли в окончательном перевороте представлений о медицине и природе заболеваний. После Второй мировой войны в США психоанализ становится «второй религией» и ей отдают дань выдающиеся мастера американского кино: Винсента Минелли, Элиа Казан, Николас Рей, Альфред Хичкок, Чарли Чаплин. Один из крупнейших французских философов – Жан Поль Сартр пишет сценарий о жизни З. Фрейда, а немного позже голливудский режиссер Джон

Хьюстон снимает фильм по его мотивам... В последние десятилетия активно переиздаются научные труды З. Фрейда, например, Восточно-европейский институт психоанализа издал его собрание сочинения «Фрейд (Фройд) З. Собрание сочинений в 26 томах» (2005), издаются и переиздаются прекрасные книги о жизни и деятельности основоположника психоанализа – Р. Дадун «Фрейд» (1994), В.М. Лейбин «Фрейд, психоанализ и современная западная философия» (1990), П. Феррис «Зигмунд Фрейд» (2001), М Шур «Зигмунд Фрейд: жизнь и смерть» (2005) и многие другие [11, 12, 20, 23].

Сегодня невозможно назвать сколько-нибудь крупного писателя или ученого, философа или режиссера двадцатого века, который не испытал бы на себе прямого или косвенного влияния психоанализа. Так сбылось обещание молодого венского врача, которое он дал своей будущей жене Марте – он действительно стал великим человеком.

Следует подчеркнуть, что концепции и учения З. Фрейда нередко оказывались под запретом в СССР и нацистской Германии, так как они идут в разрез с государственными идеалами и консервативной моралью тоталитарных государств поскольку затрагивают следующие остро-этические проблемы: инцест (Эдипов комплекс) и гомосексуализм, с точки зрения З. Фрейда табу на проявление подобных отношений является продуктом культуры; причины появления табу; явление вождизма; происхождение монотеистических религий (выдвигание собственной версии также встречало неприятие у религиозных граждан).

В СССР после революции использование психоанализа приветствовалось, был открыт Государственный психоаналитический институт. В середине 20-х годов прошлого века шла бурная полемика вокруг З. Фрейда и психоанализа, вопроса о том, нужна ли эта наука молодой советской стране. В итоге психоанализ был объявлен лженаукой и буржуазным учением, несовместимым с марксизмом. Так, А. Варьяш указывал, что З. Фрейд «игнорирует экономическую структуру общества», фрейдовское понимание бессознательного «не в состоянии объяснить возникновение классов», а фрейдизм в целом не может прийти «к правильным выводам».

А. Залкинд отмечал «присущий его учению «сексуализированный гегелевский идеализм» и эклектизм «с сильным метафизическим душком». И. Сталин непосредственно приложил руку к этому повороту в науке, вернее, инициировал процесс ее политизации и идеологизации.

В 1938 году, после присоединения Австрии к Германии (аншлюса) и последовавших за этим гонений на евреев со стороны нацистов, положение З. Фрейда значительно осложнилось. После ареста дочери Анны и допроса в гестапо, З. Фрейд принял решение покинуть Третий Рейх. Однако власти не торопились выпускать его из страны. Он был вынужден не только подписать унижительную благодарность гестапо «за ряд добрых услуг», но и выплатить правительству рейха баснословный «выкуп» в 4000 долларов за право покинуть Германию. Во многом благодаря хлопотам и связям принцессы греческой и датской Марии Бонапарт – пациентки и ученицы З. Фрейда – ему удалось сохранить жизнь и вместе с женой и дочерью эмигрировать в Лондон [8].

Апогеем гонений на З. Фрейда являются нацистские преследования. В Третьем Рейхе за исследования в сфере психоанализа З. Фрейда заклеили как страдающего половыми извращениями, непристойного и безнравственного человека. Только благодаря личному вмешательству Ф. Рузвельта и других влиятельных лиц, а также, как уже отмечено, крупному выкупу, который уплатили нацистам, его удалось вывезти в Англию [8].

Последние годы жизни З. Фрейда были тяжелыми. С 1923 года он страдал распространяющейся раковой опухолью глотки и челюсти (З. Фрейд выкуривал ежедневно 20 кубинских сигар), но упорно отказывался от лекарственной терапии, за исключением небольших доз аспирина. Он настойчиво работал, несмотря на то, что перенес 33 тяжелые операции, которые должны были остановить распространение опухоли (из-за этого он был вынужден носить неудобный протез, заполнявший образовавшееся свободное пространство между носовой и ротовой полостями, и поэтому временами не мог говорить). Раковые ткани все больше разрастались, производя гнилостный запах; собака З. Фрейда теперь удалялась при приближении хозяина.

