

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Психічне здоров'я

4(37) 2012

MENTAL HEALTH

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Любов БАРАНОВСЬКА

к.мед.н., заступник головного редактора, завідувач міського наукового інформаційно-методичного центру з організації психіатричної допомоги (КМКПНЛ №1)



Анатолій ВІЄВСЬКИЙ

к.мед.н., директор Українського моніторингового Центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України



Юрій ВОРОНЕНКО

д.мед.н., професор, академік АМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика, заслужений діяч науки і техніки України, академік АН ВШ України



Юрій ГОЛОВЧЕНКО

д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології №1 НМАПО ім. П.Л. Шупика



Михайло ГОЛУБЧИКОВ

д.мед.н., начальник відділу медичної статистики МОЗ України, завідувач кафедри медичної статистики НМАПО ім. П.Л. Шупика



Григорій ДЗІУБ

д.мед.н., професор кафедри психодіагностики та клінічної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка



Борис КРИШТОПА

д.мед.н., професор кафедри управління охорони здоров'я НМАПО ім. П.Л. Шупика



Григорій ЛИСЕНКО

д.мед.н., професор, завідувач кафедри сімейної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика



Сергій МАЛЯРОВ

к.мед.н., лікар-консультант КМКПЛ №2



Валентина МЕЛЬНИК

д.мед.н., заступник головного редактора



В'ячеслав МІШИЄВ

д.мед.н., професор, завідувач кафедри дитячої соціальної та судової психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний лікар КМКПЛ №1, головний психіатр ГУОЗ та МЗ м. Києва



Олег НАСІННИК

заступник головного редактора к.мед.н., доцент кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, віце-президент Асоціації психіатрів України



Валерій СВІНАРЬОВ

д.мед.н., завідувач Республіканського психоневрологічного консультативного центру



Іван СОСІН

д.мед.н., професор, завідувач кафедри наркології ХМАПО, заслужений винахідник України



Анатолій ЧУПРИКОВ

д.мед.н., професор, завідувач кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, заслужений діяч науки і техніки України



Юрій ЮДІН

координатор, начальник відділу охорони психічного здоров'я ГУОЗ та МЗ КМДА



Валерій КУЗНЕЦОВ

головний редактор, професор, завідувач кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, Заслужений лікар України, дійсний член Московської психотерапевтичної академії

Секретаріат:

Асистент кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, к.мед.н. **Бондарчук А.Г.**

Асистент кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика **Кричун Ю.Я.**

Клінічний ординатор кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика **Цегельна С.В.**

Розмноження матеріалів, опублікованих у цьому виданні, можливе лише з дозволу редакції.

За зміст рекламних матеріалів відповідає рекламодавець.

СПОНСОРИ ВИПУСКУ:



ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бул. Лепсе, 8
Тел.: (+38-044) 404-85-05
www.phs.com.ua

Засновники і видавники:

Національна медична академія після-
дипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Київська міська клінічна психоневро-
логічна № 1 (Міський науковий інформацій-
но-методичний центр з організації психіатрич-
ної допомоги).

Журнал зареєстровано Державним
комітетом інформаційної політики, телебачення
і радіомовлення України.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія KB № 7877 від 10.09.03 р.

Атестований вищою атестаційною
комісією України (Постанова Президії ВАК
№ 1 – 05/5 від 1.07.2010 р.)

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 9 від 13.11.2012 р.)

**Кафедра психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика**

Тел.: (044) 468-36-11
Факс: (044) 463-68-11
E-mail: vnkuznesov@i.ua

Адреса редакції:

вул. Фрунзе, 103-А, корпус 1,
04080 Київ, Україна
Кафедра психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика
Тел.: (044) 468-36-11
Міський науковий інформаційно-мето-
дичний центр з організації психіатрич-
ної допомоги.
Тел.: (044) 468-29-32.

Друк:

ТОВ «Паперовий Змій-ОПТ»
м. Київ, вул. І. Еренбурга, 3а
Тел./факс: (044) 459-48-67
www.bz-poligraphia.com.ua
Підписано до друку 27.06.2012 р.
Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 1668.

© Психічне здоров'я, 2012

Вступне слово головного редактора	3
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
<i>Кутько І.І., Фролов В.М., Пересадин М.О., Рачкаускас Г.С.</i> Показники метаболізму у хворих на синдром психоємційного вигорання та їх корекція	4
<i>Нікогосян Л.Р.</i> Психопрофілактика стресу у вагітних в анамнезі у яких була антенатальна загибель плоду	9
<i>Кудинова Е.И.</i> Нарушение эмоциональной сферы у больных с паническими расстройствами	13
<i>Панченко О.А., Чумак Т.Э., Панченко Л.В.</i> Криотерапия в системе реабилитации пациентов с непсихотическими психическими расстройствами	16
<i>Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С., Пересадин Н.А.</i> Цитокиновый профиль крови больных параноидной шизофренией с терапевтической резистентностью и его коррекция	21
<i>Спасибухов А.А.</i> Непсихотические нарушения психической сферы у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта на лечении в санатории	25
<i>Малева А.Л.</i> Сравнительный психометрический анализ когнитивных расстройств и деменций вследствие черепно-мозговых травм и эпилепсии	28
<i>Егорова С.С.</i> Шизофрения и соматические расстройства	33
Аддиктивні розлади	
<i>Аймедов К.В., Вінокурова Т.В.</i> Клінічні паралелі між поведінковими та хімічними аддикціями, на прикладі комп'ютероманії, гемблінгу та алкоголізму	36
<i>Друзь О.В.</i> Інформативність методик дослідження афективного статусу і узгодженість результатів їхнього застосування у хворих, залежних від опіюїдів	39
Геронтопсихіатрія	
<i>Панченко Л.В., Панченко О.А., Чумак Т.Э.</i> Когнитивные нарушения у лиц пожилого и старческого возраста	47
Медична психологія та психотерапія	
<i>Белов О.Б.</i> Метод ресурсного дыхания и пневмокатарсиса в психотерапии	51
<i>Гаража М.В., Панченко О.А.</i> Нарушения когнитивных функций у водителей автомобильного транспорта	55
<i>Омельянович В.Ю.</i> Личностно-ориентированный гендерный анализ взаимосвязи феномена враждебности и основных процессов психологической защиты у сотрудников органов внутренних дел с нарушениями психической адаптации	60
Психофармакотерапія	
<i>Кузнецов В.Н., Шевченко С.Л., Коваленко Л.А., Бондарчук А.Г., Цегельная С.В., Кричун Ю.Я.</i> Опыт применения аμισульприда в лечении расстройств шизофренического спектра с доминирующей депрессивно-параноидной симптоматикой и суицидальными тенденциями	67
<i>Мороз С.М., Куц І.П.</i> Лечение соматовегетативных нарушений в структуре тревожного и депрессивного синдромов	71
Організація і управління психіатричною допомогою	
<i>Юрьева Л.Н., Зинченко Е.Н., Юрьев А.Е.</i> Региональная и гендерная динамика суицидальной смертности среди городского и сельского населения Украины	76
<i>Панченко О.А., Антонов В.Г.</i> Роль модуля «маршрутизация» медицинской информационной системы в организации реабилитации больных с психическими расстройствами	81
<i>Бачериков А.М., Матузок Е.Г., Лакинський Р.В., Ткаченко Т.В., Сітенко Л.М.</i> Завершені суїцидальні спроби у популяції м. Харкова (2008-2010 рр.)	85
Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація	
<i>Кузнецов В.Н., Петрюк П.Т.</i> Слово о монографии профессора И.А. Полищука «Биохимические синдромы в психиатрии» (К 45-летию со дня выхода в свет)	90
<i>Петрюк П.Т., Петрюк А.П.</i> Вильгельм Райх: биографические, научные и психиатрические аспекты (К 115-летию со дня рождения) ..	98
<i>Петрюк П.Т., Петрюк А.П.</i> Психиатрия при нацизме: расстрел немецкими оккупантами пациентов Сабуровой дачи. Сообщение 8 ..	109
До уваги авторів (вимоги до написання статей)	116

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В. А. Абрамов (Україна)
І. Ф. Аршава (Україна)
А. М. Бачеріков (Україна)
В. Г. Бідний (Україна)
Л. О. Булахова (Україна)
В. С. Бітенський (Україна)
В. В. Вандиш-Бубко (Росія)
Л. П. Гульчий (Україна)
Ю. М. Завалко (Україна)
І. С. Зозуля (Україна)
Ю. П. Закаль (Україна)
М. О. Качасва (Росія)
В. Г. Коротоножкін (Україна)
В. М. Краснов (Росія)
Р. Т. Крутікова (Україна)
Х. Лопез-Ібор (Іспанія)
М. О. Мазуренко (Україна)
О. М. Морозов (Україна)
Г. Нанейшвілі (Грузія)
Р. І. Никифоров (Україна)
А. В. Олійник (Україна)
П. Т. Петрюк (Україна)
В. С. Подкоритов (Україна)
Л. В. Ромасенко (Росія)
В. Рутц (Швеція)
В. П. Самохвалов (Україна)
Н. Сарторіус (Швейцарія)
І. Д. Спіріна (Україна)
С. І. Табачніков (Україна)
О. С. Чабан (Україна)
В. А. Шумлянський (Україна)
В. Д. Юрченко (Україна)
Л. М. Юр'єва (Україна)
В. С. Ястребов (Росія)

Contents

The opening of the editor in chief.	3
Mental and behavioral disorders, psychosomatic	
<i>Kutko I.I., Frolov V.M., Peresadin M.O., Račkauskas G.S.</i> Indexes of energetic metabolism at the patients with burn-out syndrome and its correction	4
<i>Nicogosyan L.R.</i> Preparation to births taking into account psychophysiology features of pregnant	9
<i>Kudinova O.I.</i> Emotional disturbances on panic disorder patients	13
<i>Panchenko O.A., Chumak T.E., Panchenko L.V.</i> Creotherapy in system of rehabilitation patients with non-psychotic mental disorders	16
<i>Kutko I.I., Frolov V.M., Račkauskas G.S., Peresadin N.A.</i> Cytokine profile of the blood of patients with paranoid schizophrenia with treatment resistance and its correction	21
<i>Spasibuhov A.A.</i> Non-psychotic psychiatric disorders in patients with diseases of the gastrointestinal tract medical treatment in a sanatorium	25
<i>Malev A.L.</i> Comparative analysis of psychometric cognitive impairment and dementia due to traumatic brain injury and epilepsy	28
<i>Egorov S.S.</i> Shizofreniya and somatic disorders.	33
Addictive disorders	
<i>Aymedov K.V., Vinokurova T.V.</i> Consideration of pathological gambling, on «model» of alcoholism	36
<i>Druz' O.V.</i> Informativity of methods of research of affective status and consistency of their application results in opioid addicted patients	39
Gerontopsychiatry	
<i>Panchenko O.A., Panchenko L.V., Chumak T.E.</i> Cognitive impairments in elderly and senile patients	47
Medical psychology and psychotherapy	
<i>Belov O.B.</i> The method of breathing and resource pnevmokatarsisa in psychotherapy	51
<i>Garazha M.V., Panchenko O.A.</i> Cognitive dysfunctions of automobile transport drivers	55
<i>Omelyanovich V.Yu.</i> Personality-based gender analysis of relationship between hostility phenomenon and core processes of psychological defense among internal affairs body employees with psychic adaptation abnormalities	60
Pharmacotherapy of mental disorders	
<i>Kuznetsov V.N., Shevchenko S.L., Kovalenko L.A., Bondarchuk A.G., Tsegelnaya S.V., Krychun J.Y.</i> Experience of amisulpride in the treatment of disorders with schizophrenia spectrum dominant depressive-paranoid symptoms and suicidal.	67
<i>Moroz S.M., Kusch I.P.</i> Treatment somatovegetativnyh violations in the structure of anxiety and depressive syndromes.	71
Organization and management of psychiatric care	
<i>Yur'yeva L.N., Zinchenko E.N., Yur'yev A.E.</i> Regional and gender dynamics of suicide mortality among urban and rural population in Ukraine	76
<i>Panchenko O.A., Antonov V.G.</i> The role of the module "routing" of the medical information system in organizing patients mental disorders rehabilitation	81
<i>Bacherykov A.N., Matuzok E.G., Lakinskiy R.V., Tkachenko T.V., Sitenko L.N.</i> The completed suicides in Kharkiv (2008-2010 years)	85
Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information	
<i>Kusnetsov V.M., Petryuk P.T.</i> The word about the monograph of professor I.A. Poliscuk the «Biochemical syndromes in psychiatry» (To 45 years from the day of appearance)	90
<i>Petryuk P.T., Petryuk O.P.</i> Wilhelm Reich: biographic, scientific and psychiatric aspects (To 115-th anniversary)	98
<i>Petryuk P.T., Petryuk O.P.</i> Psychiatry at Nazism: shooting of patients of the Saburova dacha the German invaders. Report 8	109
The notice for our authors (requirements to the articles)	116

Шановні читачі!

18 листопада 2012 року виповнюється 105 років з дня народження професора Йосипа Адамовича Поліщука, завідувача кафедри психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика в період з 1954р. по 1978р. У становленні професора Й.А. Поліщука як вченого, педагога, психіатра і філософа велике значення мала його спільна робота з професорами В.М. Гаккебушем і Г.Є. Сухарєвою. Будучи вчем і багаторічним співробітником академіка АН УРСР В.П. Протопопова, Йосип Адамович зробив великий внесок у розвиток досліджень з проблеми етіології та патогенезу ендогенних психозів, зокрема, шизофренії і МДП, тим самим, довівши, що він стоїть на твердих патофізіологічних позиціях. Його перу належить понад 110 наукових праць, в тому числі 4 монографії та 2 науково-популярних видання: «Вредное влияние алкоголя на потомство» (1962), «Биохимические синдромы в психиатрии» (1967), «Атлас для экспериментального исследования психической деятельности человека» (1968, 1980), «Психическое здоровье» (1975), «Шизофрения» (1976), «Клиническая генетика в психиатрии» (1981).

Й.А. Поліщук — один з найбільш талановитих учнів академіка В.П. Протопопова і продовжувач оригінального патофізіологічного напрямку в психіатрії, що зблизив його з загальною медициною, який відкрив нові шляхи в пізнанні сутності психічних захворювань і у пошуках раціональних методів лікування та профілактики. Зокрема, Йосип Адамович в останніх своїх роботах розвивав гіпотезу про мультифакторіальний генез шизофренії, принципи детоксикації в процесі лікування. Його вчення про структуру психозів — це вчення про ті принципи, на основі яких лікар відходить від схем, наближається до конкретного хворого і встановленні йому індивідуального діагнозу, виходячи з принципу мультифакторіальності захворювання. Ми живемо у складний час, повне перипетій для науки України в цілому, і для психіатрії зокрема. З'являються тенденції до девальвації вітчизняної психіатрії. Тому і зараз особливо важливо не забувати тих, хто складав її честь, гордість і славу. Відзначаючи **105-річчя з дня народження професора Й.А. Поліщука**, ми дбайливо зберігаємо про нього пам'ять, як про великого вченого, прекрасного лікаря і педагога, громадського діяча, світлу і мудру людину, гідного сина українського народу, яскравого представника творчої інтелігенції України. Безперечно, завдяки таким чесним і принциповим психіатрам, як Йосип Адамович, українська психіатрія не стала служницею тоталітарної системи.

*З повагою,
Головний редактор, професор В. М. Кузнецов*

УДК 616.22:612.035:159.9.018

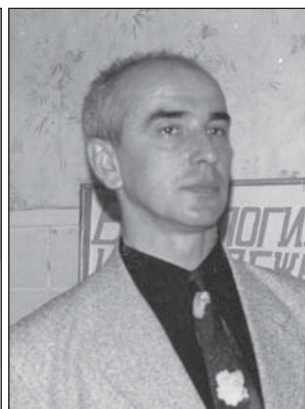
Показники енергетичного метаболізму у хворих на синдром психоемоційного вигорання та їх корекція



Кутько І.І.



Фролов В.М.



Пересадін М.О.

Кутько І.І., Фролов В.М., Пересадін М.О., Рачкаускас Г.С.

ДЗ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, ДЗ «Луганський державний медичний університет», Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Резюме. Проаналізовано показники енергетичного метаболізму у хворих на синдром психоемоційного вигорання (СПЕВ). Встановлено наявність клініко-біохімічного синдрому гіпоенергетизму, який в лабораторному плані характеризується зниженням концентрації АТФ в крові при компенсаторному збільшенні змісту АДФ і АМФ і падінні енергетичного заряду еритрона. Застосування комбінації реамберину та мілдронату сприяє покращенню та навіть нормалізації проаналізованих біохімічних показників, що супроводжується ліквідацією клінічних ознак СПЕВ. Робиться висновок про патогенетичну обґрунтованість використання комбінації реамберину та мілдронату у терапевтичному комплексі при лікуванні хворих на СПЕВ.

Ключові слова: синдром психоемоційного вигорання, синдром гіпоенергетизму, реамберин, мілдронат, лікування.

Indexes of energetic metabolism at the patients with burn-out syndrome and its correction

DZ «Institut neurologii, psichiatrii that narkologii NAMS of Ukraine», m Karachi, DZ «Lugansk Reigning medichny universitet», Luhansk oblasna klinichna psihonevrologichna likarnya

Kutko I.I., Frolov V.M., Račkauskas G.S., Peresadin N.A.

Resume. The indexes of energetic metabolism at the patients with the burn-out syndrome (BOS) were analysed. The presence of clinical-biochemical hypoenergetic syndrome was set, which in a laboratory plan was characterized by the decline of concentration ATP in the blood serum at the scray increase of ADP maintenance and AMP and falling of erythron power charge. Application of reamberin and mildronate combination provided an improvement and even normalization of the analysed biochemical indexes, which is accompanied by liquidation of clinical BOS symptoms. Conclusion was done about nosotropic validity of the use of reamberin and mildronate combination in a therapeutic complex at treatment of BOS patient.

Key words: burn-out syndrome, hypoenergetic syndrome, reamberin, mildronate, treatment.

Вступ

За останні 10-15 років значна увага дослідників та практичних лікарів надається вивченню клініко-патогенетичних особливостей межових психічних розладів та розробці раціональних підходів до їхнього лікування та медичної реабілітації [1]. Одним з найбільш відомих межових розладів в теперішній час є синдром вигорання (burn-out syndrome), який трактують як патологічний стан у осіб комунікативних професій, що характеризується постійним відчуттям втоми,

роздратування, емоційної незадоволеності результатами своєї праці [2-5]. У закордонній літературі близькі до синдрому вигорання патологічні стани мають також назву «офісний синдром» або «синдром менеджера» [6, 7]. За останні роки були детально проаналізовані клініко-психологічні аспекти синдрому вигорання [2, 8]. В той же час недостатньо відомими залишаються патогенетичні механізми формування даного синдрому з позиції вивчення його біологічної складової.

Слід підкреслити, що ще у класичній монографії І.А. Поліщука [9] підкреслена патогенетична значущість типових біохімічних синдромів при психічних хворобах, в тому числі так званого «синдрому гіпоенергетизму», вельми характерному для більшості психічних розладів. Авторами статті проведена детальне вивчення біохімічних розладів у хворих на синдром психоемоційного вигорання (СПЕВ), та при цьому встановлено наявність гіперактивації процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) на тлі пригнічення функціонального стану системи антиоксидатного захисту (АОЗ), що викликає у хворих з прогресуючим перебігом даного межового психічного розладу типові прояви оксидативного стресу [10-14].

Виходячи з загальної концепції порушень метаболічного гомеостазу у хворих з межевими психіатричними розладами, які виявлені, зокрема, у хворих на СПЕВ [15, 16], було перспективним проаналізувати особливості формування синдрому гіпоенергетизму у пацієнтів з даною патологією, що в клінічному плані характеризується падінням енергетичного потенціалу організму, а у біохімічному — порушенням енергетичного обміну [17].

При розробці раціональних підходів до корекції виявлених порушень енергетичного метаболізму нашу увагу привернула можливість використання комбінації сучасного детоксуючого препарату реамберину [18], а також метаболічно активного засобу мілдронату [19].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота є фрагментом теми комплексних науково-дослідницьких робіт ДЗ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» та Луганського державного медичного університету «Синдром психоемоційного вигорання: іммунопатогенез, лікування, медична і соціальна реабілітація» (№ держреєстрації 0109U003267).

Метою роботи було вивчення показників синдрому гіпоенергетизму в хворих на СПЕВ та розробка раціональних підходів до його корекції з використанням комбінації реамберину та мілдронату.

Об'єкт та методи дослідження

Під спостереженням було 67 хворих зі встановленим експертним шляхом діагнозом СПЕВ. За даними анамнезу загальна тривалість захворювання у обстежених складала від 1,5 до 4,5 років з поступовим погіршенням психоемоційного стану. Вік обстежених пацієнтів складав від 20 до 55 років, з них чоловіків було 32 (47,8%), жінок — 35 (52,2%). Обстежені хворі були розподілені на дві групи — основну

(35 осіб) та групу зіставлення (32 пацієнта), що були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю перебігу СПЕВ. Пацієнти обох груп отримували загальноприйняте симптоматичне лікування СПЕВ. Хворі основної групи в комплексі лікування отримували реамберин по 400 мл 1 раз на день внутрішньовенно крапельно протягом 5-7 днів та мілдронат по 5 мл 10% розчину (0,5 мг) внутрішньом'язово 1 раз на добу протягом 7-10 діб поспіль, далі переходили на пероральний прийом препарату по 0,25 г 3 — 4 рази на день протягом 3-4 тижнів.

Реамберин — це новий препарат детоксуючої дії, який містить у своєму складі 1,5% солі бурштинової кислоти — сукцінату натрію, завдяки чому він сприяє суттєвому покращенню аеробного гліколізу, активує біохімічні реакції циклу Кребса та забезпечує підвищення енергозабезпеченості органів і тканин хворих [18, 20]. Авторами статті є ініціаторами застосування реамберина в клінічній психіатрії [21]. Мілдронат за хімічною структурою має з себе четвертинну аммонієву сполуку, що активно регулює обмінні процеси в організмі, в тому числі в головному мозку, посилює енергозабезпечення органів та тканин, знижує їхню чутливість до гіпоксії [19].

Для реалізації мети роботи нами аналізувалися показники аденілової системи, а саме аденозинтрифосфат (АТФ), аденозиндифосфат (АДФ) та аденозинмонофосфат (АМФ) у гомогенаті еритроцитів периферичної крові методом тонкошарової хроматографії [22]. Підраховували енергетичний заряд еритроциту (ЕЗЕ) як співвідношення АТФ/(АДФ+АМФ) [23]. Вивчення показників аденілової системи проводили до початку та на момент завершення лікування.

Статистичну обробку результатів здійснювали на персокомп'ютері AMD Athlon 2000+ MHz методом одно- і багатофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Stadia 6.1/prof та Statistica 5.5), при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних випробовуваннях лікарських препаратів [24].

Результати та їх обговорення

В результаті проведених нами клінічних спостережень було встановлено, що клінічну симптоматику у хворих на СПЕВ було розділити на чотири групи: фізичні, емоційні, інтелектуальні та соціально значущі симптоми [25]. До групи фізичних симптомів СПЕВ можна було віднести підвищену стомленість, фізичну втому, виснаження, зміну маси тіла (схуднення або збільшення маси тіла), безсоння, незадовільний загальний стан здоров'я, важке дихання, задишку, нудоту,

запаморочення, надмірну пітливість, тремтіння тіла, артеріальну гіпертензію. Емоційна симптоматика характеризувалася нестачею емоцій, песимізмом, цинізмом і черствістю у роботі та особистому житті, байдужістю, втратою, відчуттям безпомічності та безнадійності, агресивністю, дратівливістю, тривогою, посиленням ірраціонального неспокою, нездатність зосередитися. До інтелектуальних симптомів належали: зниження інтересу до нових теорій та ідей у роботі, до альтернативних підходів у вирішенні проблем, нудьга, туга, апатія, втрата смаку та інтересу до життя, надання переваги стандартним шаблонам, схемам, рутині, ніж креативно-творчому підходу, цинізм і байдужість до новин. Група соціальних симптомів складалася з низької соціальної активності, зниження інтересу до дозвілля, захоплень, обмеження соціальних контактів тільки роботою, байдужості у ставленні до співробітників та рідних, відчуття ізоляції, непорозуміння з іншими; відчуття нестачі підтримки з боку сім'ї, родичів, друзів і колег.

При об'єктивному обстеженні хворих, що спостерігалися, привертало увагу їх. При проведенні біохімічного обстеження хворих на СПЕВ, які були під нашим спостереженням, встановлено, що в більшості випадків у обстежених пацієнтів до початку проведення лікування мали місце істотні порушення з боку показників аденілової системи, з яких найбільшу значущість мало суттєве зниження вмісту АТФ у крові обстежених хворих. Одномоментно у обстежених пацієнтів рівень інших макроергічних сполук (АДФ та АМФ) в більшості випадків компенсаторно підвищувався, тобто формувався дисбаланс різних аденінових нуклеотидів у хворих на СПЕВ. Так, до початку проведення лікувальних заходів у обстежених хворих з СПЕВ основної групи спостерігається виражене зниження вмісту АТФ в гемолізаті венозної крові у середньому до $(462 \pm 5,7)$ мкмоль/л, тобто в 1,41 рази у порівнянні з нормою ($P < 0,01$). При цьому одночасно відмічається збільшення рівня АДФ — у середньому в 1,2 рази ($P < 0,05$), що складало в середньому $(278 \pm 5,8)$ мкмоль/л. Відмічалось також збільшення концентрації АМФ у крові в середньому до $(102 \pm 4,2)$ ммоль/л, тобто в 1,92 рази ($P > 0,05$). Інтегральний показник ЕЗЕ був понижений до початку проведення лікування у хворих основної групи в середньому в 1,87 рази ($P < 0,01$).

У хворих на СПЕВ групи зіставлення до початку лікування мали місце аналогічні зміни показників енергетичного обміну, а саме чітко виражене зниження вмісту АТФ в гемолізаті

венозної крові у хворих — у середньому до $(467 \pm 6,5)$ мкмоль/л, тобто в 1,39 рази у порівнянні з нормою ($P < 0,01$). При цьому одночасно відмічається збільшення рівня АДФ — у середньому в 1,19 рази, що дорівнювало $(275 \pm 6,1)$ мкмоль/л ($P < 0,05$). До початку проведення лікування в усіх обстежених пацієнтів групи зіставлення відмічено збільшення концентрації АМФ у крові в середньому до $(98 \pm 4,5)$ ммоль/л, тобто в 1,85 рази ($P > 0,05$). Інтегральний показник ЕЗЕ був понижений до початку проведення лікування у хворих групи зіставлення в середньому в 1,82 рази ($P < 0,01$).

Таким чином, отримані нами дані свідчать про порушення зі сторони аденілової системи, які перш за все характеризуються пониженням вмісту у крові основної макроергічної сполуки — АТФ. Помірне зростання вмісту в гомогенаті еритроцитів АДФ і АМФ може бути оцінене двояко: по-перше, як компенсаторне в плані попередників ресинтезу АТФ по схемі АМФ — АДФ — АТФ [17] і, по-друге, як наслідок посиленого утилізації клітинними елементами АТФ при недостатній швидкості ресинтезу цієї основної макроергічної сполуки. Можливо, що мають місце обидва механізми формування зсувів зі сторони аденілової системи і енергетичного метаболізму в цілому. У будь-якому випадку, настільки істотне пониження ЕЗЕ у хворих з СПЕВ, свідчить про недостатність енергозабезпечення органів і тканин хворих з даною патологією.

При вивченні показників аденілової системи на момент завершення лікування було встановлено, що у хворих основної групи, які додатково отримували комбінацію реамберину та мілдронату, відмічалось практично повна нормалізація вивчених показників. Так, вміст АТФ дорівнював в середньому $(6,42 \pm 6,2)$ мкмоль/л при значеннях норми $(650 \pm 7,0)$ мкмоль/л, рівень АДФ складав $(230 \pm 4,8)$ мкмоль/л при нормі $(232 \pm 5,0)$ мкмоль/л, вміст АМФ — $(55 \pm 3,1)$ мкмоль/л при нормі $(53 \pm 3,0)$ мкмоль/л, ЕЗЕ — $2,25 \pm 0,03$ при нормі $2,28 \pm 0,05$.

При повторному здійсненні біохімічного обстеження після завершення курсу лікування у хворих на СПЕВ групи зіставлення, які отримувала лише симптоматичне лікування, було встановлено, що у пацієнтів мала місце тенденція до підвищення рівня АТФ: вміст вказаної макроергічної сполуки в гомогенаті еритроцитів збільшився у середньому в 1,13 рази у порівнянні із вихідним рівнем і досягнув рівня $(528 \pm 6,5)$ мкмоль/л, але при цьому залишався у середньому в 1,23 рази нижче норми ($P < 0,01$). Рівень АДФ на момент завершення лікування у хворих групи зіставлення вірогідно від норми

не відрізнявся, при цьому кратність пониження даного показника відносно його вихідного рівня склала 1,14 рази ($P=0,05$). Концентрація АМФ в гомогенаті еритроцитів обстежених хворих групи зіставлення при загальноприйнятому лікуванні також мала тенденцію до зниження у порівнянні з її вихідним підвищеним рівнем. У середньому даний показник знижувався до $(70\pm 3,7)$ мкмоль/л, тобто в 1,4 рази у порівнянні із вихідним його значенням, але залишався в 1,28 рази вище норми. ЕЗЕ у хворих на СПЕВ групи зіставлення, що отримували лише симптоматичне лікування, мав тенденцію до підвищення. У середньому даний показник досягнув $1,69\pm 0,06$, тобто в динаміці підвищувався у середньому в 1,36 рази по відношенню до його вихідного рівня ($P<0,05$). При цьому, однак, ЕЗЕ на момент завершення лікування залишався в 1,34 рази нижче норми ($P<0,01$); тобто в ході лікування повного відновлення даного показника не відбувалося.

Отже, отримані дані свідчать, що при лікуванні хворих на СПЕВ за допомогою комбінації детоксикуючого препарату реамберину та сучасного метаболічно активного засобу мілдронату має нормалізація показників аденілової системи, що характеризує відновлення процесів енергозабезпечення органів і тканин. В клінічному плані це супроводжувалося суттєвим зменшенням або навіть зникненням симптоматичного комплексу, характерного для синдрому вигорання. Таким чином, отримані дані свідчать про клінічну доцільність та патогенетичну обґрунтованість застосування у комплексній терапії хворих на СПЕВ комбінації сучасного детоксикуючого препарату реамберину та метаболічно активного засобу мілдронату.

Висновки

1. Клінічна картина СПЕВ в обстежених хворих була типовою та характеризувалася наявністю фізичних, емоційних, інтелектуальних та соціально значущих симптомів, а саме стомленості, фізичної втоми, виснаження, зміни маси тіла (схуднення або збільшення маси тіла), безсоння, незадовільного загального стану здоров'я, задишки, нудоти, запаморочення, надмірної пітливості, тремтіння тіла, артеріальної гіпертензії, нестачі емоцій, песимізму, цинізму і черствістю у роботі та особистому житті, байдужості, втоми, відчуття безпомічності та безнадійності, агресивності, дратівливості, тривоги, посилення ірраціонального неспокою, нездатності зосередитися, зниження інтересу до нових теорій та ідей у роботі, до альтернативних підходів у

вирішенні проблем, нудьги, туги, апатії, втрати смаку та інтересу до життя, надання переваги стандартним шаблонам, схемам, рутині, ніж креативно-творчому підходу, цинізму і байдужості до новин, низької соціальної активності, зниження інтересу до дозвілля, захоплень, обмеження соціальних контактів тільки роботою, байдужості у ставленні до співробітників та рідних, відчуття ізоляції, непорозуміння з іншими; відчуття нестачі підтримки з боку сім'ї, родичів, друзів і колег.

2. При вивченні показників аденілової системи у хворих на СПЕВ до початку лікування були встановлені суттєві зсуви, які характеризувалися суттєвим зниженням вмісту АТФ у гомогенаті еритроцитів периферійної крові — у хворих основної групи в середньому в 1,41 рази, а у пацієнтів групи зіставлення — в 1,39 рази, та компенсаторним збільшенням рівня АДФ — у хворих основної групи та групи зіставлення в 1,2 рази та АМФ — у осіб основної групи — в 1,92 рази, а у пацієнтів групи зіставлення — в 1,85 рази стосовно норми. При цьому інтегральний показник ЕЗЕ був зменшений у середньому в 1,87-1,82 рази у хворих обох груп, що свідчить про значне зниження енергозабезпечення органів та тканин та в цілому про формування клініко-біохімічного синдрому гіпоенергетизму.
3. В ході лікування у хворих на СПЕВ основної групи (які отримували комбінацію реамберину та мілдронату) відмічено чітко виражена позитивна динаміка проаналізованих показників енергетичного обміну, що свідчить про лікувацію синдрому гіпоенергетизму. В клінічному плані це супроводжувалося суттєвим зменшенням або навіть зникненням симптоматичного комплексу, характерного для синдрому вигорання.
4. В групі зіставлення (які отримували лише симптоматичне лікування СПЕВ) встановлена суттєво менш виражена тенденція до відновлення показників енергетичного метаболізму. Тому в більшості випадків у пацієнтів цієї групи зберігалися вірогідні зсуви проаналізованих біохімічних показників, що свідчить про збереження синдрому гіпоенергетизму.
5. Виходячи з результатів проведеного дослідження, можна вважати патогенетично обґрунтованим, доцільним та клінічно перспективним включення комбінації реамберину та мілдронату до комплексу лікувальних заходів у хворих на СПЕВ.

Література

1. Александровский Ю.А., Чехонин В.П. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств. — М.: Геотар-Медиа, 2005. — 256 с.
2. Водопьянова Н.Е. Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с.
3. Лукьянов В.В. Синдром эмоционального «выгорания» и механизмы психологической защиты у психиатров-наркологов // Наркология. — 2007. — № 3. — С. 47 — 51.
4. Полунина О.В. Синдромы увлеченности работой и выгорания: особенности взаимосвязей // Психологический журнал. — 2009. — Том 30, № 1. — С. 1-13.
5. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с.
6. Иванюков И.Ю. Здоровье менеджера: как его сохранить. — М.: Вершина, 2009. — 224 с.
7. Филиппов О.В. Офисный синдром или здоровье менеджера. — М.: Водолей Publishers, 2008. — 584 с.
8. Матвиенко О.І., Пересадин М.О., Андросов Е.Д. Культура здоров'я персоналу та синдром психоемоційного «вигорання» стратегія і тактика подолання // Персонал. — 2007. — № 1. — С. 72-76.
9. Полищук И.А. Биохимические синдромы в психиатрии. — Киев: Здоров'я, 1967. — 135 с.
10. Гарник Т.П., Фролов В.М., Пересадин М.О., Білоусова І.В. Активність ферментів системи антиоксидатного захисту та показники фагоцитарної активності моноцитів у хворих з синдромом психоемоційного вигорання при лікуванні сучасним фітозасобом алфагіном // Фітотерапія. Часопис. — 2009. — № 3. — С. 18-25.
11. Кутько И.И., Пересадин Н.А., Фролов В.М. Эффективность циклоферона и ливенциале форте при синдроме психоэмоционального выгорания: влияние на функциональное состояние печени, липопероксидацию и антиоксидантную защиту организма // Укр. медичний альманах. — 2006. — Том 9, № 6. — С. 64-68.
12. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С., Пересадин Н.А. Эффективность полиоксидония и галавита при синдроме психоэмоционального выгорания и их влияние на метаболические показатели // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1. — С. 12-15.
13. Кутько И.И., Фролов В.М., Пересадин Н.А. Перспективы применения циклоферона и ливенциале при синдроме психоэмоционального выгорания: влияние на липопероксидацию и антиоксидантную систему организма, исходя из концепции проф. И.А.Полищука // Психічне здоров'я. — 2007. — № 3 (16). — С. 71-72.
14. Кутько И.И., Фролов В.М., Пересадин Н.А. Перекисное окисление липидов и активность ферментов антиоксидантной защиты в патогенезе синдрома психоэмоционального выгорания // Укр. медичний альманах. — 2007. — Том 10, № 1. — С. 77-82.
15. Кутько І.І., Фролов В.М., Пересадин М.О. Синдром психоемоційного вигорання: метаболічні аспекти патогенезу, раціональна фармакотерапія і медична реабілітація // Психічне здоров'я. — 2007. — Вип. 2 (15). — С. 22-26.
16. Фролов В.М., Кутько И.И., Рачкаускас Г.С., Пересадин Н.А. Синдром психоэмоционального выгорания: клиническая и патопсихологическая характеристика профессионального «выгорания» // Український медичний альманах. — 2007. — Том 10, № 6. — С.227-231.
17. Мушкамбаров Н.Н. Метаболизм: структурно-химический и термодинамический анализ. В 3-х томах / Н.Н. Мушкамбаров. — Том 2. Обмен углеводов и энергетический метаболизм. М.: Химия, 1998. [2-е изд.]. — С. 345-652.
18. Афанасьев В.В. Клиническая фармакология реамберина. — СПб, 2005. — 44 с.
19. Машковский М.Д. Лекарственные средства. — 15-е изд. — М.: Новая волна, 2005. — С. 714.
20. Реамберин: экспериментальные и клинические исследования / Реферативный сборник научных работ, процитированных в PubMed / Под редакцией С.В. Оковитого. — СПб., 2012.— 100 с.
21. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. и др. Реамберин в клинической психиатрии и наркологии: метод. рекомендации. — Харьков, 2006. — 32 с.
22. Захарова Н.Б., Рубин В.И. Тонкослойная хроматография адениловых нуклеотидов эритроцитов на пластинках Силуфол // Лабораторное дело. — 1980. — № 12. — С. 735-738.
23. Рубин В.И., Захарова Н.Б., Целик Н.И. Обмен адениловых нуклеотидов и методы его исследования: пособие для врачей-лаборантов. — Саратов, 1992. — 32 с.
24. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. — СПб, 2005. — 126 с.
25. Weber A., Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? // Occupational Medicine. — 2000. — Vol. 50, № 7. — P. 512-517.

УДК: 618.333:618.439-614.1:312(477.74)

Психопрофілактика стресу у вагітних в анамнезі у яких була антенатальна загибель плоду



Нікогосян Л.Р.

Нікогосян Л.Р.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Резюме. Автор аналізує питання методології підготовки вагітної і в цілому майбутніх батьків до народження дитини. При цьому приділяючи увагу психофізіологічним особливостям вагітної, пропонуючи загальні і авторські рекомендації по адаптації майбутній матері до пологової діяльності.

Ключові слова: вагітність, психопрофілактика, підготовка до пологів.

Preparation to births taking into account psychophysiology features of pregnant

Nicogosyan L.R.

The Odessa National medical university, Odessa

Resume. The author analyzes the question of methodology of preparation of pregnant and the whole future parents to forthcoming birth of child. Thus sparing attention, to the psychophysiology features of pregnant, offering general and author recommendations on adaptation, future mother to the childbirth.

Key words: pregnancy, psychoprophilaction, preparation to births.

Одним з важливих елементів ведення вагітних є психопрофілактична підготовка до пологів, що включає комплекс психопрофілактичних, психотерапевтичних та фізичних заходів [1, 2]. Основними завданнями психофізичної підготовки вагітних до пологів є: вироблення у жінок свідомого відношення до вагітності та сприйняття пологів, як логічного фізіологічного процесу, створення сприятливого емоційного фону і впевненості у нормальному перебігу вагітності та майбутніх пологів, вироблення навиків, щодо подолання страху перед пологами й можливим больовим відчуттям [1, 3]. Важливо ретельно з'ясувати характерологічні особливості жінки, її емоційні та вольові якості, відношення до вагітності, характер взаємин у родині, наявність психічних травм, уточнити уявлення вагітної про пологи, обґрунтованість страху перед ними, боязнь болю [2]. У тому разі якщо виявляються які-небудь психологічні проблеми, то при необхідності пацієнтка може бути направлена на додаткову консультацію психолога або психотерапевта. Відношення жінки до вагітності та пологів формується під впливом різних чинників, включаючи соціальні, морально-етичні, економічні та ін., й залежить від особливостей особи вагітної [4].

Однією з цілей психопрофілактики пологів є запобігання болю за допомогою дії на психіку і позбавлення від цього рефлексу, щоб з думкою про сутички було зв'язано уявлення не про біль, а про те, що справа рухається вперед. Скорочення матки необхідні для природних пологів, вони проштовхують дитячі назовні. Чим повніше виконується ця функція, тим менше відчувається біль [2, 5].

Для психопрофілактики пологів треба розуміти механізм сутичок. Скорочення матки, як і будь-які скорочення м'язів, викликають укорочення м'язових волокон і тим самим шийки матки [6]. При кожному скороченні вона коротшає, поки зовсім не згладжується. Для того, щоб представити це наочно, можна представити комір светра, який тягнуть вниз до рівня плечей: приблизно такий рух робить шийка матки під час скорочень. Вона стирається, потім розкривається, і дитина під дією скорочень виштовхується назовні [3, 4]. Під дією болю будь-якого походження дихання блокується, тіло напружується, всі м'язи тверднуть. Ця реакція створює сильну напругу, як фізичну, так і психологічну, і підсилює перше відчуття болю. Тому так поважно виучитися різним методам дихання розслаблення, які допоможуть, починаючи з перших сутичок, залишатися спокійною, розслабленою, при цьому тіло добре забезпечуватиметься киснем [5, 6].

Розслаблення та дихання у психопрофілактиці пологів. Вправи для розслаблення виконують зазвичай лежачи на боці. Вони полягають в послідовному розслабленні кожної частини тіла. Вони учать, крім того, напружувати окремі м'язи, незалежно від інших, щоб мати можливість зустріти сутичку при абсолютно розслабленні [1, 7]. Фізичне тренування і підготовку до пологів продовжують дихальні вправи, тому що вони покращують постачання організму киснем як під час вагітності, так і при пологах. Під час вагітності потреба в кисні збільшується, а під час самих пологів, як при будь-якому інтенсивному м'язовому зусиллі, необхідне хороше

постачання киснем: воно полегшує і навіть підсилює скорочення матки та дозволяє дитині легко пережити свою появу на світ [7, 8].

Різні способи дихання. Діафрагма — це мускул, який управляє диханням. Вона має форму рухливого куполу і відокремлює живіт від грудної порожнини. При вдиху вона опускається і спирається об дно матки, а ваша грудна клітка при цьому розширюється. При видиху, навпаки, діафрагма піднімається та допомагає проштовхнути повітря через рот та ніс. Під час пологів дихати треба по-різному між сутичками і під час сутічок [5, 9]. Глибоке дихання застосовується між двома сутичками. Воно допомагає насичувати тіло киснем і розслабляти його між двома зусиллями. Глибоко вдихнути носом і повільно видихнути ротом, до повного спустошення легенів. Поверхнєве і прискорене дихання допомагає отримувати кисень так, щоб діафрагма не давила на матку. Воно застосовується під час сутічок, після того, як шийка матки відкрилася на 4–5 см. Повністю розслабити м'язи живота і тримати як можна довше діафрагму в піднятому положенні. Потім глибоко вдихнути носом і видихнути ротом. Знову вдихнути, цього разу дуже трохи повітря, легко видихнути, як при задуванні свічки, потім легко вдихнути [6, 10].

У міру того як відбуваються тренування, вагітна вчиться підтримувати цей швидкий ритм дихання, який називається «дихання песика», протягом цілої хвилини. Дихання грає важливу роль в мить, коли дитя перестає рухатися вперед. Після того, як шийка матки повністю розкрилася, тіло буде готове дати дитяті можливість пройти через таз. З цієї метою акушерка обов'язково учить первородящих тужитися. Глибоко вдихнути, потім видихнути. Знову вдихнути, при цьому діафрагма опуститься, блокувати дихання — діафрагма натисне на дно матки, потім тужитися, напружуючи живіт. М'язи живота натиснуть на дно матки зверху вниз, і це допоможе дитяті рухатися вниз. При кожній сутичці необхідно тужитися три рази, кожного разу перед цим видихнувши все повітря за попередню сутичку [11].

Для вдалої психофізіологічної підготовки пологів також необхідно засвоїти розслаблення нижньої частини живота: вправа «міст». Це вправа, в якій поєднуються розтягування хребта і розгойдування таза, повинна виконуватися перед будь-якою іншою вправою, яка робиться лежачи. Виконати цю вправу п'ять разів, при цьому прагнути слідувати за ритмом власного дихання. Мета — розтягування хребта, тому стегна виявляться нижчими, ніж вони були на початку вправи. Вигин хребта пропаде або сильно зменшиться. Лягти на спину, руки витягнути

уздовж тіла, ноги зігнути, ступні розсунути на ширину тазу. Тіло вигнути так, щоб на рівні талії утворилася виїмка [8]. Спокійно вдихнути та видихнути. Знову вдихнути, повільно підводячи стегна і нижню частину спини. Можна упертися на руки, щоб було легко. Затриматися в цьому положенні декілька секунд, зупинивши дихання. Потім видихнути, повільно опускаючи спину на підлогу, хребці за хребцем, починаючи з потилиці і закінчуючи рівнем тазу. Тепер все тіло лежить на підлозі і відпочиває. Виїмка на попереку з'являється знову, але вона значно менше [12]. Варіант вправи «міст». Якщо ішіас заважає підводити стегна, як вказано у вищеписаній вправі, можна спробувати розпрямити хребет без зусилля, підводячи верхню частину спини, попереку і плечі. Стегна залишаються на підлозі, упертися на потиличну частину голови. Підвести хребет. Помалу укладати хребет на підлогу, починаючи з нижньої частини спини і закінчуючи областю плечей і потилиці [7].

Дихання грає важливу роль в мить, коли дитина готова з'явитися на світ. Можна допомогти йому пройти через таз, підсилюючи роботу матки під час останніх скорочень, які приведуть до виходу дитяти. При кожному скороченні необхідно тужитися три рази, після того, як було видихнуто все повітря. Краще виконувати цю вправу після моста, який допоможе розтягнутися хребту і зайняти правильне положення тазу. Лягти на спину, розставивши ноги, притримувати коліна з боків живота [10]. Тримати руками ноги під колінами. Глибоко вдихнути, надуваючи груди та живіт. Видихнути. Знову глибоко вдихнути (діафрагма опускається), злегка підводячи голову і верхню частину спини. Припинити дихання (діафрагма давить на дно матки), потім потужитися, напружуючи живіт. Живіт давить на матку (рухом зверху вниз) і допомагає дитяті опускатися. Можна також тужитися, помалу випускаючи повітря [11, 13].

На додаток до класичних методів є інші, які допоможуть підготуватися до пологів. З перерахованого нижче можна вибрати те, що більше личить, зважаючи на особливості організму і місцеві можливості, оскільки ці методи застосовуються не скрізь. Існують всілякі оригінальні методи, такі, як йога, гаптомія, софрология, підготовка в басейні (не плутати з пологами у воді), спів перед пологами, музикотерапія, або інші, ближчі до медичної практики, такі, як акупунктура або гомеопатія, всі ці методи можуть принести велику користь. Але жоден з них, сам по собі цікавий і корисний, не дає достатньої підготовки і не замінює класичного методу [8, 12]. Наприклад застосування йоги у психофізіологічній підготовці пологів. Цей метод ставить за мету встановити гармонію між тілом і душею, і він може

бути використаний при підготовці до пологів. Навіть якщо жінка ніколи раніше не займалася йогою, вагітність — відповідний момент, щоб почати. Метод йоги полягає в роботі по концентрації і у фізичних позах, які допомагають досягти стану фізичної і психологічної рівноваги і зберегти його [10]. За Ф. Лабуайе, який сприяв поширенню цього методу та його вживання для вагітних. Автор вважає, що йога не зводиться лише до гімнастики, вигляду спорту або способу лікування. Це філософія, «шлях», який приводить до пізнання самого себе [14].

Заняття йогою, якими б інтересними та корисними вони не були, повинні супроводитися класичною підготовкою до пологів, яку вони не можуть замінити. Заняття йогою, призначені для вагітних жінок, зазвичай веде лікарка або акушерка. Вони продовжуються в середньому близько години, проводяться один або двічі в тиждень. Можна також робити ці вправи будинку, щодня по 15–20 хвилин [11]. Йогию не можна займатися, не навчившись розслабитися, щоб навчитися володіти своїм тілом, диханням, різними відчуттями, наприклад, відчуттям тепла і тягаря. Кожен повинен знайти пози, найбільш відповідні саме для нього. Запропоновані вправи не є готовими моделями, які слід просто повторювати, можна їх змінювати. Пози «ембріона» полегшує спину і витягує область попереку. Сісти на п'яти, розсунувши коліна. Покласти лоб на підлогу. Живіт знаходиться між стегнами. Покласти руки на підлогу, на рівні лоба, і зосередитися на своєму диханні. Можна покласти лоб на кулаки [7, 11].

Спосіб гаптономія не є власне методом підготовки до пологів. Цей метод може допомогти майбутнім батькам познайомитися з дитям і встановити з ним перші контакти за допомогою дотиків. Метод розроблений в Нідерландах, пізніше упроваджений у Франції Ф. Вельдманом у 1978 р. Гаптономія (від грец. «дотик», потів — «закон») — означає «зведення законів, які управляють серцем і відчуттями». Це — наука любові. Контакти з дитям починаються задовго до його народження. У животі в матері плід — вже жива істота, яка спілкується з іншими людьми [15]. Сеанси проводять індивідуально. Зазвичай проводять один сеанс на самому початку вагітності, потім другої, коли з'являються перші рухи дитяти, до четвертого або п'ятого місяця, потім по сеансу кожного місяця до кінця вагітності. Останній сеанс можна провести після пологів. Під час нього гаптономіст показує різні способи носити дитяти. Основний мінус цього методу — це те, що він дає мало інформації про перебіг вагітності і пологів [7, 10].

Тому паралельно необхідно вивчати класичний метод підготовки до пологів. Батько

бере активну участь в заняттях, він вчиться, як і мати, використовувати руки, щоб увійти до контакту з дитям. Метод не має нічого спільного з масажем, швидше це — діалог. Вибрати зручну позу. Покласти руки на живіт, руки батька — на руки матері або навпаки. Потихеньку рухати руками, щоб намацати дитяти. За допомогою дотиків можна увійти з ним до контакту [5, 9]. Хоча гаптономія і не займається безпосередньо підготовкою до пологів, вона може надати сприятливу дію і в цьому відношенні, оскільки вона учить інакше відноситися до болю. Жінку учать концентруватися не на собі, а на дитяті, мати «продовжуватиме себе» в іншій людині, майже як сліпоку вчиться вважати свою тростину продовженням своєї руки. Після цього вона продовжуватиме себе в дитяті під час пологів, у момент виходу, і цей зв'язок і сильна любов дозволять їй краще впоратися з болем [8].

Гаптономія навчає давати сутічкам можливість змінити тіло і дозволити дитяті народитися як можна спокійніше. Софрология, від грец. «гармонія», «свідомість», «знання», не ставить своєю за мету підготовку лише до пологів, але в більшому сенсі — до ролі батьків. Її метою є дати жінці можливість досягти фізичної і психологічної рівноваги, яка корисна і для розвитку вагітності, і для пологів, та для майбутніх стосунків батьків з дитям [13]. Метод розроблений в Іспанії на початку 60-х років ХХ століття, віддає перевагу розслабленню за допомогою гіпнозу. Софрологічна підготовка починається на п'ятому місяці та проводиться у групах. Вона вимагає досить великої особистої участі. Необхідно тренуватися біля двадцяти хвилин щодня [5, 9].

Для визначення ефективності проведеного циклу занять по психопрофілактиці можна використовувати деякі психологічні тести, застосовуючи їх у вагітних на початку кожного заняття і після його закінчення, або на початку першого заняття та після закінчення останнього. Психічну підготовку вагітних до пологів слід поєднувати з фізичними вправами. Систематичні заняттями гімнастикою при вагітності оптимізують функціональний стан життєво важливих органів і систем, підвищують захисні сили організму, адаптують його до фізичних навантажень у майбутніх пологах.

Висновки:

1. Психопрофілактична підготовка до пологів, що включає комплекс психопрофілактичних, психотерапевтичних та фізичних заходів є одним з важливих елементів ведення вагітних.
2. Основними завданнями психофізичної підготовки вагітних до пологів є: вироблення у

жінок свідомого відношення до вагітності та сприйняття пологів, як логічного фізіологічного процесу, створення сприятливого емоційного фону і упевненості у нормальному перебігу вагітності та майбутніх пологів, вироблення навиків, щодо подолання страху перед пологами й можливим больовим відчуттям.

3. Психічну підготовку вагітних до пологів слід поєднувати з фізичними вправами. Для визначення ефективності проведеного циклу занять по психопрофілактиці можна використовувати деякі психологічні тести, застосовуючи їх у вагітних на початку кожного заняття і після його закінчення.

Література

1. Запорожан В. М. Перинатологія: Підруч. для студ. вищих мед. закл. освіти / В. М. Запорожан, М. Л. Аряєв // О.: Одесский медицинский университет, 2000. — 302 с.
2. Козлова Л. В. Здоровье детей / Л. В. Козлова, И. Л. Алимova, В. Н. Дорошенко и др. // Смоленск, 2000. — 71 с.
3. Новиков В. Е. Беременность и токсиканты / В. Е. Новиков, Е. М. Горбачев // Новосибирск: СО Наука, 1998. — 160 с.
4. Эверли Дж. Стресс — природа и лечение / Дж. Эверли, Р. Розенфельд // М., 1985.- 52 с.
5. Запорожан В. М. Акушерська патологія: Атл. / В. М. Запорожан, В. П. Міщенко // О.: Одесский медицинский университет, 2005. — 291 с.
6. Кабрин В. И. Психология коммуникативного развития человека как личности: Автореф. дис... д-ра психол. наук. — М., 1993. — 175 с.
7. Савельева Г.М. Интранатальная охрана здоровья плода. Дискуссионные и нерешенные вопросы // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. — № 3. — С. 7-12.
8. Сотникова Н. Ю. Механизмы регуляции гуморальных иммунных реакций при синдроме задержки развития плода / Н. Ю. Сотникова, А. В. Кудряшова // Акушерство и гинекология. 2008. — №1. — С. 23-26.
9. Стрижаков А. Н. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение / А. Н. Стрижаков, Т. Ф. Тимохина, О. Р. Баев // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003. — №5. — С. 53-63.
10. Паращук Ю. С. Фетоплацентарная недостаточность. Учебное пособие / Ю. С. Паращук, О. В. Грищенко, И. В. Лахно и др. // Харьков: ХГМУ, 1999 — 45 с.
11. Стрижаков А. Н. Физиология и патология плода / А. Н. Стрижаков, А. Н. Давыдов, И. В. Игнатко и др. // М.: Медицина, 2004. — 200 с.
12. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Оценка иммунного статуса человека в норме и при патологии / Р. М. Хаитов, Б. В. Пинегин // Иммунология. — 2001. — № 4. — С. 4-6.
13. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебное пособие: Т. 1. М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 608 с.
14. Ergaz Z. Intrauterine growth restriction etiology and consequences: what do we know about the human situation and experimental animals models? / Z. Ergaz, M. Argil, A. Ornoy // Reprod Toxicol. — 2005. — V. 20(3). — P. 301-322.
15. Piazze J. Prognostic value of umbilical-middle cerebral artery pulsatility index ratio in fetuses with growth restriction / J. Piazze, F. Padula, A. Cerehja et al. // Int J Gynaec Obstet. 2005. — V. 91. — № 3. — P. 233-237.

УДК 612.821+616.89

Нарушение эмоциональной сферы у больных с паническими расстройствами



Кудинова Е.И.

Кудинова Е.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме. В настоящее время наблюдается значительный рост тревожных расстройств с пароксизмальными проявлениями. В их структуре значительное место занимают панические расстройства (ПР). Нами было проведено изучение нарушений эмоциональной сферы у 40 больных ПР и 20 больных с агорафобией по данным клинических и психопатологических исследований. Установлен высокий уровень тревожной симптоматики. По данным патопсихологических исследований установлено, что у больных с ПР преобладает высокий уровень личностной тревожности, на фоне относительно низких показателей нейротизма и депрессии. Разработана система психоневротической коррекции, показавшие высокую эффективность в 68 % случаев.

Ключевые слова: эмоциональная сфера, паническое расстройство, психотерапевтическая коррекция.

Emotional disturbances on panic disorder patients

Kudinova O.I.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Resume. The considerable growth of anxiety disorders consists paroxysmal phenomena contemporary happened. The panic disorder (PD) is the main in their structure. The emotional disturbances of 40 PD patients were investigated with the clinic and pathopsychological methods. The high level of anxiety was shown. Pathopsychologically the high level of personality anxiety and low level of neurotism and depression were indentified. The system of psychotherapy corection was established, with high efficacy in 68% cases.

Key words: Emotional disturbances, panic disorder, psychotherapy corection.

Пароксизмальне состояние являются одной из актуальных проблем современной медицины. Это обусловлено их значительной распространённостью. По данным эпидемиологических исследований до 80% населения испытывают пароксизмальные и перманентные вегетативные проявления, которые клинически проявляются в виде вегетативной дисфункции [1, 2]. Одной из наиболее распространённых форм вегетативной дисфункции в настоящее время является паническое расстройство (ПР), которое проявляется пароксизмальными нарушениями в виде панических атак (ПА) с вегетативными, эмоциональными и идеаторными составляющими [3].

Современная концепция панических расстройств формировалась с середины прошлого столетия в двух направлениях: медицинском и психологическом. Первый детальное клиническое описание этого заболевания сделал американский терапевт J.M.Da Costa в 1981г., хотя сам автор оценил это состояние как расстройство сердечной деятельности. После этого возник термин «синдром Да Коста» [4]. В психологической медицине панические атаки впервые были описаны O.Domrich (1849), который считал, что они вызваны сильными эмоциональными реакциями. Впервые ПР

были выделены в отдельную диагностическую категорию «Панических расстройств» (ПР) в американской классификации DSM-III [5]. Были выделены следующие диагностические критерии: чёткая повторяемость приступов тревоги (паники); появление тревоги ожидания в «межприступном периоде» и частое развитие агорафобии; повышенный наследственно-генетический риск развития ПР; выраженная связь с депрессией и алкоголизмом; частое наличие пролапса митрального клапана; провокация приступов паники лактатом натрия и углекислым газом; высокая эффективность антидепрессантов; недостаточная эффективность использования традиционных бензодиазепиновых транквилизаторов и психотерапии.