В августе 1938 года в Париже проходит последний довоенный Международный психоаналитический конгресс. Поздней осенью З. Фрейд опять начинает проводить психоаналитические сеансы, ежедневно принимая по четыре пациента. Он пишет «Очерк психоанализа», но так и не успевает его завершить. Летом 1939 года состояние З. Фрейда начинает всё больше ухудшаться. Мучительно страдая от рака полости рта, З. Фрейд, убедившись, что достиг предела в сопротивлении болезни, просит своего врача и друга Макса Шура, давшего когда-то такое обещание, помочь ему совершить эвтаназию, идея которой была в то

время достаточно популярной. Тот дал ему смертельную дозу морфина, от которой З. Фрейд скончался 23 сентября 1939 года в три часа утра возрасте 83 лет. Надгробную речь говорил Эрнест Джонс. После него на немецком языке траурную речь произносил Стефан Цвейг. Его тело было предано кремации 26 сентября, а прах помещен в прекрасную греческую вазу, которую он получил в подарок несколькими годами ранее от Марии Бонапарт. Погребальная урна, где покоится также прах Марты Фрейд, умершей 2 ноября 1951 года, находится в крематории Голдерс Грин в Лондоне.

З. Фрейд умер в Лондоне, где он оказался как перемещенный еврейский эмигрант. Примечательно, что опубликованное в Англии под редакцией Джеймса Стрэйчи полное издание собраний сочинений З. Фрейда на английском языке в двадцати четырех томах распространялось по всему миру, а аналогичное русскоязычное издание его работ переиздано в Восточно-европейском институте психоанализа (Санкт-Петербург, Россия) в двадцати шести томах и также пользуется заслуженным успехом [10–12, 24].

Таким образом, З. Фрейд оставил нам в наследство множество противоречивых суждений и оценок, на разрешение которых уйдут годы. Основной психологический смысл психоанализа должен рассматриваться как мировоззренческая система, сущность которой составляют три уровня: а) психоанализ – как метод психотерапии; б) психоанализ – как метод изучения психологии личности; в) психоанализ – как система научных знаний о мировоззрении, психологии, философии.

Психоанализ – удивительный феномен, несущий в себе интенсивные властные практики и в то же время ориентированный на обретение свободы. Он давно вошел в нашу интеллектуальную жизнь так плотно, что трудно найти крупного мыслителя в XX веке, который прошел бы мимо его влияния.

Столько прорывов, сколько совершил этот человек, столько открытий, сколько он сделал, столько концепций, сколько он произвел – деяние огромного масштаба гениального ума. Можно отыскивать просчеты в его концептуальных стратегиях, перегибы в практике, но мы всегда будем сидеть на берегу этого огромного озера научной мысли, не переставая оттуда черпать новые идеи, подсказки, импульсы, вызовы... [5].

Вне сомнения, жизненный и творческий путь, а также научное наследие З. Фрейда – талантливого исследователя основ душевной жизни человека, выдающегося австрийского мыслителя будут еще долго оставаться предметом научных изысканий различных исследователей многих поколений.

Литература

1. Психоанализ Фрейда // Самин Д. К. 100 великих научных открытий / Д. К. Самин. – М.: Вече, 2006. – С. 396–400 (100 великих).
2. Фрейд Зигмунд // 100 великих психологов / Автор-сост. В. Яровицкий. – М.: Вече, 2004. – С. 384–389 (100 великих).
3. История психоанализа в Украине / Сост. И. И. Кутько, А. И. Бондаренко, П. Т. Петрюк. – Х.: Основа, 1996. – 360 с.
4. З. Фрейд (1856–1939) // Степанов С. С. Психология в лицах. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 74–88.
5. Сосланд А. Что же сделал для нас этот человек? К 150-летию Зигмунда Фрейда. Юбилейное эссе // Логос. – 2006. – № 1 (52). – С. 170–185.
6. Зигмунд Фрейд и психоанализ. З. Фрейд: биографический очерк [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.psystatus.ru/article.php?id=90>.
7. Фрейд, Зигмунд [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.krugosvet.ru/enc/gumanitarnye_nauki/psihologiya_i_pedagogika/FRED_ZIGMUND.html?page=0,1
8. Фрейд, Зигмунд: Материал из Википедии <http://ru.wikipedia.org/wiki>.
9. Зигмунд Фрейд – основатель новой научной парадигмы: психоанализ в теории и практике (к 150-летию со дня рождения Зигмунда Фрейда): Материалы Международной психоаналитической конференции / Под ред. А. Н. Харитоновой, П. С. Гуревича, А. В. Литвинова: В 2-х т. (г. Москва, 16–17 декабря 2006 г.) – М.: Русское психоаналитическое общество, 2006. – Т. 1. – 421 с.; Т. 2. – 503 с.
10. Феррис П. Зигмунд Фрейд: Пер. с англ. Е. А. Мартинкевич – Мн.: ООО «Попурри», 2001. – 432 с.
11. Джонс Э. Жизнь и творения Зигмунда Фрейда. – М.: Гуманитарий, 1997. – 448 с.
12. Дадун Р. Фрейд: Пер. с фр. Д. Т. Федотова / Предисл. А. М. Руткевича. – М.: Изд-во АО «Х.Г.С.», 1994. – 512 с.
13. Додельцев Р. Ф. Фрейд (Freud) Зигмунд [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://psylib.org.ua/books/levit01/txt119.htm#68>.
14. 9. Левчук А. Т. Психоанализ: історія, теорія, мистецька практика: Навч. Посібник. – К.: Либідь, 2002. – 255 с.