В рамках традиционного нозологического подхода ПР описывалось наиболее часто в структуре неврозов в виде «вегетативных кризов» (чаще симпатикотонических, реже смешанных или вагоинсулярных), в структуру которых включались состояния тревоги и страха. В дальнейшем при прогрессивном развитии возникают фобические расстройства в виде агорафобии, кардиофобии, инсультофобии. В то же время несомненным патогенетическим звеном развития ПР являются эмоциональные нарушения. В МКБ-10 панические расстройства

выделяются в качестве самостоятельной диагностической единицы (F 41.0), в кластере невротических и соматоформных расстройств [7].

В соответствии с проведенными статистическими исследованиям установлено, что от 1 до 4% взрослого населения страдают ПА в установленные периоды своей жизни (Angst J. Wicki W., 1993). В специальном эпидемиологическом исследовании было установлено, что субсиндромальные (не достигшие диагностических критериев МКБ-10 и DSM-IV), но синдромально очерчены и требующие терапевтической интервенции формы ПА встречаются в 9-19% взрослого населения (Angst J. Wicki W., 1994). Около 15% людей переживают паническую атаку в течение жизни. ПА чаще всего встречаются у молодых людей (преимущественно у женщин), дебютируют в возрасте 20-30 лет и чрезвычайно редко до 15 и после 65 лет (Вейн А.М., 1998; Смулевич А.Б., 2000) [3, 4, 5, 8].

ПА обычно возникает на фоне психогенных (кульминации конфликта, острого стрессового воздействия), а также биологических (гормональная перестройка, начало половой жизни).

В то же время, в общих диагностических критериях ПР указано, что ПА развиваются вне какой-либо связи с текущими психологическими факторами.

Всё вышеуказанное послужило обоснованием к проведению исследования, целью которого явилось: изучение состояния эмоциональной сферы больных с паническим расстройством.

Контингенты и методы исследования

Были обследованы 40 больных с паническими расстройствами (F 41.0), которые составили основную группу и 20 больных с агорафобией (F 40.0), которые составили контрольную группу. Всем больным было проведено клинико-психопатологическое и психо-диагностическое исследование с использованием шкалы депрессии Гамильтона, шкалы личностной тревожности и реактивной тревоги Спилбергера-Ханина, опросника Айзенка, опросника личностной акцентуации Леонгарда-Шмишека.

Полученные результаты и их обсуждение

Клинико-психопатологическое исследование больных с ПР показало, что пароксизмальные клинические проявления укладывались в картину симптомокомплекса ПА.

Пароксизм начинался внезапным ощущением интенсивного страха, причём интенсивность симптоматики нарастает критически. В структуру пароксизма входят вегетативные симптомы: тахикардия, гипергидроз, сухость во рту; вегето-висцеральные симптомы:

затруднённое дыхание, чувство удушья, ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, тошнота или неприятные ощущения в животе, приливы жара и озноб, парестезии; идеаторно-эмоциональные симптомы: чувство головокружения, неустойчивости, дурноты, слабости с элементами дереализации, деперсонализации, страх сумасшествия, утраты самоконтроля или надвигающейся потери сознания, страх смерти.

Перманентные проявления наблюдались преимущественно в контрольной группе и характеризовались астенической, тревожной и субдепрессивной симптоматикой, оформленной в виде различных синдромов: тревожно-фобического — 31%; астено-депрессивного 16%; астено-ипохондрического — 16%; астено-тревожного — 21%, астенического — 14%.

У больных с ПР ведущими психопатологическими синдромами были: астенический (20% больных), тревожно-депрессивный (33% больных) и ипохондрический (46,66% больных).

Данные патопсихологического исследования показали следующее. У больных с ПР, по данным методики Айзенка, в 55% случаев регистрировали высокий уровень нейротизма, в то время, как у больных с агорафобией в 47% случаев преобладал средний уровень.

Средний уровень депрессии по Шкале Гамильтона у больных с ПР составлял 16 баллов, что соответствовало умеренной депрессии, а у больных агорафобией этот показатель составлял 20 баллов, т.е. соответствовал высокой депрессии.

По методике Спилбергера-Ханина у больных с ПР средний показатель личностной тревожности составлял 39 баллов, а у больных с агорафобией — 42 балла. Показатели реактивной тревоги существенно отличались: у больных с ПР средний показатель составлял 33 балла, а у больных агорафобией — 54 балла.

По методике Леонгарда-Шмишека установлено, что у больных с ПР преобладали демонстративность — средний балл 17, застреваемость — средний балл 16,5, экзальтированность — средний балл 20.

У больных агорафобией преобладали: гипертимность — средний балл 19, дистимичность — средний балл 18, тревожность — средний балл — 21.

Нами была разработана система психотерапевтической коррекции больных с ПР. Психотерапевтические методы применялись на фоне стабилизирующей психофармакотерапии и продолжались после их прекращения. Наибольшую эффективность у больных показала когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ по Беку и Эллису).

Терапія, розроблена Aaron Beck, вона представляє собою кратковременну структуровану терапію, яка використовує активне співробітництво між лікарем і хворим для досягнення терапевтичних цілей, і орієнтована на поточні проблеми і їх вирішення.

Теоретичною основою КБТ є представлення про те, що афективні і сомато-вегетативні зміни взаємопов'язані і потребують когнітивної корекції.

Основними цілями терапії були:

- 1) ідентифікація помилкових представлень пацієнтів про свою хворобу;
- 2) навчання альтернативним способам реагування;
- 3) закріплення нових когнітивних представлень і нових поведінкових реакцій.

КБТ проводилась 2 — 4 рази в тиждень, тривалість курсу від 4 до 6 тижнів. КБТ включала три основні компоненти: дидактичний, когнітивний і поведінковий.

Дидактичний компонент включав раціональне пояснення хворому помилкових представлень і помилкової логіки. Проводиться

роз'яснення взаємозв'язку мислення, афектів і поведінки і логічне обґрунтування терапевтичного процесу.

Когнітивний компонент включає чотири процеси:

- 1) формування нового стереотипу мислення;
- 2) тестування нового стереотипу;
- 3) ідентифікація дезадаптивних положень, лежачих в основі патологічної симптоматики;
- 4) зміна стереотипу дезадаптивних положень.

Поведінковий компонент використовувався для зміни дезадаптивного або помилкового стереотипу мислення і поведінки. Основні методи: створення оптимальної схеми діяльності, ретенція нових стереотипів, навчання самоповазі, ролеві ігри і методи відволікання.

Розроблена схема показала свою значущу ефективність. Повна редукція симптоматики ПР була досягнута у 68% хворих, значущі покращення — у 20%, відсутність суттєвих змін відзначено у 12% хворих.

Література

1. Табачников С.І. Про удосконалення і подальший розвиток соціальної і судової психіатрії та наркології в Україні // Науково-практичний журнал «Архів психіатрії» — Т.16., вип.1(60) — 2010.
2. Михайлов Б.В. Стан і стратегія реформування психотерапії і медичної психології в Україні. //Медицинская психология.Т.6. №3(23) 2011. — С.44-47.
3. Михайлов Б.В., Сарвир И.Н., Мирошниченко Н.В., и др. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины // Вісник психіатрії та психофармакотерапії, 2002, №1, с. 38-43.
4. Напрєєнко О.К. Депресії та тривога в загальномедичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії, 2002, №1, с. 7-12.
5. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. — М., «Триада-Х», 2000. — 256с.
6. Коркина М.В., Марилев В.В. Психосоматические расстройства//Психиатрия. — М.: Медицина, 1995. — С. 501-502.
7. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. — Киев, 1997. — 104с.
8. Вейн А.М., Панические атаки // Международный медицинский журнал. — 1997. — №3. — С. 75-79.

УДК 616.89-008-08-059+615.832.9

Криотерапия в системе реабилитации пациентов с непсихотическими психическими расстройствами



Панченко О.А.



Чумак Т.Э.



Панченко Л.В.

Панченко О.А., Чумак Т.Э., Панченко Л.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

Резюме. В статье продемонстрированы результаты исследования эффективности криотерапии в комплексном лечении непсихотических психических расстройств

Ключевые слова: криотерапия, непсихотические психические расстройства.

Creotherapy in system of rehabilitation patients with non-psychotic mental disorders

Panchenko O.A., Chumak T.E., Panchenko L.V.

Donetsk National Medical University by M.Gorky, State Institution «Theoretical and Practical Medical Rehabilitation and Diagnostic Center Ministry of Health of Ukraine»

Resume. The article analyses creotherapy effectiveness in complex treatment of non-psychotic mental disorders.

Key words: creotherapy effectiveness in complex treatment of non-psychotic mental disorders.

Стремительный рост частоты кризисных явлений и конфликтов в различных социальных группах в мире в целом, высокий динамизм социально-технократического развития современного общества, усовершенствование информационных технологий, научно-технические достижения наравне с ростом качества жизни обуславливают рост уровня психо-эмоционального напряжения, усложнение структуры поведения личности, и соответственно, выдвигают жесткие требования к интегративной деятельности всех процессов психической сферы в целом.

В современном мире каждый третий человек страдает той или иной формой психической патологии с очевидным преобладанием пограничных психических расстройств, удельный вес которых составляет в экономически развитых странах Запада — 82,8%, в восточноевропейских странах (в частности в Украине) — 88,4%, в Российской Федерации — 86,7%, в развивающихся странах — 65,3%. Для экономически развитых стран Запада, Украины и Российской

Федерации характерен высокий уровень распространенности психических расстройств, особенно пограничного круга, с тенденцией прироста показателей заболеваемости [3].

Экспертная оценка проблемы пограничных психических расстройств в целом свидетельствует о том, что они занимают ведущее место среди заболеваний у населения и становятся одной из важнейших медико-социальных проблем.

Все вышеперечисленное обуславливает актуальность проблемы и необходимость поиска новых методов лечения этой патологии. Одним из таких методов является криотерапия.

В настоящее время, когда с прогрессом науки и техники расширяются сферы деятельности людей, раздвигаются границы их обитания, осваиваются новые лечебные факторы, проблема экстремальных воздействий в медицине приобретает особую значимость. Применение холода в лечебных целях известно со времен античности, а упоминание о целебном воздействии низких температур, в частности,

болеутоляющем и противовоспалительном эффекте, встречаются еще в трудах Гиппократ и Авиценны. Совокупность физических методов лечения, основанных на применении низких температур для охлаждения тканей, органов или всего организма называют криотерапией.

Сегодня изучение влияния криотерапии на организм человека обусловлено следующими факторами:

- изучение функционирования организма человека в экстремальных условиях внешней среды и механизмы его адаптации к этим условиям является актуальным для физиологии;
- накоплен некоторый эмпирический опыт применения различных видов экстремальных низкотемпературных воздействий с лечебной и профилактической целью;
- на сегодняшний день отсутствует достаточная доказательная база и полное теоретическое обоснование применения экстремальных криовоздействий в медицине.

Применение экстремально низких температур значительно расширило возможности традиционных методов лечения, а в некоторых случаях даже превосходит их по своей эффективности, это объясняет востребованность криотерапии во многих академических, реабилитационных клиниках, ревматологических центрах, а также спортивно-медицинских учреждениях в Европе [2].

На современном этапе проблема экстремальных воздействий является недостаточно изученной. Впервые в медицине искусственный низкотемпературный фактор с температурой криоагента ниже -110°C применил Ямаучи Т. (1986), который определил высокую эффективность экстремального криовоздействия в лечении больных с ревматоидным артритом. Огромный интерес к применению метода обусловлен его анальгезирующим, противовоспалительным и миорелаксирующим эффектами [5]. К настоящему моменту накоплен определенный эмпирический опыт использования криотерапии с лечебной и профилактической целью в ревматологии, дерматологии, спортивной и восстановительной медицине [1].

Цель исследования — оценить эффективность криотерапии в реабилитации пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

Материалы и методы исследования

Проведено клиническое, экспериментально-психологическое, функционально-диагностическое обследование 74 человек с астено-невротическим синдромом, в комплексном

лечении которых применялась криотерапия, и 70 человек контрольной группы, находившихся в период с 2011 по 2012 гг. на лечении в дневном стационаре психоневрологического отделения ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины».

Для объективизации психического состояния использовали структурированное клиническое диагностическое интервью, САН, Шкалу астенических состояний, Шкалу нервно-психического напряжения, Методику для исследования личностной и реактивной тревожности Спилбергер-Ханина.

Данные исследований обрабатывали с помощью пакета прикладных программ «MedStat» (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., 2006 г.).

Обследуемые были отобраны с помощью критериев включения и невключения в исследование (т.е. показаний и противопоказаний), от всех обследуемых было получено добровольное согласие на криотерапию и обследования в процессе данного влияния.

Критериями невключения являлись: артериальное давление свыше 160/100 мм рт. ст. перед проведением процедуры; инфаркт миокарда либо мозга (в течение последних 6 месяцев); острые декомпенсированные состояния со стороны внутренних органов и систем; тяжелые хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, нервной системы, мочевыделительной системы в стадии обострения; васкулиты, артерииты, болезнь Рейно; тромбоэмболическая патология магистральных сосудов; клаустрофобия; криоглобулинемия; холодовая аллергия; индивидуальная непереносимость процедуры; сотрясение головного мозга в анамнезе; острые инфекционные и вирусные заболевания; беременность, период кормления грудью.

Для отбора пациентов и исключения противопоказаний к проведению криотерапевтического воздействия объективизировали соматическое состояние. Для этого проводили электрокардиографическое исследование, спирографию, а также лабораторные исследования: общий анализ крови, определение количества билирубина, креатинина, холестерина, мочевины, глюкозы, уровня кортизола в сыворотке крови по стандартным общепринятым клиническим и биохимическим методикам. Эти же обследования проводили в конце курса лечения. Биологический возраст обследовали при помощи цитобиологической методики В.А. Шахбазова.

До и после каждого сеанса криотерапии проводились измерения артериального давления, частоты сердечных сокращений, поверхностной температуры тела и температуры в наружном слуховом проходе, температуры

выдыхаемого воздуха, максимальной мышечной силы проводимости кисти и мышечной выносливости.

Пациентам проводилось комплексное медикаментозное (транквилизаторы, снотворные препараты, седативные, ноотропные, сосудистые препараты, нейрометаболические препараты), физиотерапевтическое (электросон, массаж, гидротерапия, рефлексотерапия), психотерапевтическое лечение (гипносуггестивная, когнитивно-поведенческая психотерапия, аутогенная тренировка) в соответствии со стандартами медицинской помощи по основной нозологии и криотерапия. Для криотерапии использовалась криокамера «Cryo Therapy Chamber «Zimmer Medizin Systeme» (Германия), которая состоит из предкамеры с температурой -60°C и главной камеры с температурой -110°C . Эти помещения отделены друг от друга изолированными дверьми с обогревающимися каркасами, в которые встроены видеокамеры. Консоль управления для оператора находится перед камерами. Воздух циркулирует через потолок с помощью трех встроенных вентиляторов. В криокамере отсутствует градиент температуры воздуха на разных уровнях. Вся система охлаждения размещена в машинном помещении.

Установка имеет несколько систем безопасности. Все комнаты контролируются через видеомониторы и имеют специальные окна с обогревом. Лечебная комната также дополнительно имеет интеркоммуникационную связь. Во время процедуры за обследуемым ведется непрерывный визуальный, видео и аудио контроль. В процессе криотерапии при необходимости обследуемый имеет возможность оставить камеру в любой момент. В случаях резкого ухудшения состояния оператор имеет возможность сделать экстренное выключение установки.

Криотерапия осуществлялась по авторской методике Fricke R. (1989). Во время первого сеанса длительность нахождения обследуемого в предкамере составляла 10 с, в основной камере — 30 с. Во время следующих сеансов длительность нахождения обследуемого в основной камере постепенно увеличивалась на 30 с и достигала максимального значения 180 с. Процедуры проводили в первой половине дня в фиксированное время ежедневно с двухдневными перерывами (суббота, воскресенье). При посещении криокамеры обследованные были раздеты до нижнего белья из хлопчатобумажной ткани. Открытые участки тела (лицо, уши, кисти рук и стопы) были дополнительно защищены. Для стандартизации эффектов криотерапии во времени был введен показатель суммарного времени криовоздействия

(СВК), представлявший собой сумму минут криотерапии за один курс лечения. Курс лечения для пациентов основной группы составлял 18-20 процедур, суммарное время криовоздействия — 54 мин) [4].

Система терморегуляции первая сталкивается с действием ультранизкотемпературного фактора, который влияет в первую очередь на кожу обследуемого. Оценка функционального состояния системы терморегуляции человека осуществлялась в соответствии с классическими представлениями о терморегулирующих параметрах как взаимосвязи функций двух видов температуры тела: внутренней температуры тела и поверхностной температуры тела. Поверхностная температура тела оценивалась по значениям температуры кожи в симметричных зонах плеча, спины, груди и бедра; внутренняя температура тела оценивалась по значениям температуры в наружном слуховом проходе и температуры выдыхаемого воздуха.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате обследования у 64 пациентов (86,5%) основной группы было зафиксировано наличие астенических нарушений, в контрольной группе — у 56 пациентов (80%), у 19 пациентов (25,7%) основной группы — чрезмерное нервно-психическое напряжение, в контрольной группе — у 18 обследуемых (25,7%), у 55 пациентов (74,3%) основной группы — умеренный уровень нервно-психического напряжения, а в контрольной группе — у 53 человек (75,7%). У 42 обследуемых (56,8%) основной группы и у 35 пациентов (50%) контрольной группы зафиксирован высокий уровень личностной тревожности, у 59 пациентов (79,7%) основной группы и у 56 пациентов (80%) контрольной группы — высокий уровень ситуативной тревожности (рис. 1).

Свое самочувствие оценивали как неудовлетворительное 19 пациентов (25,7%) основной группы и 20 пациентов (28,6%) контрольной группы, 36 пациентов (48,6%) основной группы и 35 пациентов (50%) контрольной группы оценивали свое самочувствие как удовлетворительное. Активность 39 пациентов (52,7%) основной группы и 35 обследуемых (50%) контрольной группы оценили как неудовлетворительную, 34 пациента (45,9%) основной группы и 31 пациент (44,3%) контрольной группы оценивали как удовлетворительную. 45 пациентов (60,8%) основной группы и 44 пациента (62,9%) контрольной группы оценивали настроение как удовлетворительное, 9 пациентов (12,2%) основной группы и 7 пациентов (10%) контрольной группы — как неудовлетворительное. 54 пациента (73%) основной группы и 50 пациентов

(71,4%) контрольної групи отмечали середний рівень якості життя (см. рис. 1).

Рівень кортизола в основній групі поступово знижувався з 436 ± 26 м/моль до 365 ± 31 м/моль, що свідчить про стабілізацію процесів адаптації організму людини.

Біологічний вік у пацієнтів основної групи зменшувався приблизно на 1 рік під впливом криотерапії. В контрольній групі цей показник не змінився. Артеріальне тиск у 53 пацієнтів (71,6%) основної групи стабілізувалося на 5 днів раніше, ніж в контрольній. Частота серцевих скорочень і частота дихання суттєво не змінювалися. Після курсового криовоздействия відбувалося покращення функціонального стану центральної нервової системи, що проявлялося збільшенням м'язової сили і м'язової витривалості ($P < 0,05$).

Положительная динамика психического состояния пациентов отмечалась с 6 дня криовоздействия и опережала таковую в контрольной группе (рис. 2 и 3). Изменения психического состояния проявлялись в улучшении самочувствия, активности и настроения; снижения личностной и реактивной тревожности, снижении степени выраженности астенических проявлений, повышении работоспособности, снижении нервно-психического напряжения больных ($p < 0,05$). Улучшение состояния отмечалось у 63 пациентов (85,1%) при выписке.

Выводы

Таким образом, криотерапия в системе лечения пограничных психических расстройств является безопасным, эффективным методом и может применяться для данной категории пациентов в амбулаторных условиях.

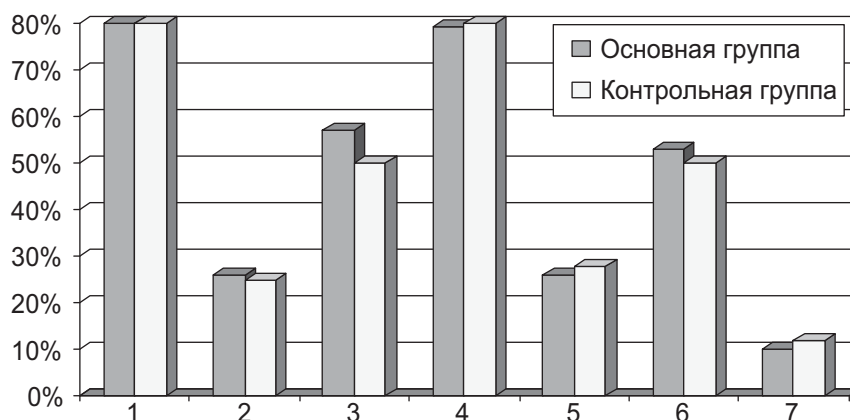


Рис. 1.

Результаты обследования пациентов основной и контрольной групп: 1 — астенические нарушения; 2 — чрезмерное нервно-психическое напряжение; 3 — личностная тревожность; 4 — ситуативная тревожность; 5 — неудовлетворительное самочувствие; 6 — неудовлетворительная активность; 7 — неудовлетворительное настроение

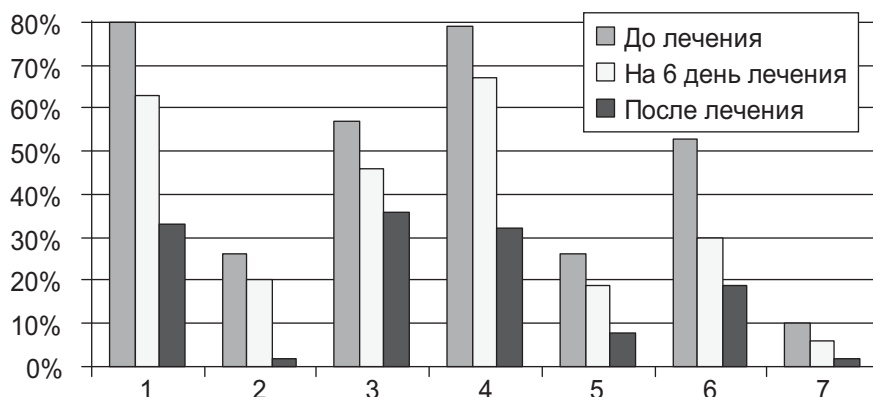


Рис. 2.

Динамика показателей психоэмоционального состояния пациентов основной группы: 1 — астенические нарушения; 2 — чрезмерное нервно-психическое напряжение; 3 — личностная тревожность; 4 — ситуативная тревожность; 5 — неудовлетворительное самочувствие; 6 — неудовлетворительная активность; 7 — неудовлетворительное настроение

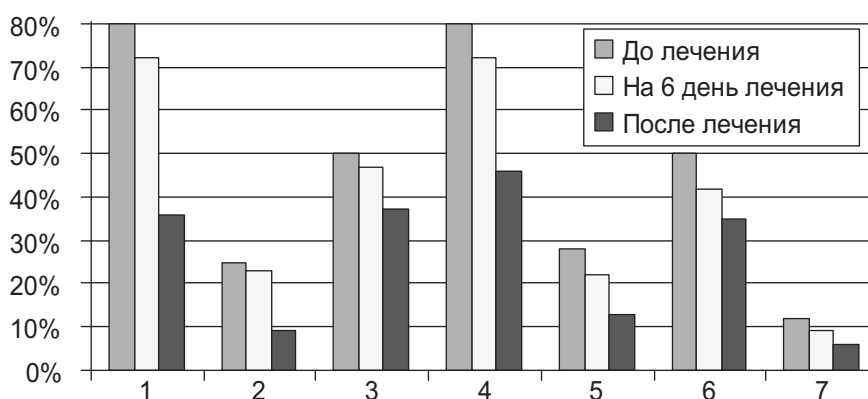


Рис. 3.

Динамика показателей психоэмоционального состояния пациентов контрольной группы: 1 — астенические нарушения; 2 — чрезмерное нервно-психическое напряжение; 3 — личностная тревожность; 4 — ситуативная тревожность; 5 — неудовлетворительное самочувствие; 6 — неудовлетворительная активность; 7 — неудовлетворительное настроение

Литература:

1. Апрелева А.В. Общая криотерапия как новый метод интенсификации тренировочного процесса / А.В. Апрелева, А.Ю. Баранов // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. — 2007. — С. 60-62.
2. Баранов А.Ю. Искусственный холод на службе здоровья / А.Ю. Баранов // Вестник международной академии холода. — 2006. — № 1. — С. 12-14.
3. Оніщенко В.О. Оцінка ультранизкотемпературних впливів на психофізіологічний стан організму людини : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.03.03 «Нормальна фізіологія» / В.О. Оніщенко — Донецьк, 2001. — 22 с.
4. Фармакологическая коррекция тревожно-депрессивных расстройств и нарушений сна в психиатрической и общей медицинской практике: Метод. рекомендации / Под общ. ред. И.А. Бабюка. — Донецк — Киев: 2011. — 24 с.
5. Yamauchi T. Whole Body Cryo-therapie is method of extreme cold treatment initially uses for Rheumatoid Arthritis / T. Yamauchi // Zeitschrift Phys. Med. Baln. Med. Klim. — 1986. — Vol. 15. — 341 p.

УДК 616.895.4-092:612.012.1.015

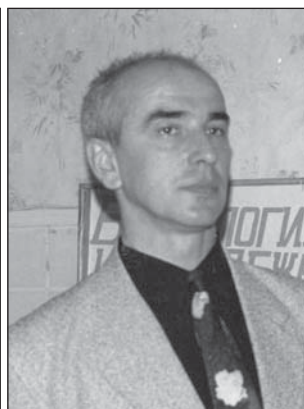
Цитокиновый профиль крови больных параноидной шизофренией с терапевтической резистентностью и его коррекция



Кутько И.И.



Фролов В.М.



Пересадин Н.А.

Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С., Пересадин Н.А.

Институт неврологии, социальной психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьков; Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганская областная клиническая психоневрологическая больница, Луганск, Украина

Резюме. Изучено влияние комбинации циклоферона и реамберина на цитокиновый профиль крови больных параноидной шизофренией (ПШ) с терапевтической резистентностью (ТР) к нейролептикам. Установлено, что до начала коррекции у больных ПШ с ТР к нейролептикам отмечалось существенное повышение уровня провоспалительных цитокинов (ЦК) в сыворотке крови, при этом уровень противовоспалительных ЦК повышался незначительно. Применение циклоферона и реамберина способствует нормализации концентрации изученных ЦК в сыворотке крови больных ПШ с ТР к нейролептикам.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, терапевтическая резистентность, цитокиновый профиль крови, реамберин, циклоферон, лечение.

Cytokine profile of the blood of patients with paranoid schizophrenia with treatment resistance and its correction

DZ «Institut nevrologii, psichiatrii taq narkologii NAMS of Ukraine», m Karachi, DZ «Lugansk Reigning medichny universitet», Luhan'sk oblasna klinichna psihonevrologichna likarnya

Kutko I.I., Frolov V.M., Račkauskas G.S., Peresadin N.A.

Resume. The effect of the immunotropic drug cycloferon and reamberin on the blood cytokine profile at the patients with paranoid schizophrenia (PS) with therapeutic resistance (TR) to neuroleptics was investigated. Established that before correction in the patients with PS with TR to neuroleptics was noted significantly increased levels of proinflammatory cytokines (CK) at the blood serum, and the level of antiinflammatory CK changed significantly. The use of cycloferon and reamberin provided to normalize the studied CK concentration in the serum of the patients with PS with TR to neuroleptics.

Key words: paranoid schizophrenia, therapeutic resistance, blood cytokine profile, reamberin, cycloferon, treatment.

В современных условиях шизофрения (Шз) представляет собой одну из ключевых проблем современной психиатрии, при этом наиболее распространенной клинической формой Шз в настоящее время является параноидная шизофрения (ПШ) [9, 14]. Клинический опыт показывает, что у больных ПШ нередко наблюдается развитие терапевтической резистентности (ТР) к нейролептикам, что существенно ухудшает результаты лечения таких больных [7]. Как было установлено в наших предыдущих

исследованиях, существенную роль в формировании ТР к нейролептикам играет развитие иммунологических, иммунопатологических и метаболических нарушений [6]. При этом выявлено, что редукция патопсихологической симптоматики под влиянием антипсихотической терапии зависит не только от клинической картины заболевания, но и от полноты коррекции сдвигов иммунологического и метаболического гомеостаза [8]. Однако до настоящего времени отсутствует детальная характеристика роли

иммунных расстройств у больных ПШ с формированием ТР.

Показателям цитокинового профиля крови (ЦПК) придают важное значение в сохранении гомеостаза организма, по значимости сопоставимое с ролью иммунной системы [2]. В наших предыдущих исследованиях изучены особенности интерлейконового и интерферонового статуса у больных ПШ [4]. Поэтому можно считать целесообразным дальнейшее изучение ЦПК больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам и разработку рациональных подходов к коррекции выявленных нарушений. Так, наше внимание привлекла возможность применения в комплексе лечения больных ПШ с наличием ТР комбинации современного метаболически активного препарата реамберина [1, 5, 11] и иммунотропного средства циклоферона [3].

Цель работы — изучение показателей ЦПК больных ПШ с ТР к нейролептикам и оценка терапевтической эффективности комбинации реамберина и циклоферона в комплексе лечения.

Материал и методы

Обследовано 73 пациента с диагнозом ПШ с наличием ТР к нейролептикам. Среди обследованных было 47 мужчин (64,4%) и 26 женщин (35,6%) в возрасте от 19 до 52 лет, которые находились на лечении в психиатрическом стационаре в связи с очередным обострением заболевания. Непрерывно-прогредиентное течение ПШ (F20.00) было диагностировано у 33 больных (45,2%); приступообразно-прогредиентный вариант ПШ — у 40 пациентов (54,8%). Констатация наличия ТР проводилась в тех случаях, когда на протяжении 2 месяцев и более при осуществлении адекватно подобранной психофармакотерапии с применением современных нейролептиков либо полностью отсутствовал, либо отмечался лишь очень незначительный клинически видимый терапевтический эффект лечения [7, 9]. В зависимости от конкретного клинико-патогенетического варианта течения ПШ, учитывали возможности максимальной курабельности больного [15].

Обследованные больные были разделены на две группы — основную (40 пациентов) и сопоставления (33 больных), рандомизованные по возрасту, полу, клиническому варианту течения заболевания и его длительности. Пациенты обеих групп получали общепринятое лечение, согласно клиническому диагнозу. Больные основной группы дополнительно к общепринятому лечению получали комбинацию реамберина и циклоферона. Реамберин назначали по 400 мл инфузионно 1 раз в день

с медленным внутривенным капельным введением раствора, от 4-5 до 6-7 инфузий на курс лечения в зависимости от достигнутого эффекта. Циклоферон назначали внутримышечно в виде 12,5% раствора по 2 мл 1 раз в день на протяжении 5 дней подряд, далее по 2 мл через день еще 10 инъекций препарата. Затем на протяжении 30-40 дней вводили поддерживающую дозу циклоферона — по 2 мл 12,5 % раствора 1 раз в 3 дня, либо применяли таблетированную форму — по 150 мг препарата 2 раза в неделю.

У всех обследованных больных ПШ проводили комплексное психиатрическое, соматическое и патопсихологическое исследование. Патопсихологическое исследование включало использование методики ММРІ в адаптированном варианте Ф.Б. Березина и соавт. (1976), шкалы оценки психопатологических симптомов (PANSS) [14] и шкалы общего клинического впечатления (CGI) [13]. Для реализации цели исследования изучали показатели ЦПК: концентрацию провоспалительных (IL-1 β , фактор некроза опухоли (ФНО) α , IL-2) и противовоспалительного (IL-4) цитокинов (ЦК) в сыворотке крови методом ИФА на лабораторном оборудовании производства фирмы Sanofi Diagnostics Pasteur (Франция), в том числе на иммуноферментном анализаторе PR 2100. Концентрацию ЦК (ФНО α , IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6) в крови определяли с помощью реагентов производства ООО „Протеиновый контур” (ProCon) (РФ — СПб). Нормы уровней отдельных ЦК в сыворотке крови здоровых лиц совпадали с опубликованными данными [10].

Статистическую обработку полученных результатов исследования выполняли на компьютере Intel Core i7 2,66 GHz при помощи одно- и многофакторного дисперсионного анализа (пакеты лицензионных программ Microsoft Windows 7, Microsoft Office 2010, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica). При этом учитывались основные принципы использования статистических методов в клинических испытаниях лекарственных препаратов [12].

Результаты и обсуждение

Состояние обследованных больных характеризовалось достаточной остротой психоза (сумма баллов согласно шкале PANSS в обеих группах в среднем превышала 100) с выраженным психомоторным возбуждением и агрессивностью. По шкале CGI в обеих группах преобладали больные с выраженными психическими расстройствами. У всех пациентов на момент начала терапии наблюдалось обострение параноидной, в первую очередь, галлюцинаторно-бредовой симптоматики (включая вербальные

псевдогаллюцинации и развернутые психические автоматизмы), необходимость купирования которой явилась поводом к госпитализации.

До начала лечения у больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам отмечалось достоверное повышение концентрации провоспалительных ЦК в сыворотке крови на фоне незначительного повышения уровня противовоспалительного ЦК IL-4. Так, в основной группе концентрация IL-1 β была в этот период в среднем в 2,4 раза выше нормы ($P < 0,001$) и составляла ($45,1 \pm 1,9$) пг/мл, уровень IL-2 составлял ($38,1 \pm 2,0$) пг/мл, что было в 1,83 раза выше нормы ($P < 0,01$), содержание ФНО α превышало значения нормы в 1,8 раза и достигало значений ($71,2 \pm 3,2$) пг/мл ($P < 0,001$), концентрация IL-6 в сыворотке крови равнялась ($45,8 \pm 1,7$) пг/мл, что в 1,88 раза превышало норму ($P < 0,001$). Одновременно наблюдались разнонаправленные изменения концентрации противовоспалительного ЦК — IL-4, при этом у превалирующего количества больных этот показатель умеренно превышал норму — в 1,2 раза, что составляло в среднем ($56,6 \pm 1,3$) пг/мл ($P < 0,05$). Исходя из этого, коэффициенты, которые характеризуют соотношения ЦК в крови с провоспалительной и противовоспалительной активностью, были достоверно выше нормы: индекс IL-1 β /IL-4 — в среднем в 2,0 раза ($P < 0,001$), IL-2/IL-4 — в 1,52 раза ($P < 0,05$), ФНО α /IL-4 — в 1,5 раза ($P < 0,05$), IL-6/IL-4 — в 1,56 раза ($P < 0,05$). Это свидетельствовало о превалировании в сыворотке крови больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам, основной группы провоспалительных свойств крови над противовоспалительными.

Аналогичные результаты были получены при обследовании пациентов группы сопоставления. Действительно, концентрация IL-1 β в крови больных группы сопоставления была выше нормы в среднем в 2,37 раза ($44,7 \pm 1,8$ пг/мл; $P < 0,001$), IL-2 — в 1,8 раза ($37,4 \pm 1,8$ пг/мл; $P < 0,01$), ФНО α — в 1,78 раза ($70,6 \pm 2,7$ пг/мл; $P < 0,001$), IL-6 — в 1,86 раза ($45,3 \pm 1,5$ пг/мл; $P < 0,001$). Уровень IL-4 в сыворотке крови был в большинстве случаев также умеренно повышенным — в среднем в 1,19 раза ($P < 0,05$) и составлял ($56,3 \pm 1,1$) пг/мл. Исходя из указанных изменений уровня ЦК в сыворотке крови, коэффициент IL-1 β /IL-4 у больных группы сопоставления был повышен относительно нормы в 1,97 раза ($P < 0,001$), IL-2/IL-4 — в 1,5 раза ($P < 0,05$), ФНО α /IL-4 — в 1,49 раза ($P < 0,05$), IL-6/IL-4 — в 1,54 раза ($P < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о существенном превалировании в сыворотке крови больных группы сопоставления в этот период обследования провоспалительных потенций над противовоспалительными. Таким образом, выявленные

изменения ЦПК больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам в обеих группах в этот период обследования были однотипными.

При повторном исследовании после проведенного лечения у больных ПШ с ТР к нейролептикам основной группы отмечалась существенная позитивная динамика как со стороны клинической картины, так и относительно проанализированных показателей ЦПК. В ходе лечения снижение рейтинга согласно шкале PANSS у пациентов основной группы составило 25%. В целом позитивный эффект под влиянием проведенного лечения был зарегистрирован у 30 больных основной группы (81,1%), которые получали реамберин и циклоферон. Установлено, что при этом использование указанной комбинации препаратов способствовало в большей степени влиянию на позитивную, чем негативную симптоматику. Действительно, в основной группе больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам, редукция баллов позитивных симптомов составила по PANSS на момент окончания курса терапии 53%, в то время как негативных симптомов — 34%. В группе сравнения из 36 больных у 8 пациентов (22,2%) было зарегистрировано даже клиническое ухудшение, подтвержденное анализом симптоматики согласно шкалы CGI. У 3-х из этих лиц ухудшение наступило в результате усиления галлюцинаторно-параноидной симптоматики и у 2-х больных выявлялось резкое нарастание тревоги. Уровень тяжести психотического состояния согласно шкале CGI до начала лечения у больных основной группы составил 6,02 и группы сравнения — 6,03 балла. Лечение с применением реамберина и циклоферона снизило интенсивность психотических расстройств у больных основной группы в среднем до уровня $3,5 \pm 0,4$ балла, а в группе сравнения в ходе лечения этот показатель снизился лишь до $5,5 \pm 0,3$ баллов ($P < 0,05$).

При повторном исследовании показателей ЦПК после завершения лечения было установлено позитивное влияние комбинации реамберина и циклоферона у больных основной группы на динамику ЦК в сыворотке крови. Действительно, в основной группе больных, которая получала данную комбинацию, препаратов отмечалась четко выраженная тенденция к нормализации как концентрации ЦК в крови, так и соотношения между ними. Так, в основной группе больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам концентрация IL-1 β снизилась относительно исходного уровня в 2,31 раза и составила ($19,5 \pm 1,6$) пг/мл, что было в пределах верхней границы нормы ($P > 0,1$). Уровень IL-2 уменьшился по сравнению с исходным значением в 1,81 раза и достиг верхней границы нормы — ($21,0 \pm 1,8$) пг/мл ($P > 0,1$). Содержание

ФНО α в сыворотке крови больных основной группы также снизилось в среднем в 1,76 раза по отношению к исходному уровню и составило (40,4 \pm 1,5) пг/мл, что достоверно не отличалось от нормы ($P>0,1$). Концентрация IL-6 в сыворотке крови снизилась по сравнению с исходной в 1,81 раза и составила (25,3 \pm 1,4) пг/мл, что соответствовало верхней границы нормы ($P>0,1$). Уровень противовоспалительного ЦК IL-4 также снизился относительно исходного значения в среднем в 1,1 раза и достиг значений нормы—(47,6 \pm 1,3) пг/мл ($P>0,1$). Исходя из этого, коэффициенты, которые отображают соотношения содержания в крови ЦК с провоспалительными и противовоспалительными свойствами (IL-1 β /IL-4, IL-2/IL-4, ФНО α /IL-4, IL-6/IL-4) существенно снижались относительно исходных значений и на момент завершения терапии достоверно от нормы не отличались ($P>0,1$).

В группе сопоставления, которая получала только общепринятое лечение, наблюдалось существенно менее выраженная позитивная динамика показателей со стороны ЦПК, поэтому сохранялись достоверные различия концентрации изученных в этот период обследования ЦК по сравнению с нормой. Так, уровень IL-1 β на момент завершения лечения в среднем в 1,65 раза превышал соответствующий показатель

нормы и равнялся (31,1 \pm 1,6) пг/мл ($P<0,01$), содержание IL-2 было в 1,67 раза выше нормы и равнялось (34,7 \pm 1,5) пг/мл ($P<0,05$), ФНО α — в 1,41 раза и составляло (55,8 \pm 1,9) пг/мл ($P<0,05$), IL-6 — в 1,56 раза выше нормы и достигало значений (38,0 \pm 1,8) пг/мл ($P<0,01$), концентрация противовоспалительного IL-4 оставалась в 1,15 раза выше нормы, равняясь (54,6 \pm 1,3) пг/мл ($P<0,05$). Исходя из этого коэффициенты, которые характеризуют соотношение ЦК с провоспалительной и противовоспалительной активностью, у пациентов группы сопоставления, на момент завершения лечения также были достоверно повышенными: IL-2/IL-4 — в 1,43 раза ($P<0,05$), IL-1 β /IL-4 — также в 1,43 раза ($P<0,05$), ФНО α /IL-4 — в 1,21 раза ($P<0,05$), IL-6/IL-4 — в 1,35 раза ($P<0,05$).

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение комбинации реамберина и циклоферона в комплексе лечебных мероприятий больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам патогенетически обосновано, так как способствует нормализации исходно нарушенных показателей ЦПК, а также сопровождается позитивным влиянием на клиническое течение заболевания.

Литература

1. Афанасьев В.В. Клиническая фармакология реамберина. — СПб, 2005. — 44 с.
2. Демьянов А.В., Котов А.Ю., Симбирцев А.С. Диагностическая ценность исследований уровней цитокинов в клинической практике // Цитокины и воспаление. — 2003. № 2 (3). — С. 20–33.
3. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. и др. Циклоферон: фармакологическое действие и перспективы применения в психиатрии и наркологии: метод. рекомендации. — Харьков, 1988. — 26 с.
4. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Интерлейкиновый и интерфероновый статус у больных параноидной шизофренией // Украинский вестник психоневрологии. — 2004. — № 12 (4). — С. 65–67.
5. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. и др. Реамберин в клинической психиатрии и наркологии: метод. рекомендации. — Харьков, 2006. — 32 с.
6. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Терапевтическая резистентность при шизофрении: иммунные и метаболические механизмы её формирования и пути преодоления // Украинский медицинский альманах. — 2006. — № 9 (5). — С. 162–167.
7. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Терапевтическая резистентность при шизофрении и пути её преодоления // Новости медицины и фармации. — 2006. — № 10 (192). — С. 18–19.
8. Марута Н.А., Рачкаускас Г.С., Фролов В.М. и др. Эффективность комбинации циклоферона и реамберина при лечении терапевтически резистентных больных параноидной шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 2011. — № 111 (12). — С. 36–39.
9. Питер Б. Джонс, Питер Ф. Бакли. Шизофрения. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 198 с.
10. Прилуцкий А.С., Майлян Э.А., Лесниченко Д.А. Содержание отдельных цитокинов в сыворотке крови здоровых лиц // Иммунология и аллергология. — 2008. — № 2. — С. 136–137.
11. Реамберин: экспериментальные и клинические исследования / Реферативный сборник научных работ, процитированных в PubMed (база данных медицинских и биологических публикаций) / Под редакцией С.В. Оковитого. — СПб., 2012. — 100 с.
12. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. — СПб, 2005. — 126 с.
13. Beneke M. Clinical Global Impressions (ECDEU): some critical comments // Pharmacopsychiatry. — 1992. — № 25. — P. 171 — 176.
14. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. — 1987. — № 13. — P. 261–276.
15. The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO: World Health Organization, Geneva, 1992.

УДК: 616-085:615.28

Непсихотические нарушения психической сферы у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта на лечении в санатории



Спасибухов А.А.

Спасибухов А.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме. Определена важность психоэмоционального стрессогенного фактора на развитие психосоматических заболеваний, в т.ч. и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Исследование включало оценку состояния личностных характеристик и эмоциональной сферы. Проведено клинко-психопатологическое и патопсихологическое изучение у 114 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на лечении в санатории «Берминводы». Выделены ведущие синдромы невротического регистра, установлено повышение уровня личностной тревожности и депрессии у обследованных больных.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эмоциональная сфера, тревога, депрессия, непсихотические расстройства.

Non-psychotic psychiatric disorders in patients with diseases of the gastrointestinal tract medical treatment in a sanatorium

Spasibuhov A.A.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Resume. Determined the importance of mental and emotional stressor on the development of psychosomatic diseases, including and gastric ulcer and duodenal ulcer. The study included assessment of personality characteristics and emotional sphere. A clinic-psychopathological and path psychological study in 114 patients with gastric ulcer and duodenal ulcer who were treated at the sanatorium «Berminvody.» Highlighted major syndromes of neurotic case, found an increase in the level of personal anxiety and depression in the patients examined.

Key words: gastric ulcer and duodenal ulcer, emotional sphere, anxiety, depression, non-psychotic disorders.

В настоящее время наблюдается существенный рост и феномен «омоложения» психосоматических заболеваний. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12-перстной кишки относится к многофакторным по этиопатогенезу органическим заболеваниям, в возникновении, течении и исходе которых, как предполагается, наряду с наследственной предрасположенностью и действием разнообразных факторов внешней среды важную роль играют психогенные факторы.

В настоящее время существует множество объяснительных гипотез этиопатогенетических соотношений и взаимодействия психических и соматических факторов при ЯБ. Ю.С. Малов с соавт. [1-3] приводят более полутора десятков теорий, утверждая, что каждая из них, несомненно, имеет право на существование, так как отражает одну из граней этой сложной проблемы.

Большинство гастроэнтерологов придерживаются наиболее известной и признанной физиологической теории, предложенной Н. Shay. По этой теории развитие ЯБ обусловлено нарушением равновесия между

факторами «агрессии» и «защиты» слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки [4].

В последние годы приобрела значимость инфекционная теория ЯБ, согласно которой органические поражения вызываются бактерией *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Однако многие исследователи сомневаются в чисто инфекционной природе ЯБ и считают необходимыми всесторонние исследования по этой проблеме [5].

Доказана роль стресса как главного или вспомогательного этиологического фактора язвенных поражений слизистой желудка. Это означает, что при определенных условиях стресс-реакция превращается из адаптогенно-го в патогенный механизм. [5].

Weiner et al., Mirsky в большом исследовании проверили гипотезу о возможности на основании психологических критериев предсказать, какие из испытуемых, склонных к повышенной секреции, заболеют язвенной болезнью 12-перстной кишки. Действительно, на основании психологического критерия интенсивных потребностей в зависимости и заботе был предсказан высокий процент заболевших [6].

Наиболее популярная сегодня психодинамическая концепция интрапсихического мотивационного конфликта трактует язвенную болезнь 12-перстной кишки как следствие неудовлетворенной потребности в психологической защите. Причем эту потребность субъект не может осознать, потому, что она противоречит его сознательной установке на независимость и силу. В то же время Zander считал, что аспект фрустрации желаний зависимости и заботы переоценивается, и в качестве пускового фактора рассматривал бессознательный конфликт зависти, реже межличностные контакты.

В.А. Ананьев [7] подчеркивает наличие у больных ЯБ мотивационного конфликта, выражающегося в субъективной неудовлетворенности своей социальной ролью и своей работой.

Ф. Dunbar считала, что язвенная болезнь развивается у чрезмерно реагирующих лиц, имеющих склонность к чрезмерной зависимости, вытесненной склонностью к самоповреждению [8]. Некоторые исследователи отмечают чувство беспомощности, типичное для больных язвенной болезнью, но полагают, что оно не возникло с развитием язвы, а существовало и раньше [9].

О.Т. Жузжанов [10] отмечает, что существуют два варианта патогенных механизмов развития ЯБ:

- 1) с преобладанием социально-психологических факторов риска — эксплицитный вариант;
- 2) с преобладанием конституционально-наследственного фактора риска — имплицитный вариант.

Таким образом, попытки объединить имеющиеся гипотезы в единую концепцию привели к выводу о том, что язвенная болезнь — полиэтиологическое, мультифакторное заболевание. Это подтверждается и многообразием форм самого психосоматоза. Особенную актуальность этот вопрос приобретает в условиях санаторно-курортной сети, как заключительно-реабилитационного этапа больных с ЯБ.

Это обусловило проведение нашего исследования, целью которого явилось: изучение феноменологии нарушений психической сферы у больных ЯБ, находящихся на лечении в санатории.

Контингент исследования: обследовано 114 человек в возрасте $23 \pm 2,8$ года, имеющих заболевания гастродуоденальной зоны, основную группу составили больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Группу сравнения составили 45 лиц, проходившие восстановительно-реабилитационное лечение в санатории «Березовские минеральные воды», но не имеющих заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Все исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Диагнозы заболеваний

были верифицированы в соответствии со стандартами диагностики МКБ-10. Оценка состояния психической сферы проводилась по данным клинико-психопатологического изучения и патопсихологического исследования. Оценку личностных характеристик и состояния эмоциональной сферы проводилось с применением: опросника «Мини-мульти», (сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня); методики «Шкала стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Рея» (Holmes, Rahe, 1967); методики «Шкала самооценки ситуативной и личностной тревожности Ч.Спилбергера», адаптированной Ю.Л.Ханиным; «Шкалы Гамильтона для оценки депрессии» (Hamilton Rating Scale for Depression; HDRS, 1960г.); «Шкалы депрессии Бека» (Beck Depression Inventory, 1961г.).

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью стандартизированной компьютерной программы SPSS.

Полученные результаты

Анализ клинической симптоматики показал, что у 69% больных она достигала степени синдромологической оформленности нозологического уровня, у 31% больных она носила донозологический уровень. При этом астено-депрессивный синдром составлял 54%, астено-ипохондрический — 31%, депрессивно-ипохондрический — 15%. Симптоматика у пациентов донозологического уровня оценивалась нами как соматогенный астенический симптомокомплекс — 64%, нозогенно обусловленные реакции психической дезадаптации — 36%. Данные патопсихологических исследований показали следующее: анализ профиля по методике «Мини-мульти» в основной группе и группе сравнения позволил выявить усредненность показателей по всем шкалам многомерного личностного опросника, (колебания всех шкал не выходили за пределы нормативного диапазона (40-70 стандартных единиц), что свидетельствует об отсутствии психопатических расстройств у данной категории исследуемых лиц).

При анализе показателей шкал «Мини-мульти» в группе больных ЯБ в стадии обострения выявилось достоверное ($p < 0,0001$) повышение значений по шкалам 1, 2, 8, 9 в сравнении с группой больных ЯБ в стадии ремиссии и здоровыми. Высокие показатели (более 70) отмечены по шкалам ипохондрии (1) — $76,3 \pm 4,2$, депрессии (2) — $72,1 \pm 3,7$ и психоастении (7) — $71,0 \pm 6,5$. Это свидетельствует о том, что данная группа наблюдения характеризуется тревожно-мнительным и астено-невротическим типами реагирования, нерешительностью и постоянными сомнениями. Таким личностям свойственны пассивность, покорность, а так же нерешительность

и постоянная тревожность. Многие проблемы решаются «уходом в болезнь», когда симптомы соматического заболевания используются как средство избежать ответственности и уйти от проблем. Не смотря на то, что в делах они старательны, добросовестны и высокоморальны, такие люди не способны самостоятельно принимать решения и при малейших неудачах легко впадают в отчаяние.

Анализ стрессоустойчивости показал наличие у больных ЯБ в стадии обострения и ремиссии «пороговой» сопротивляемости к стрессовым ситуациям — $233,8 \pm 40,9$ и $215,6 \pm 67,7$ баллов соответственно, $p < 0,02$. В группе здоровых лиц выявлена высокая сопротивляемость к стрессу, она составила $84,3 \pm 55,6$ баллов ($p < 0,0001$).

Измерение уровня тревожности, как свойства личности, особенно важно, так как это свойство во многом определяет поведение пациента, отражает его предрасположенность к тревоге, когда довольно большой спектр жизненных ситуаций воспринимается как угрожающий, опасный.

По результатам проведенного исследования выявлено достоверное повышение уровней личностной тревожности у пациентов с ЯБ по сравнению со здоровыми. Уровень личностной тревожности расценивался как умеренный в группе больных с язвенной болезнью в стадии ремиссии и как высокий у пациентов с ЯБ с эрозивно-язвенными поражениями. Чаще всего у лиц, страдающих ЯБ, регистрировались показатели высокой (более 46 баллов) и умеренной (31–45 баллов) личностной тревожности и лишь у 3 больных этой группы определялся низкий уровень личностной тревожности (менее 31 балла). Таким образом, очевидно, что высокая тревожность является определенной характеристикой личности, так называемым психологическим преморбидном ЯБ. Тревожность, видимо, относится к внутреннему фактору риска, который при определенных ситуациях нарушает механизмы психологической адаптации и в конечном итоге приводят к возникновению нервно-психических и соматических расстройств.

Литература

1. Малов Ю.С., Дударенко С.В., Оникеенко С.Б. Язвенная болезнь. — СПб.: Петростам, 1994.
2. Циммерман Я.С., Зиннатуллин М.Р. // Клиническая медицина. — 1999. — Т. 77, № 2. — С. 52–56.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
4. Любан-Плоца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. — СПб., 1994.
5. Михайлов Б.В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи. // Український вісник психоневрології. Том 18, вип. 3 (64), 2010. С. 137–138.
6. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Пер. с нем. — М.: Медицина, 1996.
7. Коростелева И.С., Ротенберг В.С. // Психол. журнал. — 1990. — Т. 11, № 4. — С. 84–90.
8. Ананьев В.А. Психологическая характеристика тревоги у больных с предъязвенными состояниями и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Л., 1988.
9. Лоч В.Б. // Сознание и физическая реальность. — 2000. — Т. 5, № 3. — С. 47–61.
10. Гринберг Дж. Управление стрессом / 7-е изд. — СПб.: Питер, 2002.

Анализ данных шкалы Гамильтона для оценки депрессии выявил большой разброс показателей в группе больных с обострением ЯБ, 6 и 37 и составил $11,8 \pm 1,1$ баллов, у больных ЯБ в стадии ремиссии разброс составил 0–23 балла, в среднем $9,7 \pm 1,1$. В группе здоровых выявлен разброс показателей от 0 до 17, который составил в среднем $5,7 \pm 0,9$ баллов. При анализе структуры депрессии 36,8% пациентов с ЯБ в стадии обострения отмечали подавленность настроения, $p = 0,04$; ощущение несостоятельности, чувство усталости — 44,7%, беспокойство — у 60,5%, $p = 0,001$, нарушение сна, психическую тревогу, проявляющуюся напряжением и раздражительностью у 52,6% пациентов, $p = 0,001$; соматическая тревога различной степени выраженности — у 89,5%; поглощены собственным здоровьем 52,6%, $p = 0,001$.

Исследования по «Шкале депрессии Бека» также определили высокий уровень депрессии у больных ЯБ, который составил $9,8 \pm 1,0$ баллов в период обострения. В группе пациентов с ЯБ в период ремиссии уровень депрессии составил $9,5 \pm 1,6$, у здоровых $6,0 \pm 0,8$ баллов соответственно, ($p < 0,05$). Причем в период обострения язвенной болезни уровень депрессии достоверно выше, чем в период ремиссии эрозивно-язвенного процесса ($p < 0,05$).

Выводы

Таким образом, установлена взаимосвязь и взаимозависимость нарушений психической сферы и основного заболевания. У большинства больных установлена симптоматика астенического, тревожного и депрессивного спектра. Данные патопсихологического исследования показали высокий уровень личностной сенситивности, психоастеноидности, ипохондричности. Эмоциональная сфера характеризовалась высокими значениями показателей тревожности и депрессии.

Полученные данные послужили основой для формирования потогенетически направленной системы психотерапевтической коррекции больных с ЯБ, построенной по интегративному принципу.

УДК 616.89

Сравнительный психометрический анализ когнитивных расстройств и деменций вследствие черепно-мозговых травм и эпилепсии



Малев А.Л.

Малев А.Л.

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

Резюме. У пациентов с когнитивными расстройствами и деменциями вследствие черепно-мозговых травм и эпилепсии проанализированы показатели когнитивных расстройств (MMSE, FAB, Шульте, тест рисования часов). Обнаружен более диффузный характер когнитивных расстройств вследствие черепно-мозговой травмы, преобладание при деменциях этой этиологии лобного синдрома и расстройств внимания. При когнитивных расстройствах вследствие эпилепсии более выражены расстройства зрительно-пространственной ориентации.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, эпилепсия, когнитивные расстройства, психометрия, нейропсихология.

Comparative analysis of psychometric cognitive impairment and dementia due to traumatic brain injury and epilepsy

Malev A.L.

Crimean State Medical University

Resume. In patients with cognitive impairment and dementia due to traumatic brain injury and epilepsy was analyzed indicators of cognitive impairment (MMSE, FAB, Schulte, the clock drawing test). Found more diffuse cognitive impairment due to traumatic brain injury. When dementia due to traumatic brain injury dominated the attention deficit and frontal syndrome. When cognitive impairment due to epilepsy disorders more severe of visual-spatial orientation.

Key words: traumatic brain injury, epilepsy, cognitive disorders, psychometrics, neuropsychology.

Актуальность проблемы

В Украине ежегодно около 200 тыс. человек получают черепно-мозговые травмы (ЧМТ), еще около 1 млн. украинцев имеют ту или иную группу инвалидности по причине ЧМТ. При ЧМТ легкой степени когнитивный дефицит, как правило, наблюдается лишь в течение нескольких месяцев. Черепно-мозговые травмы средней и тяжелой степени способны индуцировать развитие стойкой посттравматической деменции, которая с течением времени может прогрессировать. Когнитивный дефицит той или иной степени выраженности отмечается при всех типах ЧМТ. При тяжелых ушибах лобных и височных долей, диффузном аксональном повреждении обычно развивается первичная посттравматическая деменция, которая проявляется сразу после выхода пациента из комы. Персистирующие субдуральные гематомы и посттравматическая гидроцефалия, которая сопровождается атрофией вещества мозга, опасны развитием травматической болезни мозга и деменции в отдаленном периоде. [1].