15. 10 самых великих евреев [Электронный ресурс]//Режим доступа: <http://jul-777.forum2x2.ru/t2106-topic>.
16. 100 великих евреев [Электронный ресурс]//Режим доступа: <http://www.lookatme.ru/flows/obschestvo/posts/65508-100-velikh-evreev-2009-05-15>.
17. Джонсон Пол. История евреев. – М.: Вече, 2007. – 480 с.
18. Музей Зигмунда Фрейда (Вена) [Электронный ресурс]//Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki>.
19. Литмен Р. Зигмунд Фрейд о самоубийстве//Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – № 1 [Электронный ресурс]//Режим доступа: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20030101>.
20. Freud S. Standard Edition of the Complete Psychological Works: In 24 v. – London: Hogarth Press, 1953–1965. – V. 22. – P. 110–111; V. 23. – P. 148–150.
21. Jones E. The Life and Work of Sigmund Freud. New York: Basic Books, 1953–1957. – V. 1. – P. 5, 153, 275–280; V. 2. – P. 213–215.
22. Freud S. Psychoanalysis and Faith. – New York: Basic Books, 1963 – P. 101–102.
23. Лейбин В.М. Фрейд, психоанализ и современная западная философия. – М.: Политическая литература, 1990. – 397 с.
24. Szollosy M.J. The Death of Sigmund Freud: Fascism, Psychoanalysis and Fundamentalism//The British Journal of Psychiatry. – 2008. – V. 193. – N 1. – P. 84–85.

СЛОВО ПРО ПРОФЕСОРА ЗІГМУНДА ФРЕЙДА – ТАЛАНОВИТОГО ДОСЛІДНИКА ОСНОВ
ДУШЕВНОГО ЖИТТЯ ЛЮДИНИ (ДО 155-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

П. Т. Петрюк, О. П. Петрюк

Резюме. У роботі викладені біографічні і науково-практичні аспекти діяльності професора З. Фрейда – видатного австрійського ученого, психіатра, невролога, психопатолога і психолога, основоположника психоаналізу та творця психоаналітичної школи, уявлення якого про несвідомість, сублімацію, динамічну психічну структуру особи і мотиви людської поведінки, значення дитячого емоційного досвіду в душевному житті дорослого, постійному психічному вабленні до еросу та смерті знайшли широке розповсюдження в сучасній культурі.

Ключові слова: професор З. Фрейд, біографічні дані, життєвий і творчий шлях, науковою спадщина.

WORD ABOUT THE PROFESSOR OF SIGMUND FREUD – TALENTED RESEARCHER
OF BASES OF HEARTFELT LIFE OF MAN (TO 155-TH ANNIVERSARY)

P. T. Petryuk, A. P. Petryuk

Summary. The biographic and theoretical and practical aspects of activity of professor S. Freud are expounded in work – prominent Austrian scientist, psychiatrist, neurologist, psychopathologist and psychologist, founder of psychoanalysis and creator of psychoanalytic school which by the concepts of unconscious, sublimation, dynamic psychical structure of personality and reasons of human conduct, value of child's emotional experience in heartfelt life of adult, permanent psychical drawing to Eros and deaths found wide distribution in a modern culture.

Key words: professor S. Freud, biographic information, vital and creative way, scientific legacy.