Распространенность эпилепсии в развитых странах составляет 5-10 случаев на 1 тыс. населения. В странах СНГ распространенность

эпилепсии варьирует от 0,96 до 10 случаев на 1 тыс. населения [2]. При этом практически во всех случаях у пациента с эпилепсией можно обнаружить когнитивный дефицит, характер и степень которого может варьировать в широких пределах от пациента к пациенту и между приступами у одного и того же пациента [3].

Указанные психические расстройства существенно затрудняют бытовую и социальную адаптацию больных и снижают качество их жизни, что, к сожалению, не всегда учитывается практичными врачами [4-7].

Объект исследования: когнитивные расстройства и деменции вследствие черепно-мозговых травм и эпилепсии у первичных пациентов, идущих на МСЭК с целью подтверждения или установления группы инвалидности.

Предмет исследования: психометрические признаки когнитивных расстройств и деменций вследствие черепно-мозговых травм и эпилепсии.

Цель исследования — изучить особенности психометрических показателей у пациентов с когнитивными расстройствами и деменциями вследствие черепно-мозговых травм и эпилепсии.

Матеріали і методи дослідження

Клініко-психопатологічним, клініко-анамнестическим і нейропсихологічними (психометрическими) методами (шкала MMSE, батарея лобної дисфункції FAB, тест рисования часов, таблиця Шульте) обстежено 64 пацієнта з когнітивними розладами і деменціями внаслідок черепно-мозгової травми і 47 пацієнтів з когнітивними розладами і деменціями внаслідок епілепсії.

Розподіл пацієнтів по групах відповідно виставленому діагнозу по критеріям МКБ10 (Fxx.xx):

- 1.1) (F06.72) 43 пацієнта (41 (95%) чоловіки і 2 (5%) жінки) з легкими і помірними когнітивними розладами в результаті черепно-мозгової травми, середній вік склав 41,8 років;
- 1.2) (F02.802) 21 пацієнт (19 (90%) чоловіки і 2 (10%) жінки) з деменціями в результаті черепно-мозгової травми, середній вік склав 50 років;
- 2.1) (F06.73) 32 пацієнта (21 чоловіки (66%) і 11 (34%) жінки) з легкими і помірними когнітивними розладами внаслідок епілепсії, середній вік склав 38,8 років;

- 2.2) (F02.803) 15 пацієнтів (11 (73%) чоловіки і 4 (27%) жінки) з деменцією внаслідок епілепсії, середній вік склав 38,5 років.

Основаним для об'єднання чоловіків і жінок в групах виявилось те, що показники віку і психометричних результатів жінок входили в діапазон помилки середніх значень тих же показників для чоловіків, а також відсутні значимі відмінності ($p > 0,1$) між ними, для чого, незважаючи на мале число жінок, внаслідок для кожної групи був проведений статистичний аналіз цих показників по статевому признаку з використанням непараметричних методик.

При статистичній обробці отриманих даних використовувалися непараметричні методи аналізу: кореляція Спірмена, Анова Краскела-Уолліса, двох вибіркового критерію Колмогорова-Смирнова, критерію Манна-Уїтні, реалізовані в програмному продукті «Statistica for Windows — 6,0» (StatSoft, США) [8].

Результати дослідження і їх обговорення

Аналізуючи рівні кореляційних зв'язків, представлені в таблиці 1 і таблиці 2, можна зробити висновок, що розлади різних когнітивних функцій, верифіковані відповідними психометрическими

Таблиця 1.

Рівні кореляційної зв'язку психометрических показників між собою і з віком пацієнтів в групі когнітивних розладів внаслідок черепно-мозгової травми

	Вік	Шкала MMSE	Шкала FAB	Таблиця Шульте	Тест рисования часов
Вік	1,0000	<u>-0,2905</u>	<u>-0,3217</u>	0,2681	0,0923
Шкала MMSE	<u>-0,2905</u>	1,0000	<u>0,5228</u>	<u>-0,3746</u>	0,1460
Шкала FAB	<u>-0,3217</u>	<u>0,5228</u>	1,0000	<u>-0,5969</u>	0,2546
Таблиця Шульте	0,2681	<u>-0,3746</u>	<u>-0,5969</u>	1,0000	<u>-0,3000</u>
Тест рисования часов	0,0923	0,1460	0,2546	<u>-0,3000</u>	1,0000

Примечание: *подчеркнутые корреляции — значимы и достоверны при $p < 0,05$.*

Таблиця 2.

Рівні кореляційної зв'язку психометрических показників між собою і з віком пацієнтів в групі когнітивних розладів внаслідок епілепсії

	Вік	Шкала MMSE	Шкала FAB	Таблиця Шульте	Тест рисования часов
Вік	1,0000	0,0206	-0,2591	0,0790	0,0991
Шкала MMSE	0,0206	1,0000	<u>0,3556</u>	-0,2745	0,2248
Шкала FAB	-0,2591	<u>0,3556</u>	1,0000	-0,3191	0,1971
Таблиця Шульте	0,0790	-0,2745	-0,3191	1,0000	-0,1001
Тест рисования часов	0,0991	0,2248	0,1971	-0,1001	1,0000

Примечание: *подчеркнутые корреляции — значимы и достоверны при $p < 0,05$.*

методиками при когнитивних расстройствах вследствие черепно-мозговой травмы носят более диффузный характер, чем при когнитивных расстройствах вследствие эпилепсии, а возраст является неблагоприятным прогностическим фактором, что, по-видимому, связано с непосредственной деструкцией вещества головного мозга при травме и уменьшением пластичности ЦНС с возрастом.

Результаты графического дисперсионного анализа зависимости балла шкалы MMSE и FAB от нозологической принадлежности когнитивных расстройств, представленные на рисунке 1 и 2, дополненные p — критерием различий при парном сравнении исследуемых групп, представленном в таблице 3 и 4,

показали логичное и достоверное отличие этих показателей при деменциях в сравнении с легкими и умеренными когнитивными расстройствами, а также достоверное преобладание лобного синдрома, описываемого шкалой FAB, при деменциях в результате черепно-мозговой травмы. Это можно объяснить данными R. Scheid и соавт. (Am. J. Neuroradiol., 2003) о том, что травматические микрогематомы у пациентов с посттравматической деменцией чаще всего локализируются именно в лобных долях головного мозга, при этом FAB по сравнению со скрининговой шкалой MMSE позволяет более достоверно и информативно определять выраженность когнитивного дефицита [1].

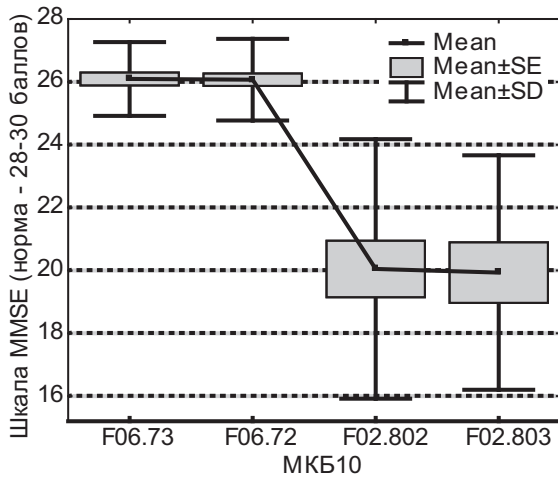


Рис. 1.

Графический дисперсионный анализ зависимости балла шкалы MMSE от нозологической принадлежности когнитивных расстройств

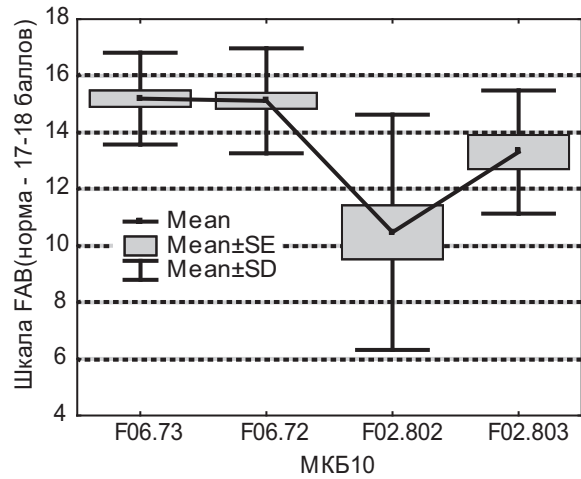


Рис. 2.

Графический дисперсионный анализ зависимости балла шкалы FAB от нозологической принадлежности когнитивных расстройств

Таблица 3.

Парное сравнение групп по баллу шкалы MMSE критерием значимости различий Колмогорова-Смирнова

Группы Mean±SD	F06.72 26,06±1,29	F06.73 26,09±1,17	F02.802 20,04±4,12	F02.803 9,93±3,73
F06.72 26,06±1,29	-	$p > 0,1$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
F06.73 26,09±1,17	$p > 0,1$	-	$p < 0,001$	$p < 0,001$
F02.802 20,04±4,12	$p < 0,001$	$p < 0,001$	-	$p > 0,1$
F02.803 9,93±3,73	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p > 0,1$	-

Таблица 4.

Парное сравнение групп по баллу шкалы FAB критерием значимости различий Колмогорова-Смирнова и Манна-Уитни (p)

Группы Mean±SD	F06.72 15,11±1,85	F06.73 15,19±1,62	F02.802 10,47±4,15	F02.803 13,30±2,17
F06.72 15,11±1,85	-	$p > 0,1$	$p < 0,001$	$p < 0,05$
F06.73 15,19±1,62	$p > 0,1$	-	$p < 0,001$	$p=0,006$
F02.802 10,47±4,15	$p < 0,001$	$p < 0,001$	-	$p=0,043$
F02.803 13,30±2,17	$p < 0,05$	$p=0,006$	$p=0,043$	-

По результатам графического дисперсионного анализа зависимости времени затраченного на поиск чисел по таблице Шульте, от нозологической принадлежности когнитивных расстройств, представленные на рисунке 3 и дополненные p — критерием различий при парном сравнении исследуемых групп, представленном в таблице 5, можно сделать заключение о более выраженных расстройствах внимания при деменциях в результате черепно-мозговой травмы, чем при деменциях в результате эпилепсии.

Результаты графического дисперсионного анализа зависимости балла по тесту рисования часов от нозологической принадлежности когнитивных расстройств,

представленные на рисунке 4 и дополненные p — критерием различий при парном сравнении исследуемых групп, представленном в таблице 6, показали тенденцию к снижению зрительно-пространственной ориентации в следующем порядке расстройств: когнитивные расстройства в результате ЧМТ — когнитивные расстройства в результате эпилепсии — деменция в результате ЧМТ — деменция в результате эпилепсии. Это позволяет сделать вывод о более выраженных расстройствах зрительно-пространственной ориентации при эпилепсии. Это согласуется с данными авторов о расстройствах зрительно-пространственной памяти и гнозиса при эпилепсии [9-11].

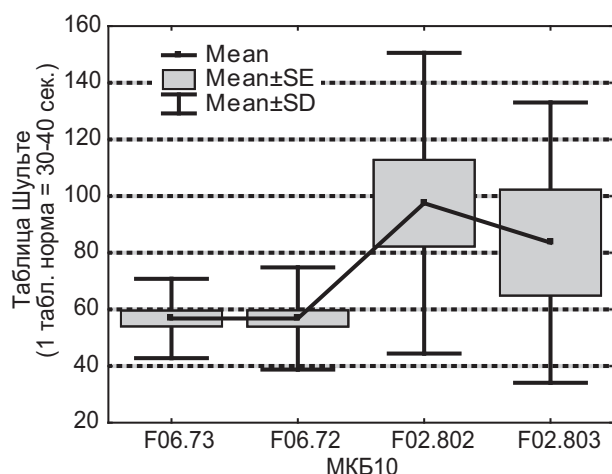


Рис. 3.

Графический дисперсионный анализ зависимости потраченного времени затраченного на таблицу Шульте от нозологической принадлежности когнитивных расстройств

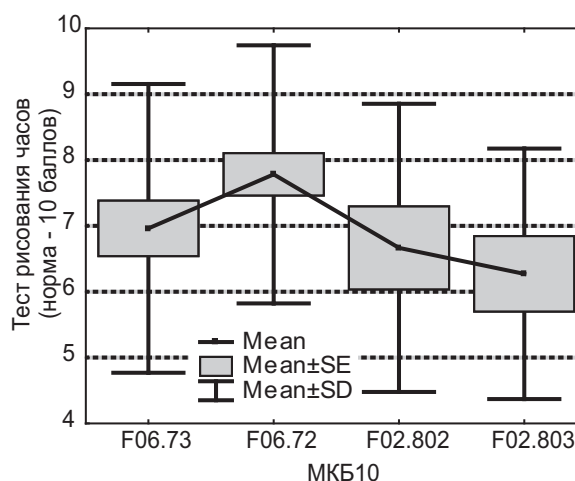


Рис. 4.

Графический дисперсионный анализ зависимости балла теста рисования часов от нозологической принадлежности когнитивных расстройств

Таблица 5.

Парное сравнение групп по затраченному времени на таблицу Шульте с критерием значимости различий Колмогорова-Смирнова

Группы Mean±SD	F06.72 56,79±18,04	F06.73 56,80±13,98	F02.802 97,50±53,06	F02.803 83,57±49,47
F06.72 56,79±18,04	-	$p > 0,1$	$p < 0,001$	$p > 0,1$
F06.73 56,80±13,98	$p > 0,1$	-	$p < 0,01$	$p > 0,1$
F02.802 97,50±53,06	$p < 0,001$	$p < 0,01$	-	$p > 0,1$
F02.803 83,57±49,47	$p > 0,1$	$p > 0,1$	$p > 0,1$	-

Таблица 6.

Парное сравнение групп по показателю балла теста рисования часов критерием значимости различий Колмогорова-Смирнова и Манна-Уитни ($p=$)

Группы Mean±SD	F06.72 7,78±1,95	F06.73 6,96±2,19	F02.802 6,66±2,18	F02.803 6,27±1,90
F06.72 7,78±1,95	-	$p > 0,1$	$p > 0,1$	$p=0,028$
F06.73 6,96±2,19	$p > 0,1$	-	$p > 0,1$	$p > 0,1$
F02.802 6,66±2,18	$p > 0,1$	$p > 0,1$	-	$p > 0,1$
F02.803 6,27±1,90	$p > 0,1$	$p > 0,1$	$p > 0,1$	-

Выводы.

1. Для когнитивных расстройств вследствие черепно-мозговой травмы, которые носят более диффузный характер в сравнении с расстройствами вследствие эпилепсии, возраст пациентов является неблагоприятным прогностическим фактором.
2. При деменциях в результате черепно-мозговой травмы достоверно преобладает лобный синдром и более выражены расстройства внимания, чем при деменциях в результате эпилепсии.
3. При когнитивных расстройствах вследствие эпилепсии более выражены расстройства зрительно-пространственной ориентации, чем при расстройствах вследствие черепно-мозговой травмы.

Литература

1. Шевага В.Н. Ранние и отдаленные последствия черепно-мозговой травмы: медико-социальные аспекты и возможности нейропротекции // *Здоровье Украины*. — 2009. — № 5/1. — С. 45.
2. Ю.И. Горанский, Л.А. Дзяк, А.Е. Дубенко, Т.А. Литовченко, Л.Б. Марьенко, Т.С. Мищенко, С.М. Харчук. Консенсус украинских специалистов-экспертов по определению стандартов диагностики и лечения эпилепсии у взрослых, которые применимы в Украине // *Здоровье Украины*. — 2008. — № 23/1. — с. 35-37.
3. Blumenfeld H. Consciousness and epilepsy: why are patients with absence seizures absent? *Prog Brain Res*. 2005;150:271–286
4. Калинин В. В. Изменения личности и мнестико-интеллектуальный дефект у больных эпилепсией // журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2004. — N 2. — С.64-73
5. Fearnside M.R., Cook R.J., McDougall P., Lewis W.A. The Westmead Head Injury Project. Physical and social outcomes following severe head injury // *Br. J. Neurosurg*. 1993. V. 7 (6). P. 643–650.
6. Godfrey H.P., Bishara S.N., Partridge F.M., Knight R.G. Neuropsychological impairment and return to work following severe closed head injury: implications for clinical management // *N. Z. Med. J*. 1993. V. 106 (960). P. 301–303.
7. Gonser A. Prognosis, long-term sequelae and occupational reintegration 2–4 years after severe craniocerebral trauma // *Nervenarzt*. 1992. V. 63 (7). P. 426–433.
8. Боровиков В. *Statistica. Искусство анализа данных на компьютере: Для профессионалов*. 2-е изд.-СПб.: Питер, 2003.-688 с.
9. Barr W., Consortium B. The right temporal lobe and memory: a critical reexamination. *J Int Neuropsychol Soc* 1995; 1: 139–149.
10. Dean A., Solomon G., Harden C. et al. Left-hemisphere dominance of epileptiform discharges. *Epilepsia* 1997; 38: 503–505.
11. Labar D., Dilone L., Solomon G. et al. Epileptogenesis: left or right hemisphere dominance? Preliminary findings in hospital-based population. *Seizure* 2001; 10: 8: 570–572.

Шизофрения и соматические расстройства



Егорова С. С.

Егорова С. С.

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1

Резюме. Стаття заснована на презентаціях і дискусіях про соматичну коморбидність психічних захворювань.

Ключові слова: шизофренія, соматичні захворювання.

Shizophreniya and somatic disorders

Egorova S.S.

Kyiv City Clinical Hospital № 1 psychoneurological

Resume. The article is based on presentations and discussions on the somatic komorbidnosti of mental illness.

Key words: schizophrenia, somatic disorders.

Известно, что у больных шизофренией, независимо от того, принимают ли они психотропные препараты или нет, чаще, чем в общей популяции населения, встречаются симптомы соматических заболеваний: сердечно-сосудистые расстройства, ожирения, сахарный диабет второго типа и некоторая онкологическая патология [1].

Выделяют абсолютно коморбидные шизофрении соматические заболевания:

1. Нарушение липидного обмена
2. Заболевания сердечно-сосудистой системы.

Относительно коморбидные шизофрении соматические и инфекционные заболевания:

1. Остеопороз
2. Стоматологические заболевания
3. Воспаление легких и хронический бронхит
4. Гиперпролактинемия
5. Заболевания щитовидной железы
6. Диабет
7. Гиперлипидемия
8. Туберкулез
9. Гепатит В и С
10. СПИД

Смертность от соматических заболеваний при шизофрении в два раза превышает уровень смертности в общей популяции населения, а средняя продолжительность жизни больного шизофренией на 20% короче, чем у человека, не имеющего данной патологии.

Среди соматических причин смертности при шизофрении в 60% случаев регистрируются сердечно-сосудистые заболевания и рак. Шизофрения заметно снижает качество жизни и возможность адаптации больных с соматической патологией, осложняет ее течение и исход, повышает риск летальных исходов. Неадекватное поведение больных, анозогнозия, отказ от приема медикаментов

способствует появлению и усугублению соматических заболеваний [1].

Некоторые исследователи сделали заключение о том, что у больных шизофренией сердечно-сосудистая система изначально развита недостаточно, границы сердца несколько уменьшены, тоны сердца глуховаты. Пятов М.Д. (1966) говорил о «врожденной гипоплазии сердца и больших сосудов». При этом установлено, что ряд антипсихотиков негативно влияет на деятельность сердца, нарушая проводимость сердечной мышцы, удлиняя интервал QTc, вызывая желудочковую аритмию и повышая свертываемость крови.

Отечественные исследователи получили данные эпидемиологического исследования, свидетельствующие о том, что доля лиц с гипертонической болезнью при шизофрении составляет 13,7% (Козырев В.Н., 2002; Смулевич А.Б. с соавт., 2005). Другие авторы (Минутко В.Л.) считают сочетание гипертонической болезни и шизофрении более редким.

Если имеет место сочетание шизофрении и гипертонической болезни, то динамика шизофренического процесса, течение гипертонии и предполагаемый исход болезни часто оказывается непредсказуемым. Если гипертония присоединяется к давно текущему процессу, то шизофренический процесс приобретает более благоприятное течение, со смягчением основной психопатологической симптоматики. Если шизофрения и гипертоническая болезнь начались почти одновременно или гипертония предшествует шизофрении, то течение шизофрении приобретает ускорение, симптоматика ее становится ярко выраженной (Банщикова В.М.).

Факторы риска заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как курение, диабет, малоподвижный образ жизни, нарушение

жирового обмену зустрічаються у больних шизофренією достатньо часто.

При поєднанні шизофренії з атеросклерозом переважає неперервний тип течія психічного захворювання. На фоні атеросклероза спостерігається привнесене вікових тематик бреда, своєобразна бідність бредової системи.

Вплив судинного фактора сказується в наростанні збудимості, подразливості, схильності до афектів, нестійкість емоцій поєднується з імпульсивністю.

З приєднанням судинної патології приступи шизофренії набувають затяжне течія, погіршується якість ремісій. При параноїдній шизофренії симптоми судинних порушень можуть трактуватися бредовим образом. Вплив на розвиток ішемічної хвороби серця, поряд з цілим рядом традиційних факторів, викликають особливості течія шизофренії та її клінічні прояви.

За даними Рижкової (1999), у больних шизофренією відзначено відносно високу смертність від ішемічної хвороби серця, яка пов'язана з гіперліпемією, яка відзначена в 18–51% випадків при шизофренії. У больних шизофренією чоловіків в поєднанні з ішемічною хворобою серця ризик летального результату візрастає майже в 4 рази (Смулевич А.Б., 2007).

У осіб, страждаючих шизофренією, підвищений ризик розвитку тромбозу венозної та артеріальної систем (тромбоз глибоких вен гомі, легочний тромбоз), тромбоз же артеріальних судин може призвести до розвитку інсульту та інфаркту.

При шизофренії зміни з боку ендокринної системи завжди були в центрі уваги психіатрів. Протопопов В.П. (1946) вважав, що больні шизофренією мають вроджену неповноцінність ендокринної системи. На динаміку ендокринних змін при шизофренії звернув увагу Bleuler M. (1954).

Андросов А.Г. (1970) виділяв при шизофренії 3 типи синдромів: гіпогеніталізм, дисцефально-ендокринні та пліригландулярні порушення. В двох останніх випадках течія шизофренії набуває особливо злоякісного характеру. На фоні гіпогеніталізму шизофренія також протікала більш несприятливо.

В крові больних шизофренією в час гострого психозу має місце посилення активності симпатическої-адреналової системи, відзначається виражений зсув активності симпатико-адреналової системи в бік симпатического ланцюга, що свідчить про наявність в гострій фазі захворювання диссоціації між медіаторами нервової системи та гормонами.

Найбільш часто при шизофренії виявляються такі «скрозні» прояви дисфункції з боку ендокринної системи, як гірсутизм, ожиріння та інфантилізм.

Синдром інфантилізму проявляється при шизофренії звичайно в віці до 15 років, синдром ожиріння — в віці 16-20 років, а гірсутизм — у пацієнтів з вираженими афективними порушеннями, хворіх після 20-25 років. У больних шизофренією поширений цукровий діабет, є дані про трікратне підвищення цієї патології у больних шизофренією порівняно з загальною населенням. У 42-65% больних шизофренією діагностується гіперпролактинемія, що частково обумовлено прийомом психотропних засобів. Гіперпролактинемія призводить, в свою чергу, до розвитку гіпогонадізму у чоловіків, аменореї — у жінок. Шизофренія у больних з патологією ендокринної системи часто характеризується неперервним течієм. Відзначено, що динаміка психозу більш сприятливою при комбінованій терапії нейрорепетитивними та естрогенами. Шизофренія часто поєднується з вираженим остеопорозом.

У больних шизофренією виражений фактор ризику розвитку бронхолегочної патології, особливо при курінні. Крім того, нервова зв'язь між мозковими центрами дихання, страху та вегетативної нервової системою пояснює виникнення комплексних порушень дихальної системи та психічної сфери. Серед пацієнтів, страждаючих шизофренією, раніше був відомий факт великої поширеності туберкульозу легень (Озерецковський Д. С., 1962). При наявності туберкульозу у пацієнтів, страждаючих шизофренією, динаміка стану больних залежить від загострень цих захворювань, як правило, посилюючих темп наростання симптоматики (Оруджев Я. С.).

Шизофренія часто ускладнює терапію респіраторних захворювань. У больних з тривалим течієм захворювання може бути знижена реактивність, що призводить до слабкої вираженості симптомів пневмонії. Все це вимагає особливої уваги лікаря до стану дихальної системи больних шизофренією.

Деякі автори відзначають у больних шизофренією збільшення окружності голови та відстані між очима.

Більшість авторів вказують на необхідність проведення біохімічних досліджень при шизофренії, підкреслюючи важливість спостереження за динамікою показників у одного і того ж больного, значимість порівняння цих результатів з змінами клінічної картини захворювання. При шизофренії необхідно вивчати біохімічний

процесс в целом с учетом сложной взаимосвязи субстратов, метаболитов и ферментов. Еще норвежский психиатр Giessing R. (1936) изучал при шизофрении нарушения азотистого обмена, одновременно исследуя вегетативную регуляцию этого процесса. Исследователи разных стран на протяжении XX века изучали биохимические процессы в ликворе, крови и моче больных шизофренией с помощью хроматографических, авторентгенографических, гистохимических и других методов исследования.

Украинский психиатр Полищук И.А. (1967) на основании многолетних исследований изменения обмена веществ при шизофрении предлагал выделять при этом психическом расстройстве несколько биохимических синдромов. При остром психозе — синдром эндогенной интоксикации, характеризующийся нарушением процессов выделения и обезвреживания токсических продуктов; при ступоре и абулическом синдроме — синдром нарушения окислительных процессов с признаками тканевой гипоксии (частичная блокада оксидаз и дегидраз, снижение окислительных процессов, накопление недоокисленных продуктов обмена веществ); при депрессии — синдром гипознергизма с замедлением и снижением энергетического, углеводно-фосфорного обменов.

Нарушение белкового обмена при шизофрении — распространенное явление, в частности, почти постоянно обнаруживается изменение баланса азота (Giessing R., 1936).

Отмечено, что у больных шизофренией нарушаются процессы активирования и ингибирования ферментов, взаимосвязь между синтезом и распадом белка, страдает процесс обновления белковых соединений, а в организме накапливаются токсические метаболиты белкового обмена.

Многие авторы, изучая процессы перекисного окисления липидов, обнаружили, что у больных шизофренией содержание продуктов окисления липидов превышает показатели контроля почти в 3 раза (Прилипко Л.П.)

Одним из первых указал на связь гипергликемии и шизофрении Кооу F. (1919). При проведении биохимического исследования у больных шизофренией следует обратить внимание на показатели углеводного обмена: концентрацию глюкозы в крови, показатели толерантности к глюкозе, полученные в результате нагрузочных тестов с оценкой ее уровня через 2 часа после теста. Эти данные могут быть полезны при диагностике сахарного диабета на ранней стадии заболевания, к которому, как отмечалось выше, склонны больные шизофренией, особенно получающие некоторые из современных атипичных психотиков.

Подводя итоги, надо отметить, что диагностика и лечение соматической патологии у больных шизофренией имеет большое значение в прогностическом плане, в плане улучшения качества жизни пациентов, страдающих шизофренией.

Литература

1. Смулевич А. Б. Вялотекущая шизофрения в общей медицинской практике. Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — т.4. — С. 172-175.
2. Орловская Д. Д. Роль эндокринных факторов в патогенезе шизофрении. М, 1974.
3. Дробижев М. Ю. Эндокринная патология в психиатрии, М., ООО «Артифо Павлишинг», 2006. — 83с.
4. Минутко В. А. Шизофрения, Курск, ОАО «Курск», 2009. — 687с.

УДК: 616.89-008.441.11

Клінічні паралелі між поведінковими та хімічними аддикціями, на прикладі комп'ютероманії, гемблінгу та алкоголізму



Аймедов К.В.



Вінокурова Т.В.

Аймедов К.В., Вінокурова Т.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Резюме. У статті наведено порівняльні характеристики патологічної схильності до азартних ігор і комп'ютероманії, а також психічних та поведінкових розладів у результаті вживання алкоголю. Спираючись на алкоголізм, як більш відому та вивчену залежність, автори проводять паралель між чинниками та симптомами обох груп аддикції, що наштовхує на вибір терапевтичного шляху.

Ключові слова: алкоголізм, ігроманія, патологічний гемблінг.

Consideration of pathological gambling, on «model» of alcoholism

The Odessa medical university, Odessa

Aymedov K.V., Vinokurova T.V.

Resume. In the article comparative descriptions of pathological gambling and alcoholism. Leaning on alcoholism, as more known and studied dependence, authors compare between factors and symptoms both addictions, which push at choice way of therapy.

Key words: alcoholism, pathological gambling, models of addiction.

Сучасне постійне зростання поширеності та виникнення нових форм аддикцій, вже не в кого не визиває сумніву [1-3], сьогодні деякі дослідники налічують до півтора тисяч різних видів залежності [4], а що до кількості залежних, так існує думка, що незалежних немає взагалі [5]. Розподіл всіх аддикцій на хімічні та поведінкові, також є доведеним [6, 7], але за критеріями, що вважати хворобою, а що тільки схильністю до неї, чи предхворобливим станом, одностайної думки не знайдено й поки що ідуть дискусії [5, 8, 9]. Розгляд обох наведених адиктивних груп, наводить на висновок, що з хімічних залежностей, алкоголь є найбільш давно відомою та досконало вивченою, аналогічне стосується і патологічного гемблінгу, серед інших поведінкових залежностей. Тому обравши алкоголізм, як найбільш ретельно досліджену та давно відому хворобу, обравши його за адиктивну «модель», ми провели порівняння з ним

ігроманії. Здійснене дослідження відповідає затвердженому плану науково-дослідних робіт Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за темою: «Розробити систему лікувально-профілактичних заходів щодо надання спеціалізованої медичної допомоги особам із хімічною та нехімічною аддикціями (на моделі алкогольної та ігрової залежностей)» (державний реєстраційний номер 0110U0006655).

Метою роботи було вивчити єдність двох відомих, багато численних аддикцій з різних груп, й тим самим при їх схожості, мати право застосувати у подальших дослідженнях алкоголізм та ігроманію розглядати як «модельні» залежності. А це шлях до класифікаційних змін і розширення меж наркології до адиктології.

Порівняння проводилось на групі алкоголь залежних пацієнтів (56 осіб) та патологічних гравців (87 осіб). Верифікація діагнозу

здійснена за критеріями МКХ-10 (рубрика F). Крім клінічного нагляду та вивчення вказаних залежних станів, порівняння відбувалось за інформацією отриманою з доступних нам літературних джерел та Інтернет мережі. Застосовані психодіагностичні, клінікодіагностичні методи дослідження, а саме, тести СЖО, акцентуації характеру, М. Рокіча, анамнестичне опитування з внесенням отриманих даних у спеціальну реєстраційну картку.

Цікавим та побічно підтверджуючим нашу думку є той факт, що це дві найстаріші форми залежності (за різними джерелами гра у кості та процеси бродіння відомі людству декілька тисяч років) [10, 11]. Дефініція визначає алкоголізм, як захворювання, що характеризується хворобливою пристрастю до алкоголю (етилового спирту), з психічною і фізичною залежністю від нього, його негативні наслідки можуть виражатися психічними і фізичними розладами, а також порушеннями соціальних стосунків особи, страждаючої цим захворюванням. Чи не так саме буде виглядати дефініція, якщо змінити алкоголізм на патологічний гемблінг? Ще декілька підтверджуючих нашу думку дефініцій: «первинне, хронічне захворювання, що характеризується порушенням контролю над прийомом спиртного, пристрастю до алкоголю, вжитком алкоголю, не дивлячись на негативні наслідки, і спотворення мислення» заміна алкоголю на гру дає чітке визначення лудоманії. DSM-IV визначає зловживання алкоголем як вживання, що повторюється, не дивлячись на рецидивуючі негативні наслідки, теж саме, й гра.

Схожа й етіологія двох аддикцій, виникнення і розвиток алкоголізму залежить від об'єму і частоти вжитку алкоголю, а також індивідуальних чинників і особливостей організму. Деякі люди схильні до більшого ризику розвитку алкоголізму зважаючи на специфічне соціально-економічне оточення, емоційну і психічну схильність, а також спадкові причини. Встановлена залежність випадків гострого алкогольного психозу від різновиду гена, проте до теперішнього часу не виявлено специфічних механізмів реалізації адиктивних властивостей алкоголю, про патологічну схильність до азартних ігор, нам відомо приблизно теж саме [12-14].

Якщо розглядати попереджувальні ознаки й розвиток алкогольної залежності в аналогії з ігроманією, то у алкоголіка випивки стають небезпечними тоді, коли він, починає помічати, що алкоголь допомагає «вирішувати проблему», наприклад, заснути, зробитися сміливіше, розслабитися, заспокоїтися і так далі, то в той самий час у ігромана гра надає практично теж саме. Підвищення алкогольної толерантності,

нагадує ігрову, тобто час витрачений у грі. Після вжитку великої кількості алкоголю може виявлятися так званий алкогольний палімпсест («провали» в пам'яті), лудомани інколи відмічають подібні втрати пам'яті на час за грою та після неї. Збільшення паління цигарок у стані сп'яніння та гри, скрито у хворого зростає відчуття провини за власні дії, роздратування або агресивна поведінка на зауваження про своє пияцтво або при неможливості випити ще, чи втрата контролю над кількістю випитого й те ж саме при ігроманії. Все більше часу займає пошук і вигадка виправдань п'янки, агресивна поведінку чергується з розкаяннями совісті. Робляться спроби контролювати вжиток алкоголю шляхом того, що тимчасового повного утримується від алкоголю або шляхом зміни вигляду алкогольного напою, схожі дії роблять гравці. Хворі починають жаліти самого себе, можливі спроби самогубства. Порушується контакт з оточенням (обмежуються контакти з друзями, виникають проблеми на роботі, аж до її втрати). З'являються проблеми із здоров'ям, унаслідок хронічного отруєння організму у алкоголь-залежних та у гравців вимушеною позою, тривалим знаходженням у приміщенні, порушенням режиму, постійним вживанням стимуляторів (кофеїн, нікотин, стимулюючи напої типу бьорн, інколи і алкоголь). Пиття алкогольних напоїв з метою «поправки здоров'я», «клин клином вибивають» стає нормою так і гравець постійно їде відіграватися та відновити стан бадьорості. Формуються та з'являються багатоденні запої, і, якщо вчасно не приступити до їх лікування, то все закінчується родинним розлученням, серйозним порушенням здоров'я (фізичного і психічного), деградацією хворого в соціальному та особистісному плані, ігрові запої є подібним еквівалентом. Де які дослідники наводять термін ігрове сп'яніння, що додатково підкреслює напрямок нашої думки.

За Ц.П. Короленко, адиктивна поведінка, характеризується прагненням відходу від реальності за допомогою зміни власного психічного стану [2], де замість вирішення проблеми «тут і зараз» людина обирає адиктивну реалізацію, чим досягає найбільш комфортний психологічний стан у даний час, відкладаючи існуючі різноманітні проблеми «на потім». Цей відхід може здійснюватися різними способами, елементи адиктивної поведінки тією чи іншою мірою властиві практично будь-якій людині (вживання алкогольних напоїв та інших психоактивних речовин, екстремальна діяльність). Проблема адикції (патологічної залежності) починається тоді, коли прагнення відходу від реальності, пов'язане зі зміною психічного стану, починає домінувати у свідомості, стаючи центральною

ідеєю, що вторгається в життя та приводить до відриву від реальності [15, 16]. З власного досвіду та інформаційних джерел впливає, що адикти найчастіше ризикують не тільки своєю роботою, але і найбільшими особистісними цінностями, роблять великі борги, порушують закон для того, щоб здобути гроші або ухилитися від сплати боргів. Участь у азартних іграх, навіть, потяг до гри посилюються у періоди стресу [15]. Ігромани у звичайному житті зазнають внутрішнього дискомфорту, смятіння, пригніченості. І тільки повернення до кататимного для них захоплення (гри чи алкоголізації) усуває стрес. Розвивається поступовий відхід від дійсності, перезавантаження у віртуальну реальність [16], а це спричиняє порушення адаптації, а у перспективі — неможливість соціалізації [2, 15]. При більш ретельному дослідженні біологічних, психосоціальних та патофизиологічних чинників

ризикують формування залежних станів подібні однакові риси можливо знайти практично по всіх відомих адиктивних захворюваннях.

Висновки:

1. Проведене дослідження свідчить, що патологічна схильність до азартних ігор має багато однакових аспектів з алкогольною залежністю, та може бути застосована у свою чергу, як «модельна» для інших поведінкових залежностей.
2. Наведені результати вказують напрямок та надають можливість будувати програми терапії, реабілітації та профілактики інших менш досліджених адиктивних хвороб.
3. Отримані висновки можуть покласти основу для змін у наступній редакції міжнародної класифікації хвороб та поширення межі науки наркології до адиктології.

Література

1. Лінський І. В. Про співвідношення генетичних і середовищних детермінант в розвитку захворювань наркологічного профілю / І. В. Лінський, Л. А. Атраментова, Е. Г. Матузок // Український вісник психоневрології. — 1998. — Т.6, вип.3 (18). — С.97-100.
2. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц. П. Короленко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 1991. — № 1. — С. 8-15.
3. Dickerson M.G. Demographic personality, cognitive and behavioral correlates of offcourse betting involvement / M.G. Dickerson, M.B. Walker, S. Legg England // Journal of Gambling Studies. — 1990. — N. 6. — P. 165-182.
4. Blum K. Psychogenetics of drug seeking behavior. In Muller, E. E. and Genazzani, A. R. Central and peripheral endorphins: Basic and clinical aspects / K. Blum. — New York.: Raven Press, 1987. — P.339-356.
5. Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А. Ю. Егоров // Аддиктология. — 2005. — № 1. — С. 65-77.
6. Feigelman W. Problem gamblers, problem substance users, and dual-problem individuals: An epidemiological study /W. Feigelman, L. Wallisch, H. R. Lesieur // American Journal of Public Health. — 1998. — V 88. — N3. — P. 467-470.
7. Агибалова Т. В. Фармакоэкономический анализ терапии патологического влечения к психоактивным веществам и азартным играм / Т. В. Агибалова, О. Ж. Бузик // Человек и лекарство: Материалы XIV Российского национального конгресса. — М., 2007. — С. 470.
8. Альтшулер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии / В. Б. Альтшулер. — М.: Издательский дом «Имидж», 1994. — 216 с.
9. Attention deficit disorder and pathological gambling / Pi. Carlton, P. Manowitz, H.McBride [et al.] // J. Clin. Psychiatry. 1987 Dec. — Vol. 48. — N 12. — P. 487-488.
10. Ханьков В. В. Нейропсихологические аспекты игровой зависимости / В. В. Ханьков, Ю. Ю. Молчанова // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т. Б. Дмитриевой, — М.: РИО ФГУ «ССП Росздрава», 2007. — С. 147-162.
11. Сонди Л. Учебник экспериментальной диагностики влечений: Глубинно-психологическая диагностика и её применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном, семейном и подростковом консультировании, характерологии и этнологии / Л. Сонди; Пер. с нем. — М.: «Копито-Центр», 2005. — 557 с.
12. Солдаткин В. А. Химическая и нехимическая зависимость: больше сходств, чем различий. / В. А. Солдаткин, А.О. Бухановский // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения: Сб. науч. ст. конференции, посвящен. 30-летию МУЗ ПБ г. Краснодара. — Краснодар, 2006. — С. 412-414.
13. Сидоров П. И. Синергетическая концепция зависимого поведения / П. И. Сидоров // Наркология. — 2006. — № 10. — С. 30-35.
14. Custer R. Personality factors and pathological gambling / R. Custer, M. Linnoil, V. Loren // Acta Psychiatr. Scand. — 1989. — Vol. 80. — N. 1. — P. 37-39.
15. 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.
16. Пророк Н.В. Ціннісно-мотиваційні передумови адиктивного шляху вирішення життєвих проблем / Н. В. Пророк // Практична психологія та соціальна робота. — 2004. — №12. — С. 59-61.

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

Інформативність методик дослідження афективного статусу і узгодженість результатів їхнього застосування у хворих, залежних від опіоїдів



Друзь О.В.

Друзь О.В.

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

Резюме. Мета роботи — оцінка інформативності психометричних методик дослідження афективного статусу і узгодженість результатів їхнього застосування у хворих, залежних від опіоїдів.

За допомогою трьох поширених психометричних інструментів, а саме: шкали Hamilton-21 (Hamilton depression rating scale — HDRS), шкали Монтгомери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale — MADRS) та госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety Depression Scale — HADS) двічі (до й після детоксикації) досліджено афективний статус 270 хворих, залежних від опіоїдів, і однократно — афективний статус 270 осіб без ознак якої-небудь залежності. Показано, що в умовах дефіциту часу (та/або дефіциту комплаєнсу між хворим та дослідником) для вивчення афективного статусу осіб, залежних від опіоїдів, слід використовувати шкалу MADRS, а при відсутності такого дефіциту — шкали Hamilton-21 або HADS (залежно від діагностичного (диференціально-діагностичного) завдання). Встановлено, що результати, отримані за допомогою різних шкал слабо корелюють між собою, тому для максимально точних висновків слід використовувати всі три шкали.

Ключові слова: залежність від опіоїдів, афективний статус, методики дослідження, оптимальний вибір.

Comparative analysis of psychometric cognitive impairment and dementia due to traumatic brain injury and epilepsy

Druz' O.V.

Main military-medical clinical center «GNCH» (Kiev)

Resume. The work purpose is the estimation of informativity of methods of research of affective status and consistency of their application results in opioid addicted patients. By means of three widespread psychometric tools, namely: Hamilton depression rating scale (HDRS), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) and Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) twice (before and after detoxication) the affective status of 270 opioid addicted persons, and once — the affective status of 270 persons without signs of any dependence was investigated. It is shown, that in the conditions of deficiency of time (and/or deficiency compliance between patient and researcher) for studying of the affective status of opioid addicted patients, it is necessary to use scale MADRS, and in the absence of such deficiency — scales Hamilton-21 or HADS (depending on the diagnostic (differential and diagnostic) task). It is established, that the results received by means of different scales poorly correlate among themselves, therefore for most exact conclusions it is necessary to use all three scales together.

Key words: dependence from opioid, affective status, methods of research, optimum choice.

Вступ

У хворих зі станами залежності різного походження (в тому числі, внаслідок вживання опіоїдів) афективні розлади є облігатними [1-4]. Вони безпосередньо пов'язані зі стрижневою ознакою станів залежності — потягом до об'єкту зловживання [5-10].

Афективні розлади створюють додаткову мотивацію для вживання опіоїдів і, водночас, — є одними з наслідків такого вживання [11-13]. В будь-якому разі, вони є одним з факторів, що сприяють прогресуванню основного захворювання — хімічної залежності [14-16]. Відомо, наприклад, що період переходу від активної залежності до тверезого способу життя, супроводжується докорінною зміною існуючих стереотипів і посиленням

афективних розладів, що створює реальну загрозу рецидиву [17-19]. Саме тому, коректна оцінка афективної симптоматики у залежної від опіоїдів особи (і, відповідно, вибір для цього адекватного психометричного інструменту) є вкрай важливою для формування оптимальної стратегії її подальшого лікування та реабілітації.

Ось чому **метою цього** дослідження стала оцінка інформативності психометричних методик дослідження афективного статусу і узгодженість результатів їхнього застосування у хворих, залежних від опіоїдів.

Матеріали та методи дослідження

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. Всі пацієнти, залежні від опіоїдів, проходили однаковий курс детоксикації у стаціонарі за стандартами надання наркологічної допомоги.

Оцінка інформативності психометричних методик дослідження афективного статусу і узгодженість результатів їхнього застосування у хворих, залежних від опіоїдів здійснювалась шляхом однократних досліджень в контрольній групі і повторних (на перший і на десятий день) досліджень в основній групі з використанням трьох психометричних інструментів: шкали Hamilton-21 (Hamilton depression rating scale — HDRS), (Hamilton M., 1960; Пишель В.Я., Блажевич Ю.А., 2001) [20, 21]; шкали Монтгомери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale — MADRS) [22] та госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety Depression Scale — HADS) [23]. Обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз, розрахунок діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності (MI) для діагностичних ознак, що оцінюються, з метою подальшого їхнього використання у послідовній процедурі Вальда для розпізнавання якісно відмінних станів) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003»[24, 25].

Таблиця 1

Динаміка середньої виразності афективної симптоматики в групах порівняння, оціненої за шкалами Hamilton-21, MADRS та HADS

Симптоми	Мінімальний (Min), максимальний (Max) та середній (M±m) рівні виразності симптомів, бали								
	Основна (n=270)						Контрольна (n=270)		
	До лікування			Після лікування					
	Min	Max	M±m	Min	Max	M±m	Min	Max	M±m
Hamilton-21	26	42	34,01 ± 0,17	3	19	10,35 ± 0,17 1)	0	12	5,02 ± 0,14 1) 2)
Шкала MADRS	19	29	23,97 ± 0,12	2	11	4,56 ± 0,11 1)	1	10	3,40 ± 0,09 1) 2)
HADS Субшкала «А»	12	19	14,94± 0,08	0	6	2,17 ± 0,08 1)	0	5	1,91 ± 0,07 1) 2)
HADS Субшкала «D»	11	18	14,68± 0,08	0	8	4,74 ± 0,08 1)	1	7	3,76 ± 0,07 1) 2)

Примітки: 1) — різниця з основною групою до лікування достовірна (p<0,001); 2) — різниця з основною групою після лікування достовірна (p<0,05).

Результати та обговорення

Проведене комплексне психометричне дослідження виявило численні відмінності поміж членами різних груп порівняння за показниками їхнього афективного статусу. При чому, згадані відмінності знайдені не тільки при порівнянні здорових осіб з особами, залежними від опіоїдів, у стані відміни (що постає досить наочним), а і при порівнянні здорових осіб з особами, залежними від опіоїдів, у постабстинентному стані. В узагальненому вигляді їх добре ілюструють наведені нижче усереднені дані (табл. 1).

Окрім середніх величин були розраховані діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності (MI) всіх одержаних діагностичних та диференціально-діагностичних маркерів, що створило передумови для порівняльного аналізу сумарної інформативності (S_{MI}) використаних психометричних інструментів (шкал), при їхньому застосуванні для розв'язання завдань на диференціацію станів до та після детоксикації у залежних від опіоїдів осіб, а також на диференціацію обох згаданих станів від стану практичного здоров'я (рис. 1).

Як можна бачити (рис. 1) сумарна інформативність використаних психометричних методик закономірно убуває в ряду наступних диференціально-діагностичних завдань: «Хворий до детоксикації чи здоровий?» — «Хворий до детоксикації — «Хворий після лікування чи здоровий?». При цьому, добре помітно, що інформативність всіх використаних психометричних методик в перших двох завданнях значно вища, ніж в третьому.

Зрозуміло, що це спостереження є цілком очікуваним, адже апіорі відомо, що різниця в афективному статусі між станом відміни і практичним здоров'ям (завдання №1) та станом відміни і постабстинентним станом (завдання №2) набагато більша, ніж між постабстинентним станом і станом практичного здоров'я (завдання №3).

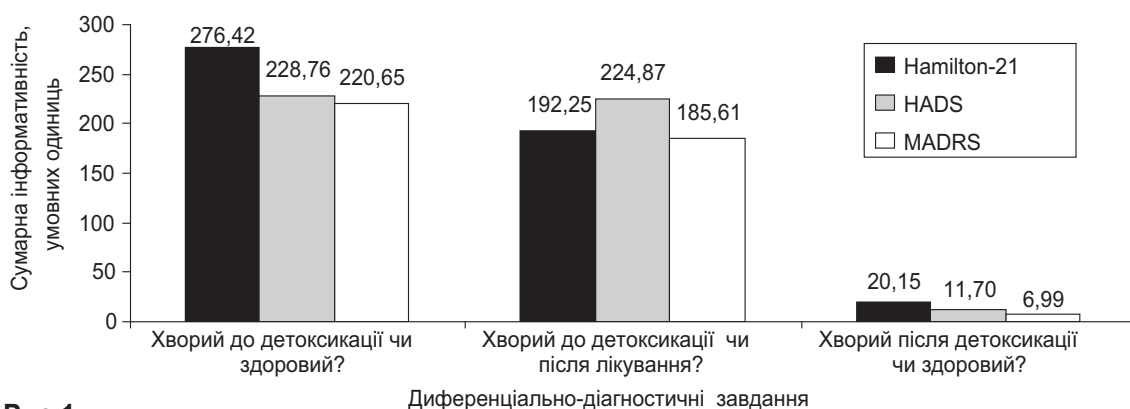


Рис.1.

Сумарна інформативність діагностичних маркерів, одержаних за допомогою шкал Hamilton-21, MADRS та HADS в різних диференціально-діагностичних завданнях

Набагато більше значення мають результати порівняльного аналізу сумарної інформативності у розрізі окремих методик. Як можна бачити (рис. 1), при розв'язанні завдань «Хворий до детоксикації чи здоровий?», а також «Хворий після детоксикації чи здоровий?» максимально інформативною є шкала Hamilton-21, в той час як при розв'язанні завдання «Хворий до детоксикації чи після детоксикації?» максимальну інформативність дослідження забезпечує шкала HADS. При цьому, шкала MADRS в жодному завданні не забезпечувала максимальної інформативності, а її сумарна інформативність в усіх трьох разом взятих диференціально-діагностичних завданнях була найменшою.

Якщо згадати, про те що методика Hamilton-21 є об'єктивною оцінкою афективного статусу пацієнта (оцінкою лікаря), а шкала HADS є оцінкою суб'єктивною (результат структурованого самозвіту пацієнта), то стає зрозумілим, що зазначена вище різниця в інформативності цих методик насправді відбиває фундаментальні відмінності в парах станів, що вивчаються.

Так, із наведених вище міркувань можна зробити висновок про те, що різниця в

афективному стані особи з синдромом відміни опіоїдів і здорової людини, чи різниця, особи залежної від опіоїдів, в постабстинентному періоді і здорової людини більш помітні зовнішньому спостерігачу (перевага в інформативності об'єктивної шкали Hamilton-21), а відповідна різниця між станом відміни та постабстинентним станом — самому пацієнту (перевага в інформативності суб'єктивної шкали HADS).

Однак, якщо врахувати кількість запитань, з яких складається кожна шкала, (Hamilton-21 — 21 запитання, HADS — 14 запитань і MADRS — 10 запитань) і, відповідно, час, потрібний для здійснення дослідження, рейтинг розглянутих психометричних інструментів істотно змінюється (рис. 2).

Найбільшу питому (на одне запитання) інформативність в перших двох завданнях має шкала MADRS, а в останньому (як і за абсолютними величинами) — шкала Hamilton-21 (рис. 2).

Одержані результати дають чіткі орієнтири, щодо вибору оптимальної методики дослідження для розв'язання конкретного діагностичного, або диференціального-діагностичного завдання, що може бути важливим, наприклад,

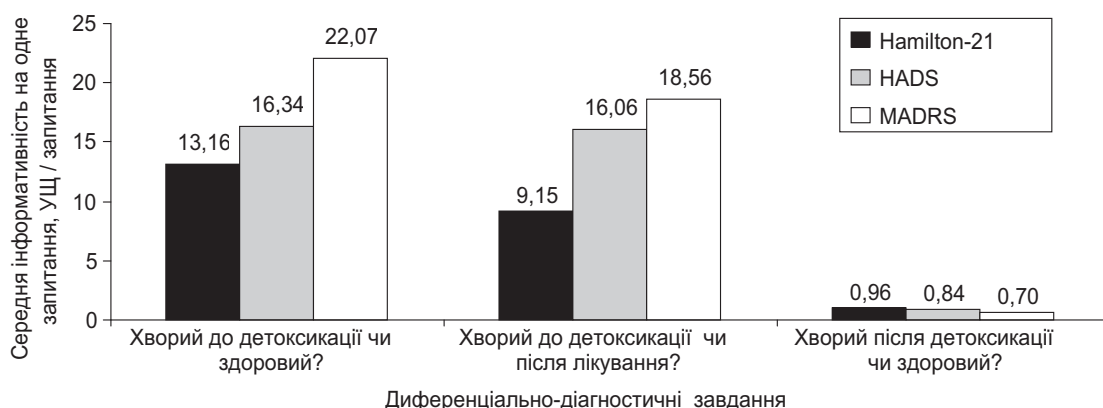


Рис.2.

Середня інформативність кожного запитання шкал Hamilton-21, MADRS та HADS в різних диференціально-діагностичних завданнях

в експертній практиці. При чому критерієм оптимальності є максимальна сумарна інформативність відповідних шкал при вирішенні тієї чи іншої диференціально-діагностичної задачі.

При сукупному використанні кількох психометричних методик подібної спрямованості (визначення афективного статусу) постає природне питання про ступінь узгодженості одержаних результатів. З метою одержання відповіді на це запитання було проведено кореляційний аналіз даних, одержаних при використанні Hamilton-21, MADRS та HADS в досліджуваних групах порівняння (табл. 2).

Було встановлено, (табл. 2) що не дивлячись на те що всі три шкали мають подібне призначення (описування афективного стану респондентів) достовірних ($p < 0,05$) кореляцій поміж одержаними за їхньою допомогою результатів досить мало. Так, при обстеженні членів основної групи до проведення детоксикації (стан відміни опіоїдів) було визначено достовірний прямий кореляційний зв'язок середньої сили ($r_{xy} = +0,34$). Це значно менше, відповідних значень при обстеженні хворих з великим депресивним епізодом у хворих без ознак залежності від психоактивних речовин, що зайвий раз свідчить про мозаїчний і мінливий характер афективних розладів у хворих, залежних від опіоїдів.

Звертає на себе увагу практично повна відсутність кореляцій поміж результатами дослідження за допомогою об'єктивних (оцінка дослідника) шкал (Hamilton-21 та MADRS) та результатами дослідження за допомогою суб'єктивної (оцінка самого респондента) шкали (HADS). Це свідчить про значну дисоціацію у хворих, залежних від опіоїдів, протягом стану відміни між їхніми суб'єктивними відчуттями (з урахуванням можливостей свідомого викривлення результатів через рентні мотиви) і тим враженням, яке справляють пацієнти цієї категорії на дослідника (з урахуванням можливостей агравації, симуляції або дисимуляції).

Таблиця 2.

Кореляція між оцінками актуального афективного статусу осіб, залежних від опіоїдів та практично здорових осіб, здійсненими за допомогою різних психометричних методик

Шкали	Коефіцієнти кореляції Спірмена (r_{xy}).											
	Основна група (n=270)								Контрольна група (n=270)			
	До детоксикації				Після детоксикації							
	Hamilton-21	MADRS	HADS (тривога)	HADS (депресія)	Hamilton-21	MADRS	HADS (тривога)	HADS (депресія)	Hamilton-21	MADRS	HADS (тривога)	HADS (депресія)
Hamilton-21	1,00				1,00				1,00			
MADRS	0,34	1,00			0,02	1,00			0,14	1,00		
HADS (тривога)	0,01	-0,03	1,00		0,04	0,04	1,00		0,04	0,08	1,00	
HADS (депресія)	0,07	-0,10	-0,07	1,00	0,02	0,03	-0,23	1,00	0,01	0,10	-0,24	1,00

Умовні позначення: позитивні достовірні коефіцієнти кореляції виділено заливкою сірого ■ ($p < 0,05$) кольору, а негативні — заливкою чорного ■ ($p < 0,05$) кольору.

В поточних умовах, єдиним шляхом до збільшення достовірності оцінки поточного афективного стану постає надлишковість дослідження, коли запитання спрямовані на виявлення певних симптомів багаторазово повторюються в різних формулюваннях. Власне це і досягається в процесі застосування одночасно кількох психометричних методик. При цьому, відсутність міцних кореляційних зв'язків між результатами про які йдеться (табл. 2) є ще одним аргументом на користь такого комплексного використання односпрямованих але відмінних психометричних інструментів, адже додаткову інформацію про об'єкт несуть лише взаємозалежні ознаки.

Щодо хворих, залежних від опіоїдів, після детоксикації (у постабстинентному стані) та практично здорових осіб, то у них, при загально низькій виразності проявів афективних розладів, взагалі не спостерігались прямі кореляційні зв'язки поміж результатами досліджень, одержаних за допомогою різних психометричних інструментів. При цьому мали місце слабкі зворотні кореляційні зв'язки поміж рівнями тривоги і депресії, оцінених за допомогою відповідних субшкал ($r_{xy} = -0,23$ та $r_{xy} = -0,24$ у хворих, залежних від опіоїдів, після детоксикації та практично здорових осіб відповідно).

Іншим важливим є питання про те, які саме симптоми, оцінювані за допомогою шкал, що використовуються, є найбільш впливовими, тобто роблять найбільший внесок в сумарну оцінку. Відповідь на це запитання, у першому наближенні, може бути одержана шляхом дослідження кореляцій між сумарними оцінками за шкалами та оцінками окремих симптомів (табл. 3-5).

Аналіз даних, одержаних за допомогою шкали Hamilton-21 (табл. 3) показує, що у хворих, залежних від опіоїдів, які знаходяться у стані відміни (до детоксикації) найбільш впливовим симптомом (який міцніше за інші

симптоми корелює з оцінкою виразності депресії за шкалою Hamilton-21 у цілому) є соматична тривога ($r_{xy} = +0,42$), що цілком узгоджується з існуючими уявленнями про цей патологічний стан, яскравим проявом якого є численні соматичні негаразди і спричинені ними фізичні страждання. Далі, в порядку зменшення впливовості, слідує наступні симптоми: соматична тривога ($r_{xy} = +0,42$); деперсоналізація й дереалізація ($r_{xy} = +0,33$); психічна тривога ($r_{xy} = +0,30$); добові коливання настрою ($r_{xy} = +0,29$); ажитація (тривожне збудження) ($r_{xy} = +0,29$); іпохондрія ($r_{xy} = +0,29$); загальмованість ($r_{xy} = +0,28$); втрата маси тіла ($r_{xy} = +0,28$); критичність відношення до хвороби ($r_{xy} = +0,27$); obsесивні й компульсивні симптоми ($r_{xy} = +0,27$); загальні соматичні симптоми ($r_{xy} = +0,27$); рання інсомнія ($r_{xy} = +0,27$); депресивний настрій ($r_{xy} = +0,26$); працездатність й активність ($r_{xy} = +0,24$) та генітальні симптоми ($r_{xy} = +0,21$). Вплив решти симптомів сумнівний, адже їхні коефіцієнти кореляції із загальною оцінкою за шкалою Hamilton-21 у стані відміни є незначними ($r_{xy} < +0,20$) й недостовірними ($p > 0,05$).

Аналіз даних, одержаних за допомогою тієї ж шкали Hamilton-21 (табл. 3) у хворих, залежних від опіоїдів, які знаходяться у постабстинентному стані (після детоксикації) показує, що найбільш впливовим симптомом (який міцніше за інші симптоми корелює з оцінкою виразності депресії за шкалою Hamilton-21 у цілому) є працездатність й активність ($r_{xy} = +0,38$), що також добре узгоджується з відомими фактами, адже основною скаргою залежних від опіоїдів осіб у постабстинентному стані є знесилля, астенія. Далі, в порядку зменшення впливовості, слідує наступні симптоми: критичність відношення до хвороби ($r_{xy} = +0,31$); пізня інсомнія ($r_{xy} = +0,31$); ажитація (тривожне збудження) ($r_{xy} = +0,28$); деперсоналізація й дереалізація ($r_{xy} = +0,27$); втрата маси тіла ($r_{xy} = +0,25$); рання інсомнія ($r_{xy} = +0,25$); соматична тривога ($r_{xy} = +0,23$); шлунково-кишкові симптоми ($r_{xy} = +0,23$); генітальні симптоми ($r_{xy} = +0,23$); іпохондрія ($r_{xy} = +0,21$) та параноїдні симптоми ($r_{xy} = +0,21$). Вплив решти симптомів сумнівний, адже їхні коефіцієнти кореляції із загальною оцінкою за шкалою Hamilton-21 у постабстинентному стані є незначними ($r_{xy} < +0,20$) й недостовірними ($p > 0,05$).

Таблиця 3.

Кореляція між рівнем депресії за шкалою Hamilton-21 (у цілому) та окремими її складовими (симптомами) в різних групах порівняння (в порядку зменшення сили корелятивного зв'язку)

Основна група (n=270)				Контрольна група (n=270)	
До детоксикації		Після детоксикації		Симптоми	
Симптоми	r_{xy}^*	Симптоми	r_{xy}^*	Симптоми	r_{xy}^*
Соматична тривога	0,42	Працездатність й активність	0,38	Критичн. віднош. до хвороби	0,46
Деперсоналізація й дереалізація	0,33	Критичн. віднош. до хвороби	0,31	Працездатність й активність	0,42
Психічна тривога	0,30	Пізня інсомнія	0,31	Втрата маси тіла	0,39
Добові коливання	0,29	Ажитація (тривожне збуджен.)	0,28	Добові коливання	0,35
Ажитація (тривожне збуджен.)	0,29	Деперсоналізація й дереалізація	0,27	Рання інсомнія	0,35
Іпохондрія	0,29	Втрата маси тіла	0,25	Загальні соматичні симптоми	0,34
Загальмованість	0,28	Рання інсомнія	0,25	Загальмованість	0,33
Втрата маси тіла	0,28	Соматична тривога	0,23	Ажитація (тривожне збуджен.)	0,31
Критичн. віднош. до хвороби	0,27	Шлунково-кишкові симптоми	0,23	Генітальні симптоми	0,28
Обсес. й компульсивні симпт.	0,27	Генітальні симптоми	0,23	Депресивний настрій	0,26
Загальні соматичні симптоми	0,27	Іпохондрія	0,21	Психічна тривога	0,26
Рання інсомнія	0,27	Параноїдні симптоми	0,21	Пізня інсомнія	0,24
Депресивний настрій	0,26	Середня інсомнія	0,20	Середня інсомнія	0,23
Працездатність й активність	0,24	Добові коливання	0,20	Шлунково-кишкові симптоми	0,22
Генітальні симптоми	0,21	Суїцидальні наміри	0,19	Іпохондрія	0,21
Середня інсомнія	0,18	Депресивний настрій	0,18	Почуття провини	0,20
Суїцидальні наміри	0,18	Загальні соматичні симптоми	0,17	Обсес. й компульсивні симпт.	0,19
Шлунково-кишкові симптоми	0,15	Загальмованість	0,15	Суїцидальні наміри	0,17
Почуття провини	0,11	Обсес. й компульсивні симпт.	0,11	Соматична тривога	0,15
Параноїдні симптоми	0,09	Почуття провини	0,11	Параноїдні симптоми	0,10
Пізня інсомнія	0,04	Психічна тривога	0,10	Деперсоналізація й дереалізація	0,01

Умовні позначення: позитивні достовірні коефіцієнти кореляції виділено заливкою сірого ■ ($p < 0,05$) кольору, а негативні — заливкою чорного ■ ($p < 0,05$) кольору. * — r_{xy} — коефіцієнти кореляції Спірмена.

Аналіз даних, одержаних за допомогою тієї ж шкали Hamilton-21 (табл. 3) у здорових осіб вивив на перше місце за рівнем впливовості критичність відношення до хвороби ($r_{xy} = +0,46$); що є цілком природним, адже в даному випадку (у здорових) вона (хвороба) відсутня. Далі, в порядку зменшення впливовості на загальну оцінку афективного стану здорових, слідує наступні симптоми: працездатність й активність ($r_{xy} = +0,42$); втрата маси тіла ($r_{xy} = +0,39$); добові коливання настрою ($r_{xy} = +0,35$); рання інсомнія ($r_{xy} = +0,35$); загальні соматичні симптоми ($r_{xy} = +0,34$); загальмованість ($r_{xy} = +0,33$); ажитація (тривожне збудження) ($r_{xy} = +0,31$); генітальні симптоми ($r_{xy} = +0,28$); депресивний настрій ($r_{xy} = +0,26$); психічна тривога ($r_{xy} = +0,26$); пізня інсомнія ($r_{xy} = +0,24$); середня інсомнія ($r_{xy} = +0,23$); шлунково-кишкові симптоми ($r_{xy} = +0,22$); іпохондрія ($r_{xy} = +0,21$); почуття провини ($r_{xy} = +0,20$). Вплив решти симптомів сумнівний, адже їхні коефіцієнти кореляції із загальною оцінкою за шкалою Hamilton-21 у здорових є незначними ($r_{xy} < +0,20$) й недостовірними ($p > 0,05$).

Аналіз даних, одержаних за допомогою шкали MADRS (табл. 4) показує, що у хворих, залежних від опіоїдів, які знаходяться у стані відміни (до детоксикації) найбільш впливовим симптомом (який міцніше за інші симптоми корелює з оцінкою виразності депресії за шкалою MADRS у цілому) є порушення апетиту ($r_{xy} = +0,66$), що є певним еквівалентом згаданої вище соматичної тривоги за шкалою Hamilton-21 в також цілком узгоджується з існуючими уявленнями про стан відміни опіоїдів (див. вище).

Далі, в порядку зменшення впливовості, слідує наступні симптоми: порушення апетиту ($r_{xy} = +0,66$); суб'єктивні ознаки пригніченості

($r_{xy} = +0,31$); внутрішнє напруження ($r_{xy} = +0,31$); порушення концентрації ($r_{xy} = +0,30$); песимістичні думки ($r_{xy} = +0,29$); об'єктивні ознаки пригніченості ($r_{xy} = +0,24$); порушення інтенції у діяльності ($r_{xy} = +0,23$) та суїцидальні думки ($r_{xy} = +0,21$). Вплив решти симптомів сумнівний, адже їхні коефіцієнти кореляції із загальною оцінкою за шкалою MADRS у стані відміни є незначними ($r_{xy} < +0,20$) й недостовірними ($p > 0,05$).

Аналіз даних, одержаних за допомогою тієї ж шкали MADRS (табл. 4) у хворих, залежних від опіоїдів, які знаходяться у постабстинентному стані (після детоксикації) показує, що найбільш впливовим симптомом (який міцніше за інші симптоми корелює з оцінкою виразності депресії за шкалою Hamilton-21 у цілому) є погіршення сну ($r_{xy} = +0,47$), що також добре узгоджується з відомими фактами, адже окрім астенії основною скаргою залежних від опіоїдів осіб у постабстинентному стані є інсомнія. Далі, в порядку зменшення впливовості, слідує наступні симптоми: об'єктивні ознаки пригніченості ($r_{xy} = +0,42$); порушення інтенції у діяльності ($r_{xy} = +0,39$); внутрішнє напруження ($r_{xy} = +0,38$); суб'єктивні ознаки пригніченості ($r_{xy} = +0,36$); порушення апетиту ($r_{xy} = +0,34$); песимістичні думки ($r_{xy} = +0,27$); суїцидальні думки ($r_{xy} = +0,25$); втрата здатності відчувати ($r_{xy} = +0,23$) та порушення концентрації ($r_{xy} = +0,22$). Нарешті, аналіз даних, одержаних за допомогою тієї ж шкали MADRS (табл. 4) у здорових осіб вивив на перше місце за рівнем впливовості суб'єктивні ознаки пригніченості ($r_{xy} = +0,37$). Далі, в порядку зменшення впливовості на загальну оцінку афективного стану здорових, слідує наступні симптоми: порушення інтенції у діяльності ($r_{xy} = +0,37$); внутрішнє напруження ($r_{xy} = +0,37$); суїцидальні думки ($r_{xy} = +0,34$); об'єктивні ознаки пригніченості

Таблиця 4.

Кореляція між рівнем депресії за шкалою MADRS (у цілому) та окремими її складовими (симптомами) в різних групах порівняння (в порядку зменшення сили корелятивного зв'язку)

Основна група (n=270)				Контрольна група (n=270)	
До детоксикації		Після детоксикації			
Симптоми	r_{xy}^*	Симптоми	r_{xy}^*	Симптоми	r_{xy}^*
Порушення апетиту	0,66	Погіршення сну	0,47	Суб'єкт. ознаки пригніченості	0,37
Суб'єкт. ознаки пригніченості	0,31	Об'єкт. ознаки пригніченості	0,42	Поруш. інтенції в діяльності	0,37
Внутрішнє напруження	0,31	Поруш. інтенції в діяльності	0,39	Внутрішнє напруження	0,37
Порушення концентрації	0,30	Внутрішнє напруження	0,38	Суїцидальні думки	0,34
Песимістичні думки	0,29	Суб'єкт. ознаки пригніченості	0,36	Об'єкт. ознаки пригніченості	0,32
Об'єкт. ознаки пригніченості	0,24	Порушення апетиту	0,34	Песимістичні думки	0,31
Поруш. інтенції в діяльності	0,23	Песимістичні думки	0,27	Порушення апетиту	0,31
Суїцидальні думки	0,21	Суїцидальні думки	0,25	Втрата здатності відчувати	0,30
Погіршення сну	0,19	Втрата здатності відчувати	0,23	Порушення концентрації	0,25
Втрата здатності відчувати	0,15	Порушення концентрації	0,22	Погіршення сну	0,17

Умовні позначення: позитивні достовірні коефіцієнти кореляції виділено заливкою сірого ■ ($p < 0,05$) кольору, а негативні — заливкою чорного ■ ($p < 0,05$) кольору. * — r_{xy} — коефіцієнти кореляції Спірмена.

($r_{xy} = +0,32$); песимістичні думки ($r_{xy} = +0,31$); порушення апетиту ($r_{xy} = +0,31$); втрата здатності відчувати ($r_{xy} = +0,30$); порушення концентрації ($r_{xy} = +0,25$) та погіршення сну ($r_{xy} = +0,17$).

Щодо результатів аналізу даних, одержаних за допомогою шкали HADS (табл. 5) то вони показують, що в усіх групах респондентів рівень впливовості окремих симптомів на остаточний результат є значно ближчим, у порівнянні з відповідними параметрами шкал Hamilton-21 та MADRS.

Так, у хворих, залежних від опіоїдів, які знаходяться у стані відміни (до детоксикації) значення коефіцієнтів кореляції (r_{xy}) між субшкалами HADS та їхніми окремими складовими коливались в межах 0,20-0,63 одиниць для субшкали тривоги і 0,26-0,55 одиниць для субшкали депресії. У хворих, залежних від опіоїдів, які знаходяться у постабстинентному стані (після детоксикації) відповідні значення коефіцієнтів кореляції становили 0,20-0,42 одиниць для субшкали тривоги і 0,29-0,45 одиниць для субшкали депресії. На решті у здорових осіб відповідні значення коефіцієнтів кореляції становили 0,29-0,45 одиниць для субшкали тривоги і 0,31-0,41 одиниць для субшкали депресії.

На завершення слід сказати, що вибір оптимального психодіагностичного інструменту для дослідження афективного статусу осіб залежних від опіоїдів визначається трьома факторами, а саме: абсолютною сумарною інформативністю кожної шкали в даному діагностичному (диференціально-діагностичному)

завданні, середньою інформативністю кожного запитання у шкалах про які йдеться, а також ступенем узгодженості між результатами дослідження, отриманими в процесі використання різних шкал. Сукупний розгляд цих трьох факторів дозволив дійти наведених нижче висновків.

Висновки

1. В умовах дефіциту часу (та/або дефіциту комплаєнсу між хворим та дослідником) для вивчення афективного статусу осіб, залежних від опіоїдів, слід використовувати шкалу MADRS.
2. При наявності достатнього часу на вивчення афективного статусу (та/або гарного комплаєнсу між хворим та дослідником) в завданнях на диференціацію практично здорових осіб від осіб, залежних від опіоїдів (як до, так і після детоксикації) слід використовувати шкалу Hamilton-21, а в завданнях на диференціацію станів до та після детоксикації у осіб, залежних від опіоїдів — шкалу HADS.
3. Для одержання максимально точного результату при дослідженні афективного статусу осіб, залежних від опіоїдів, слід використовувати всі три шкали, про які йдеться, оскільки одержані за їхньою допомогою данні слабо корелюють між собою, і тому можуть слугувати джерелом додаткової інформації.

Таблиця 5.

Кореляція між рівнем депресії за шкалою (у цілому) та окремими її складовими (симптомами) в різних групах порівняння (в порядку зменшення сили корелятивного зв'язку)

Симптоми	Основна група (n=270)		Контрольна група (n=270)
	До детокс.	Після детокс.	
HADS (тривога)			
Я відчуваю напруженість	0,30	0,27	0,39
Я відчуваю страх, здається начебто щось жахливе може от-от трапитися	0,20	0,30	0,35
Неспокійні думки крутяться у мене в голові	0,34	0,39	0,36
Я легко можу сісти й розслабитися	0,63	0,38	0,45
Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння	0,34	0,42	0,37
Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися	0,36	0,42	0,34
У мене буває раптове почуття паніки	0,28	0,20	0,29
HADS (депресія)			
Те, що приносило мені задоволення, і зараз викликає в мене таке ж почуття	0,42	0,38	0,36
Я здатний розсміятися й побачити в тій або іншій події смішне	0,38	0,45	0,31
Відчуваю бадьорість	0,32	0,31	0,32
Мені здається, що я став усе робити дуже повільно	0,28	0,29	0,35
Я не стежу за своєю зовнішністю	0,26	0,30	0,33
Я вважаю, що мої справи можуть принести мені почуття задоволення	0,32	0,38	0,39
Я можу одержати задоволення від гарної книги, радіо- або телепередачі	0,55	0,40	0,41

Умовні позначення: позитивні достовірні коефіцієнти кореляції виділено заливкою сірого ■ ($p < 0,05$) кольору, а негативні — заливкою чорного ■ ($p < 0,05$) кольору. * — r_{xy} — коефіцієнти кореляції Спірмена.

4. В афективному статусі осіб, залежних від опіоїдів, у стані відміни (до детоксикації) найбільш впливовими є наступні симптоми: соматична тривога, порушення апетиту та неспроможність розслабитися (оцінені за шкалами Hamilton-21, MADRS та HADS, відповідно).
5. В афективному статусі осіб, залежних від опіоїдів, у стані після детоксикації) найбільш впливовими є наступні симптоми: порушення працездатності й активності, погіршення сну та неспроможність розсміятися й побачити в тій або іншій події смішне (оцінені за шкалами Hamilton-21, MADRS та HADS, відповідно).

Література

1. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам / Н.Н.Иванец — Москва: НИИ наркологии МЗ России, 2000. — 154 с.
2. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов). / М.А. Винникова. Дис... докт. мед. наук: 14.01.17 / Москва: НИИ наркологии МЗ России. — 2003. — 243 с.
3. Самойлова О.С. Комплексна діагностика і фармакотерапевтична корекція афективних розладів внаслідок вживання опіоїдів та психостимуляторів. / О.С.Самойлова. Автореф. дис... канд.. мед. наук: 14.01.27 / Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. — Харків, 2006. — 20 с.
4. Агибалова Т.В.. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия) / Т.В.Агибалова Автореферат дис... канд.. мед. наук: 14.01.17 // Москва: НИИ наркологии МЗ России. — 2007. — 20 с.
5. Воробьева Т.М. Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий / Т.М. Воробьева, П.В. олошин, Л.Н. Пайкова Л.Н. [и др.]. — Харьков: Основа, 1993. — 176 с.
6. Гольдрин С.Э. Аффективные нарушения у больных опийной наркоманией в структуре опийного абстинентного синдрома и во время ремиссии / С.Э. Гольдрин // Наркология. — 2003. — №9. — С. 44-50.
7. Аймедов К.В. Мотиваційний профіль та афективні порушення при опійній залежності / К.В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2004. — №2(6). — С. 65-73.
8. Fernandez L. Benzodiazepine addiction and symptoms of anxiety and depression in elderly subjects / L. Fernandez, C. Cassagne-Pinel // Encephale. — 2001. — Sep-Oct., № 27(5). — P. 459-574.
9. Baker T.V. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement / T.V. Baker, M.E. Piper, D.E. McCarthy, M.R. Majeskie, M.C. Fiore // Psychological Review. — 2004. — Jan.(1). — P. 33-51.
10. Dannon P. Comorbid psychiatric symptoms in pathological gamblers: anxiety, depression and substance abuse / P. Dannon, M. Sason, B. Shalgi, L. Tusan, Y. Sapir, M. Kotler // Harefuah. — 2004. — Sep., №143(9). — P. 643-695.
11. Рохлина М.Л. Аффективные нарушения при героиновой наркомании / М.Л.Рохлина, А.А.Козлов, С.О.Мохначев // Вопросы наркологии. — 2002. — №1. — С. 20-26.
12. Coelho R. Depression and the severity of substance abuse / R.Coelho, R.Rangel, E.Ramos, A.Martins, J.Prata, H. Barros // Psychopathology. — 2000. — May-Jun, №33(3). — P. 103-109.
13. Danielson C.K.. Association of substance abuse and depression among adolescent psychiatric inpatients / C.K.Danielson, J.C.Overholser, Z.A. Butt // Canadian Journal of Psychiatry. — 2003. — Dec., №48(11). — P. 762-797.
14. Синицкий В.Н. Патопсихологическая характеристика развития опийного абстинентного синдрома / В.Н.Синицкий, Н.А.Стогний, Г.Е.Трофимчук, [та інші] // Архів психіатрії. — 2002. — №4(31). — С. 78-81.
15. Литвинцев С.В. Применение оценки неспецифических адаптационных реакций организма при анализе качества ремиссий у больных опийной наркоманией / С.В.Литвинцев, В.К.Шамрей, Н.П. Медведев [та інші] // Наркология. — 2003. — №7. — С. 18-20.
16. Balfour D.J. The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction? / D.J.Balfour, D.L.Ridley // Pharmacology Biochemistry Behavioral. — 2000. — May, 66(1). — P. 79-85.
17. Израелян А.Ю. Психические нарушения при героиновой наркомании в предрецидивном периоде / А.Ю.Израелян // Журнал неврологии и психиатрии. — 2003. — №12. — С. 15-19.
18. Bovasso G. The long-term treatment outcomes of depression and anxiety comorbid with substance abuse / G.Bovasso // Journal of Behavioral Health Service Resarch. — 2001. — Feb;28(1). — P. 42-57.
19. Dodge R. The role of depression symptoms in predicting drug abstinence in outpatient substance abuse treatment / R.Dodge, J.Sindelar, R.Sinha [та інші] // Journal of Substance Abuse Treatment. — 2005. — Mar., № 28(2). — P. 189-196.
20. Hamilton M. A rating scale for depression / M Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. — 1960. — №23. — P. 56-62.
21. Пишель В.Я. Стандартный инструментарий для скринирования, диагностики депрессии, оценки эффективности лечения / В.Я.Пишель, Ю.А.Блажевич // Архів психіатрії. — 2001. — №4(27). — С.93-96.
22. Подкорытов В.С. Депрессии. Современная терапия // В.С.Подкорытов, Ю.Ю.Чайка, 2003. — Харьков, «Торнадо», 2000 — 350 с.
23. Zigmond A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiat. Scand. — 1983. — Vol.67. — P. 361-370.
24. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. / Е.В. Гублер — М., Медицина, 1978. — 294 с.
25. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико – биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. — К.: Моріон, 2000 — 320 с.

УДК 616-089-008.45/.47-053.9

Когнитивные нарушения у лиц пожилого и старческого возраста



Панченко Л.В.



Панченко О.А.



Чумак Т.Э.

Панченко Л.В., Панченко О.А., Чумак Т.Э.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

Резюме. В статье представлены критерии диагностики и лечение когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, диагностика, лечение.

Cognitive impairments in elderly and senile patients

Panchenko O.A., Panchenko L.V., Chumak T.E.

Donetsk National Medical University by M.Gorky, State Institution «Theoretical and Practical Medical Rehabilitation and Diagnostic Center Ministry of Health of Ukraine»

Resume. Cognitive Impairments, in elderly and senile Patients. The article analyses diagnostic and treatment cognitive impairments in elderly and senile Patients.

Key words: cognitive disorders, diagnostic, treatment.

Для геронтологии как науки не так важно «прибавить годы к жизни», важнее «прибавить жизнь к годам».
И. Давыдовский

Современным демографическим феноменом является общее постарение населения. Во многих странах мира удельный вес людей старше 60-65 лет составляет свыше 1/5 общей численности населения. Украина по возрастному составу населения является одной из наиболее «старых» стран не только СНГ, но и Восточной Европы в целом. Доля лиц пенсионного возраста в Украине составляет 23-25% всей популяции и согласно прогнозам демографов до 2025 года этот показатель превысит 30% [5]. В связи с тем, что средняя продолжительность жизни современного человека значительно увеличилась пожилой и старческий возраст превращается в самостоятельный и достаточно продолжительный период жизни

со своими социальными и психологическими особенностями. Это приводит к усилению роли пожилых и старых людей в общественной, политической, культурной жизни общества и требует изучения особенностей эмоционально-волевой, потребностно-мотивационной и когнитивно-познавательной сфер личности.

Одной из центральных проблем современной геронтопсихиатрии является когнитивная недостаточность, а диагностика и лечение этой патологии чрезвычайно актуальной.

По данным эпидемиологов, распространенность деменции в пожилом и старческом возрасте варьирует от 5 до 30% в зависимости от исследуемой возрастной группы и используемых диагностических критериев [5]. Когнитивные нарушения сосудистого генеза в Украине зафиксированы у 41% пациентов среди лиц, страдающих деменцией [3].

Когнитивные нарушения различной степени выраженности выявляются приблизительно

у 70% пациентов старше 60 лет [1]. К основным проявлениям когнитивных нарушений относятся: ухудшение памяти, снижение концентрации внимания, нарушения восприятия, снижение скорости реакций, нарушения речи, неспособность выполнять несколько дел одновременно, снижение интеллектуальной гибкости.

Цель исследования: совершенствование системы диагностики и выработка оптимальной терапевтической тактики лечения когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования

Проведено комплексное клиническое, экспериментально-психологическое, функционально-диагностическое обследование 85 пациентов с легкими или умеренными когнитивными нарушениями в структуре непсихотических психических расстройств преимущественно сосудистого генеза в возрасте от 65 до 82 лет, которые в период с 2011 до 2012 гг. находились на лечении в дневном стационаре психоневрологического отделения ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины». Все пациенты имели среднее специальное или высшее образование.

Для объективизации психического состояния использовали структурированное клиническое диагностическое интервью. Для скрининга когнитивных нарушений проводили следующие лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи; определение уровня билирубина, креатинина, азота мочевины, Т3, Т4, тиреотропного гормона, антител к тиреоглобулину. Для уточнения диагноза и степени тяжести заболевания больным по показаниям проводилось нейровизуализационное обследование (МРТ головного мозга), ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга. Кроме этого, использовали электроэнцефалографию.

В исследование состояния высших мозговых функций входила оценка всех компонентов праксиса, гнозиса, оптико-пространственной деятельности, речи, различных сторон мнестической деятельности, интеллектуальных операций. Использовали нейропсихологические методы: для оценки состояния произвольной вербальной памяти «Запоминание 10 слов» С.Я. Рубинштейн; для исследования концентрации внимания, темпа сенсомоторных реакций, уровня умственной работоспособности применяли таблицы Шульте; для оценки ориентации во времени и месте, функции речи, гнозиса, праксиса использовали краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE); тест FAB (батарея лобной дисфункции) применяли для исследования кинетической организации

движений, произвольной регуляции праксиса, исследования абстрактного мышления [2]; выполнение счетных операций в пределах 10, произвольный обратный счет (100-7) и ориентации проводили с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций; исследование интеллектуальной сферы проводили с помощью методик «Сравнение понятий», «Исключение четвертого», понимание смысла пословиц.

Данные исследований обрабатывались с помощью пакета прикладных статистических программ «MedStat» (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., 2006).

Результаты исследования и их обсуждение

Диагноз когнитивных нарушений основывался на жалобах больного; объективных данных, полученных с помощью нейропсихологических методов исследования; лабораторных данных; функциональных методов исследования и клинической оценки повседневной деятельности пациента.

При первичном обследовании пациенты жаловались на головную боль 74 чел. (87,1%), головокружение 54 чел. (63,5%), шум в ушах, в голове 57 чел. (67,1%), утомляемость 85 чел. (100%), нарушения ночного сна 49 чел. (57,6%), субъективное снижение памяти 61 чел. (71,8%), снижение настроения 45 чел. (52,9%) (табл. 1).

По данным МРТ в 47 случаях (55,3%) выявлены очаги ишемии в медиальных отделах височных долей, таламусе, мультифокальное поражение в базальных ганглиях, белом веществе головного мозга, в отдельных случаях наблюдали многочисленные или одиночные лакунарные очаги, расположенные в глубинных отделах белого вещества, в лобной и височной долях.

При исследовании зрительного и предметного гнозиса у 4 пациентов (4,7%) при узнавании перечеркнутых и наложенных изображений отмечалось включение внешней речи и легкая латентность деятельности.

Таблица 1.

Жалобы пациентов при первичном обследовании

Жалобы	Абсол. показ., чел.	Относ. показ., %
Головная боль	74	87,1
Головокружение	54	63,5
Шум в ушах, в голове	57	67,1
Утомляемость	85	100
Нарушения ночного сна	49	57,6
Субъективное снижение памяти	61	71,8
Снижение настроения	45	52,9

При исследовании неречевого слуха было зафиксировано сужение объема запоминания и контроля за течением деятельности за счет выявления единичных ошибок.

При исследовании динамического праксиса у 52 пациентов (61,2%) отмечались трудности удержания трехэтапной программы плавного переключения с одного движения на другое; удержание правильной последовательности движений (проба «кулак — ребро — ладонь»).

«Простая реакция выбора» не вызывала затруднений у испытуемых, а при выполнении «усложненной реакции выбора» у 5 обследуемых (5,9%) были зафиксированы ошибки.

Исследование оптико-пространственной деятельности («Тест рисования часов») выявило трудности лишь при самостоятельном рисовании у 2 человек (2,4%), в то время как способность расположения стрелок на уже нарисованном циферблате сохранилась. При копировании куба, пересекающихся пятиугольников трудности возникли у 1 пациента (0,9%).

При выполнении произвольного обратного счета (100-7) 24 пациента (28,2%) допускали ошибки, связанные с трудностями удержания программы, снижением контроля за выполнением задания.

При исследовании памяти было зафиксировано снижение кратковременной памяти у 32 чел. (37,6%), и долговременной памяти у 30 чел. (35,3%). Объем произвольного непосредственного запоминания 10 слов колебался в пределах 3-7 слов, а отсроченное воспроизведение в этой пробе — (4-7 слов). Выявлена истощаемость психической деятельности у 73 пациентов (85,9%). Результаты диагностики приведены в табл. 2.

Таблица 2.

Когнитивные нарушения у лиц пожилого и старческого возраста

Нарушения	Абсол. показ., чел.	Относ. показ., %
Нарушение зрительного и пространственного гнозиса	5	5,9
Нарушение динамического праксиса	53	62,4
Нарушение зрительно-конструктивных навыков	2	2,4
Истощаемость психической деятельности	73	85,9
Нарушение кратковременной памяти	32	37,6
Нарушение долговременной памяти	30	35,3
Нарушение концентрации внимания	24	28,2

Нарушений интеллектуальной сферы, речи у обследуемого контингента не выявлено.

Проводилось комплексное медикаментозное, физиотерапевтическое и психотерапевтическое лечение. Медикаментозное лечение включало сосудистые, ноотропные препараты, антидепрессанты. Кроме того, при необходимости, проводили симптоматическую терапию — антигипертензивные средства, кардиотонические и аналептические препараты, транквилизаторы, нейролептики, снотворные препараты, препараты нормализующие липидный профиль и т.д.

Применялись физиотерапевтические методы лечения: электротерапия, массаж, ЛФК, бальнеотерапия, биоакустическая коррекция с помощью аппаратно-компьютерного комплекса «Синхро-С». Проводились групповая и индивидуальная психотерапия, включающая рационально-эмотивную терапию, произвольное мышечное расслабление по Джекобсону, гипносихотерапию, ароматерапию, музыкотерапию, арттерапию.

На фоне проведенной терапии, к концу курсового лечения регистрировалось значительное улучшение как субъективного, так и объективного самочувствия больных. Улучшение состояния отмечалось у 70 пациентов (82,4%) при выписке.

Существенно уменьшилась выраженность головных болей, ощущение головокружения возникало заметно реже, уменьшились тягостные ощущения шума в голове или в ушах, улучшился ночной сон, уменьшилась утомляемость, улучшилось настроение. Отмечалось уменьшение торпидности мышления, возрастала активность и инициативность в беседе и общении, восстанавливалась повседневная деятельность в необходимом объеме, уменьшались проявления речевых затруднений, в спонтанной речи исчезали запинки и паузы.

Состояние когнитивных функций, оцениваемое по совокупности представленных параметров, достоверно улучшилось у 67 пациентов (78,8%), в том числе значительное улучшение отмечено у 58 пациентов (68,2%), умеренное у 23 больных (27,1%). На рис. 1 представлена динамика когнитивных функций у лиц пожилого и старческого возраста.

Проведение MMSE в конце курса лечения продемонстрировало улучшение суммарного балла на 1-3 пункта. Наиболее явные улучшения наблюдались по таким показателям, как воспроизведение ранее заученных слов, внимание и счет. Зафиксировали ускорение темпа психической деятельности, повышение уровня умственной работоспособности.

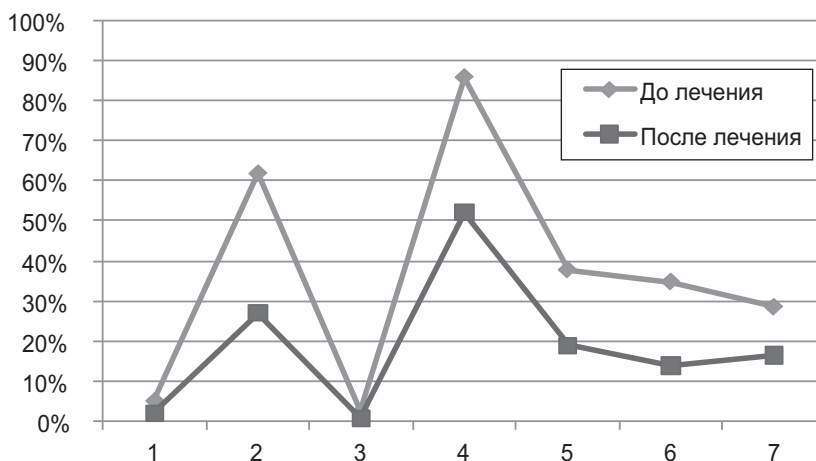


Рис. 1.

Динамика когнитивных функций у лиц пожилого и старческого возраста ($p < 0,05$): 1 — нарушение зрительного и пространственного гнозиса; 2 — нарушение динамического праксиса; 3 — нарушение зрительно-конструктивных навыков; 4 — истощаемость психической деятельности; 5 — нарушение кратковременной памяти; 6 — нарушение долговременной памяти; 7 — нарушение концентрации внимания

Выводы

Таким образом, проблема диагностики и лечения когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста выходит на одну из лидирующих позиций.

Диагностика и лечение когнитивных нарушений в пожилом и старческом возрасте уменьшает риск и скорость развития деменции, улучшает качество жизни пациентов и их родственников.

Анализ полученных результатов показал, что предложенная схема диагностики и терапевтической тактики при когнитивных нарушениях является оптимальной и может быть рекомендована для индивидуальных программ реабилитации данного вида патологии. Кроме того, данный подход позволяет направленно влиять на аффективную и поведенческую симптоматику у больных, способствуя их медико-социальной реабилитации.

Литература

1. Захаров В.В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») / В.В. Захаров // Неврол. Журн. — 2006. — № 11. — С. 27-32.
2. Міщенко Т.С. Клінічні шкали і психодіагностичні тести у діагностиці судинних захворювань головного мозку. Методичні рекомендації: Наукове видання / Т.С. Міщенко, Л.Ф. Шестопалова, М.А. Тріщинська. — Харків, 2008. — 36 с.
3. Міщенко Т.С. Достижения в области сосудистых заболеваний головного мозга за последние 2 года / Т.С. Мищенко // Здоров'я України. — 2010. — № 5. — С. 12-13.
4. Пирожков С.И. Тенденции старения населения России и Украины: демографические аспекты / С.И. Пирожков, Г.Л. Сафарова // Успехи геронтол. — 2000. — № 4. — С. 14-21.
5. Яхно Н.Н. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров // Русский медицинский журнал. — 2002. — Т. 10. — С. 539-542.
6. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике / Н.Н. Яхно // Неврол. журн. — 2005. — № 11(1). — С. 4-12.

УДК 616.895; 615.851

Метод ресурсного дыхания и пневмокатарсиса в психотерапии



Белов О. Б.

Белов О. Б.

Кафедра психиатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика МОЗ Украины

Резюме. Статья посвящена описанию психотерапевтического метода, основанного на применении целенаправленной работы с дыханием. Приведены характеристики основных модификаций или типов дыхания, используемых в психотерапевтических сеансах. Метод ресурсного дыхания и пневмокатарсиса, разработанный на кафедре психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика открывает новые возможности в поиске эффективных терапевтических стратегий в лечении широкого круга психических и поведенческих расстройств.

Ключевые слова: ресурсное дыхание и пневмокатарсис, система способов интеграции личности, модификации и типы дыхания, эффективные терапевтические стратегии.

The method of breathing and resource pneumokatarsisa in psychotherapy

Belov O. B.

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupik

Resume. The article describes the psychotherapeutic method based on the use of dedicated work with the breath. The characteristics of the main types of modifications or breath used in therapy sessions. The method of breathing and pneumokatarsisa resource developed at the Department of Psychiatry NMAPE them P.L. Shupik opens new possibilities in the search for effective therapeutic strategies in the treatment of a wide range of mental and behavioral disorders.

Key words: resource breath pneumokatarsis, system integration methods of personality, modifications and types of breathing, effective therapeutic strategies.

Изучение эффективности применения **дыхательных психотехнологий**, определение их роли и места в системе психотерапевтических воздействий является актуальным и перспективным направлением в поиске и формировании эффективных терапевтических стратегий в лечении психических и поведенческих расстройств.

В рамках разрабатываемого на кафедре психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика **интегративного психотерапевтического подхода** [1, 3, 4] в течение последних 15 лет ведется научная и практическая клиническая работа по апробации и внедрению в клиническую практику дыхательных психотерапевтических технологий.

Метод ресурсного дыхания и пневмокатарсиса — это синтез дыхательных технологий, позволяющий получить доступ к вытесненным областям психики, способствующий актуализации глубинных внутриличностных конфликтов и психотравмирующих переживаний и открывающий возможность более полного переживания этих состояний через принятие, осознание и интеграцию. В основе метода лежит интеграция техник холотропной терапии, ребефинга, вайвейшена, свободного дыхания и других приемов работы с дыханием, с одной стороны, методик АРТ-терапии, телесно-фокусированной работы с переживаниями,

психосинтеза, гештальт-подхода и приемов когнитивной и психодинамической психотерапии с другой стороны. Взяв за основу технологию холотропной дыхательной работы необходимо было адаптировать это направление в психотерапии на клиническом уровне. Это в свою очередь привело к пересмотру некоторых вопросов методологии и технологии приемов работы с дыханием в контексте лечения больных с нервно-психическими расстройствами. Как известно разнообразные дыхательные технологии, и холотропное дыхание в частности, применяются преимущественно в контексте личностного роста и на контингенте здоровых людей. Терапевтические эффекты данных методик имеют лишь декларативный характер. Результаты поисков в научной литературе показали отсутствие исследований эффективности холотропного дыхания в клинической практике.

Сотрудниками кафедры психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика под руководством профессора Кузнецова В.Н., начиная с 1995 года, продолжается поиск и осуществляется разработка эффективных стратегий в терапии и реабилитации психических больных, в том числе тех, в основе которых лежит использование техник работы с дыханием, и исследование эффективности холотропного дыхания в частности. Защищены две диссертационные

работы по этой тематике, результаты исследований опубликованы в научных журналах, представлены на конференциях, внедрены в клиническую практику [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Так сформировался метод, основанный на принципе эмоционально-стрессового (саногенного) воздействия приемов работы с дыханием на организм и личность больного и осуществляющий многоуровневую (биологическую, психологическую, социальную и духовную) интеграцию личности больного.

Метод ресурсного дыхания и пневмокарсиса включает в себя **систему способов интеграции личности**, основанную на:

- 1 техниках регулируемого осознанного дыхания;
- 2 приемах холистического отреагирования;
- 3 музыкальном сопровождении;
- 4 работе с переживаниями посредством технологий АРТ-терапии;
- 5 приемах телесно-фокусированной работы с переживаниями;
- 6 системе эмоционально-насыщенного и эмпатического диалога;
- 7 кататимном переживании образов и смыслов;
- 8 когнитивной переработке и психодинамическом переосмыслении текущего опыта переживаний.

Приоритетность в выборе техник работы с дыханием в качестве базового элемента психотерапевтического процесса была не случайной, и обусловлена определенными факторами.

Во-первых: как известно, у больных с паническим и тревожным расстройством в клинической картине заболевания выделяется так называемый гипервентиляционный синдром.

Во-вторых: жалобы больных на чувство непродуктивности дыхания, ощущения «кома» в горле, затруднения вдоха или чувство неполноценности выдоха достаточно часто встречаются в клинической картине почти всех форм невроза. Как известно, психологические сопротивления и защиты, составляющие суть невроза, используют механизмы ограничения дыхания.

В третьих: дыхание чрезвычайно чувствительно к влиянию психики человека и напрямую связана с характером его эмоционального состояния.

В четвертых: дыхание достаточно легко подвластно воле человека, то есть может быть управляемым и изменяемым.

В пятых: глубокие изменения в сознании могут быть вызваны изменением частоты и глубины дыхания.

Учитывая всю сложность и многоуровневость связей дыхания с сознанием и психикой

в целом, нами были разработаны различные модификации дыхательных психотехнологий, используемые на различных этапах психотерапевтического процесса.

Так в ходе психотерапии используются различные модификации или типы дыхания:

1-й тип — медленное, чуть более глубокое, с активным вдохом и пассивным удлинненным выдохом;

2-й тип — частое и более глубокое дыхание, с активным вдохом и активным выдохом;

3-й тип — частое и неглубокое дыхание, с акцентом на активный выдох;

4-й тип — спонтанное дыхание с нефиксированной глубиной и частотой дыхания;

5-й тип — медленное неглубокое дыхание.

При этом базовым элементом дыхательной сессии является регулируемое, циркулярное, осознанное дыхание. Это значит, что дыхание в сеансе устанавливается:

- связным, то есть без пауз и задержек,
- ритмичным,
- синхронным и соответствующим внутренним ритмам переживаний,
- осознанным и подверженным волевой регуляции со стороны самого пациента глубины и частоты дыхания.

1-й тип дыхания обеспечивает «вход в процесс». Достигаемое при этом релаксационное состояние позволяет мягко войти в процесс активного дыхания. Использование не директивного вербального сопровождения и легкой суггестии в сочетании с осознанным, регулируемым и связным 1-ым типом дыхания, является по сути техникой пассивного варианта нервно-мышечной релаксации по Э. Джекобсону. Однако использование связного регулируемого и чуть более глубокого дыхания, а также специально подобранного пассивно побуждающего, несколько монотонно-ритмичного музыкального звучания, создает и поддерживает контекст осознанности, управляемости и прогнозируемости процесса для самого пациента, что значительно снижает уровень его тревоги и повышает способность к саморегуляции и контролю, с одной стороны, а с другой — формирует пространство необычного состояния сознания, благодаря которому возможно глубинное и безопасное погружение пациента в свою интрапсихическую реальность. Так благодаря такому сочетанию различных, но взаимодополняющих приемов и техник работы с сознанием (вербальное сопровождение и суггестия, приемы работы с дыханием, активное воображение и музыкальное воздействие), уже на этом этапе дыхательной сессии отмечается усиление спонтанной активности психики в виде оживления эмоциональных переживаний

(плач, смех) и моторики, смыслоформирующих образов и индивидуальных воспоминаний.

2-ой тип дыхания знаменует начало активной фазы процесса. Искусственно вызываемая гипервентиляция при этом типе дыхания вызывает вхождение в состояние измененного сознания (ИСС) или так называемого расширенного состояния сознания (РСС) [9]. Волевые усилия пациента по поддержанию глубоко частого дыхания, при поддержке и ощущимом сопровождении пациента терапевтом, побуждающая активизирующая музыка создают особое психодинамическое пространство переживаний. Однако, переход от 1-ого ко 2-ому типу дыхания, или «вхождение» в активную фазу процесса осуществляется постепенно.

На первых трех — пяти сеансах обычно доминируют разнообразные физические (телесные и вегетативные) проявления: парестезии, тремор конечностей и всего тела, болевые ощущения. Не являясь простыми физиологическими ощущениями на гипервентиляцию, они представляют собой сложные психодинамические комплексы, а значит, имеют, как правило, специфическое психологическое содержание, характерное для данного человека. С.Гроф определяет эти феномены как системы конденсированного опыта (СКО). СКО — это динамическое сочетание воспоминаний (с сопутствующим им фантазиям) из различных периодов жизни человека, которые объединяются сильным эмоциональным зарядом сходного качества, интенсивными физическими ощущениями определенного рода или общими важными элементами. СКО являются, по его мнению, общими организующими принципами, действующими на всех уровнях психики [10].

Описание всего разнообразия феноменов и эффектов, возникающих на углубленном и частом дыхании является задачей для дальнейших клинических исследований, методологических и феноменологических обобщений. Так в свое время на основе результатов проведенных нами исследований на контингенте больных с затяжными невротическими расстройствами, мы обнаружили связь этих психодинамических структур в виде разнообразных, проявляемых в сеансах телесных и эмоциональных феноменов с опытом «незавершенных физиологических процессов» (аборты и преждевременные роды), «травмой рождения» и «опытом физической боли» (оперативные вмешательства, физические травмы). Таким образом, по результатам представленного исследования, на основании данных клинико-анамнестического анализа и результатов лечения, мы сделали предположение, что в основе причин затяжного течения невротических расстройств, наряду с

биологическими («почва», реактивность) и психологическими (внутриличностный конфликт) могут лежать такие патогенные факторы как «незавершенные физиологические процессы», «травма рождения», «опыт физической боли», а разработанная нами лечебная стратегия интегральной терапии, основанная на техниках осознанного, регулируемого дыхания с динамической активизацией переживаний, направленных на активизацию и повторное переживание травматического опыта с целью его завершения и «стирания» эмоционального заряда, с последующей реконструкцией индивидуального опыта и интеграцией личности больного, могут быть эффективными в лечении этих расстройств [7, 11].

3-й тип дыхания используется в сеансе выборочно, «встраивается» в процесс избирательно, в зависимости от характера переживаний. Эмпирические наблюдения показывают, что этот тип дыхания помогает человеку справиться с очень драматическими переживаниями, пережить их физический эквивалент (боль, спазмы и другие физические напряжения) более щадящим способом, с возможностью увеличения во времени скорости и динамики прохождения через них. Этот тип дыхания также может быть использован в случаях стереотипного повторения и застревания пациентом на определенном типе аффекта и его моторном эквиваленте. Такой вариант динамики переживаний часто мы наблюдали у личностей со склонностью давать реакции по истерическому, демонстративному типу.

4-й тип дыхания открывает новое измерение качества самого процесса.

Пациент сам выбирает для себя глубину, частоту и весь характер дыхания соотнося его со своим уровнем психического состояния. Он становится откликаем на актуализируемые в его сознании переживания и получает возможность проживать их наиболее полно, спонтанным и естественным образом. Такое состояние психического и физического резонанса является результатом включения механизмов саморегуляции, самовосстановления и самоисцеления. Как известно, под саморегуляцией мы понимаем такое состояние активности человека, когда путем психического самовоздействия происходит целенаправленная регуляция всесторонней деятельности организма, его процессов, реакций и состояний (Гримак Л.П., 1983); когда путем изменения представленного в сознании психического образа жизненной ситуации изменяется психическое состояние человека для обеспечения возможности реализации жизни, удовлетворения актуальных потребностей (Тимофеев В.И., 1995) [12].

Такое «освобождение дыхания» (breathe release) [13] знаменует вхождение в особую зону психической реальности, когда психика спонтанно проявляет высокие адаптивные, креативные и терапевтические возможности. Отпуская дыхание оно становится автоматическим, спонтанным и свободным в том, чтобы наиболее полно и соразмерно соответствовать характеру проявляемых психических переживаний. Именно на этом типе дыхания происходит периферическая разрядка напряжений, ведущая к глубокой мышечной релаксации и катарсическая реакция психики, приводящая с одной стороны к состоянию глубокого эмоционального успокоения и расслабления, с другой стороны — к индивидуально значимому инсайту [14].

5-й тип дыхания знаменует завершения терапевтической дыхательной сессии. Этот тип дыхания соответствует состоянию спокойствия и пассивного бодрствования.

Процедура дыхательной сессии включает в себя три этапа: **(1) этап релаксации**, осуществляемый на 1-ом типе дыхания, **(2) этап активизации**, с использованием соответственно 2-ого, 3-его и 4-ого типов дыхания и **(3) этап**

интеграции с завершением процесса на 5-ом типе дыхания [1, 8, 15]

Стратегия психотерапевтических воздействий не ограничивается дыхательными сессиями, а включает планомерную, целенаправленную и ориентированную на индивидуальную психодинамику пациента когнитивную и психоаналитическую проработку. Сочетание приемов работы с дыханием с другими методами психотерапии позволило увеличить результативность последних и получить более высокий суммарный лечебный потенциал комплексного их использования.

Основными **показаниями** для применения **дыхательных психотехнологий** являются **невротические и связанные со стрессом психические расстройства**. Однако, за счет щадящей и гибкой стратегии использования дыхательных техник стало возможным расширить показания для их клинического применения, а сочетание их с другими методами и формами психотерапевтических воздействий создает основу для формирования эффективных терапевтических стратегий в лечении широкого круга психических и поведенческих расстройств.

Литература

1. Чучук О.Б. (Белов О.Б.) Интегративний підхід у терапії депресивних невротичних розладів: Автореф. дис...канд. мед. наук: 14.01.16. — Київ, 1999. — 19 с.
2. Полієнко Ю.М. Респіраторно-орієнтована психотерапія в лікуванні невротичних фобій: Автореф. дис...канд. мед. наук: 14.01.16. — Київ, 2001. — 20 с.
3. Коротоножкін В.Г. Интегральный подход к лечению психических расстройств / Психичне здоров'я. — 2004. — вип.2(3). — С. 52 — 54.
4. Коротоножкін В.Г., Шапкарін, Полієнко Ю.М., Чучук О.Б. (Белов О.Б.) Досвід застосування інтегральної психотерапії тривалих неврозів // Український вісник психоневрології. — 1996. — Т.4, вип. 5(12). — С. 325–327.
5. Позитивне рішення про видачу патенту на винахід по заявці № 97105309; МПК 6 А 61 М 21/00 Спосіб лікування психогенних депресій / Чучук О.Б. (Белов О.Б.), Кузнецов В.М., Коротоножкін В.Г., Полієнко Ю.М. (Україна); Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. — від 26.05.99. — 7 с.
6. Патент на винахід 25636 А Україна, А61 В5/00; А61 В5/16. Спосіб лікування неврозів / Полієнко Ю.М., Коротоножкін В.Г., Шапкарін В.М., Чучук О.Б. (Белов О.Б.) (UA); Заявл. 31.10.97; Опубл.25.12.98, Бюл. — №6. — 3 с.
7. Кузнецов В.Н., Коротоножкін В.Г., Олейник А.В., Насинник О.А., Уралова Л.Т., Чучук О. Б. (Белов О.Б.), Полиенко Ю.Н., Зильберблат Г.М., Стороженко В.П. Совершенствование психотерапевтических подходов в комплексной терапии затяжных неврозоз // Таврический журнал психиатрии. — 2002. — Т. 5, № 2 (17).
8. Чучук О.Б. (Белов О.Б.). Некоторые практические аспекты применения холотропного дыхания в терапии неврозоз // Медицинские вести. — 1998. — С. 23–25.
9. Козлов В.В. Интенсивные интегративные психотехнологии. Теория, практика, эксперимент. М., 1998 — 427 с.
10. Гроф С. Путешествие в поисках себя. Измерение сознания. Новые перспективы в психотерапии и исследовании внутреннего мира. М.: Институт Трансперсональной Психологии, 2001.
11. Чучук О.Б. (Белов О.Б.). Роль «незавершених фізіологічних процесів», «травм народження» і «досвід фізичного болю» у формуванні та розвитку тривалих невротичних розладів (за даними клініко-катамнестичного аналізу та результатів лікування) // Практична медицина. — 1999. — №3-4. — С. 37-41.
12. Психотерапія: учебное пособие / под. ред. В.К Шамрея, В.И. Курпатов. — СПб.: СпецЛит, 2012. — 496 с.
13. Гинзбург Т. Дыхательные психотехники. Методология интеграции. М.: «Психотерапия», 2010. — 138 с.
14. Любан-Плоцца Б., Побережная Г.И., Белов О. Б. Музыка и психика. — Киев: Издательский дом «АДЕФ — Украина». — 2002. — 192 с.
15. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. Психотерапия: первичная специализация — теория и практика: учебное пособие. — К.: Науковий світ, 2010. — 316 с.

УДК 616-089-008.45/.47: 656.13-051

Нарушения когнитивных функций у водителей автомобильного транспорта



Гаража М.В.



Панченко О.А.

Гаража М.В., Панченко О.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

Резюме. В работе проанализированы нарушения когнитивных функций у водителей автомобильного транспорта. Приводятся результаты разработки и апробации диагностического комплекса для оценки когнитивных процессов водителей — восприятия, внимания, памяти, мышления

Ключевые слова: водители автомобильного транспорта, когнитивные функции, психодиагностика.

Cognitive dysfunctions of automobile transport drivers

Panchenko O.A., Garazha M.V.

Donetsk National Medical University by M.Gorky

State Institution «Theoretical and Practical Medical Rehabilitation and Diagnostic Center Ministry of Health of Ukraine»

Resume. Cognitive dysfunctions of automobile transport drivers have been analyzed in the work. The results of diagnostic complex development and approbation for cognitive process evaluation of the drivers — perception, attention, memory, and thinking have been given.

Key words: automobile transport drivers, cognitive functions, psychodiagnostics.

Дорожно-транспортные происшествия в настоящее время продолжают занимать одно из первых мест среди причин травматизма. Кроме того, участники, свидетели ДТП, члены их семей и близкие подвергаются повышенному риску возникновения посттравматических и других психических расстройств. Дорожно-транспортные происшествия наносят весьма значительные экономические убытки гражданам и государству, а сообщения об опасном управлении автотранспортным средством, приведшем к летальным исходам, инвалидизации, травматизации пострадавших, в свою очередь, провоцируют рост психологического напряжения в обществе, а также снижение качества жизни многочисленной группы населения.

Сегодня широко обговаривается проблема профессионального психофизиологического отбора водителей и кандидатов в водители, пригодных для выполнения определенных

видов деятельности, с применением комплексных методологических подходов, которые включают изучение индивидуальных свойств нервной системы, индивидуально-типологических особенностей, психических процессов, физиологических реакций, характеризующих степень напряжения организма и «цену» деятельности [4, 9].

Ряд авторов указывают на необходимость проведения обязательного психофизиологического отбора водителей с целью прогнозирования успешности их деятельности [7]. Кроме того, в научной литературе встречаются работы, посвященные проблемам профессионального психофизиологического отбора водителей разных видов транспорта: специального автотранспорта органов внутренних дел (Зыбковец Л.Я., 1984; Богданова Т.С., 1995; Вежновец Т.А., 2007), скорой медицинской помощи (Шендерова И.С., 1988), маршрутных

автобусов (Панченко О.А., 2010; Жирков Р.А., 2005) и пр. [1, 2, 7].

Водительский труд не может быть совершенно одинаковым при работе на автомобилях различных типов, грузоподъемности и различного назначения, что сказывается на условиях деятельности и затрачиваемых водителем психофизиологических ресурсах (Пономаренко А.Н., 2012). Однако общими для всех водителей автотранспорта специфическими чертами являются: выполнение профессиональных функций на автомобиле; связь профессиональной деятельности с источником повышенной опасности; необходимость специальной профессиональной подготовки, удостоверенной документом, дающим право на управление определенной категорией транспортных средств.

В современных условиях водитель автомобиля должен обладать способностью быстро воспринимать и перерабатывать большой объем информации, своевременно принимать правильные решения, точно манипулировать органами управления, умело и решительно действовать в критических ситуациях. Кроме того, водитель осуществляет контроль за результатами своих управляющих действий с учетом характера этого действия и ожидаемого эффекта. Информацию о результатах управляющего воздействия водитель получает по каналам обратной связи при восприятии дорожно-транспортной обстановки и показателей о режиме движения автомобиля, после чего вновь возникает необходимость в переработке информации, принятии нового решения и реализации его с учетом полученной информации и изменившейся дорожной ситуации. Таким образом, процесс управления автомобилем связан с решением задач, требующих высокого уровня развития психофизиологических качеств человека. Наиболее ярко психофизиологические особенности водителя проявляются в условиях дефицита времени [8], высокой интенсивности движения автомобилей, больших скоростей, при управлении автомобилем в темное время суток, в сложной дорожной обстановке и т.п.

Водители с нарушениями когнитивных функций в условиях высокого эмоционального напряжения не всегда могут быстро принять правильное решение и выполнить необходимые действия по управлению автомобилем. Поэтому при профессиональном отборе водителей и прогнозировании надежности их профессиональной деятельности целесообразно, в первую очередь, оценивать свойства когнитивных процессов восприятия, внимания, памяти, мышления [6].

При управлении автомобилем водитель воспринимает большое количество зрительных, звуковых и других раздражителей. Восприятие обусловлено необходимостью переключать внимание от одного объекта к другому в зависимости от их важности в дорожной обстановке. В основе водительского расчета лежит восприятие пространства и времени. Важным качеством водителя является точное восприятие времени, особенно микроинтервалов времени. Неточная оценка временного интервала приводит к ошибочным действиям. Нарушение восприятия может проявляться в виде иллюзий. Чем выше скорость автомобиля, тем больше искажается соотношение пропорций окружающих предметов. Важным свойством восприятия также является полнезависимость, т.е. умение быстро и точно выделять деталь из целостной пространственной ситуации.

Распределение и переключение внимания являются особо важными качествами для водителя. Первое определяет способность человека выполнять одновременно два или несколько действий и распределять внимание между несколькими объектами; второе заключается в способности быстро менять объекты, на которые оно направлено, или переходить от одного вида деятельности к другому, т.е. волевым усилием сознательно перестраивать направленность внимания. Внимание водителя привлекают три группы факторов: непосредственно относящиеся к дороге — элементы дороги и придорожной обстановки; другие участники дорожного движения — транспортные средства, пешеходы; не связанные непосредственно с движением — бросающиеся в глаза здания и сооружения, элементы ландшафта, рекламы на билбордах и пр. [3]. Поэтому водитель в любой ситуации должен быстро выделять главное и уметь максимально использовать необходимые качества внимания при выполнении различных маневров.

Долговременная память используется водителем при запоминании маршрутов движения автомобиля, при изучении и воспроизведении правил дорожного движения и т.п. Нарушения данного вида памяти препятствуют приобретению и сохранению профессионального опыта. Кратковременная память служит для запоминания ограниченного объема информации в течение непродолжительного времени. Кратковременная и оперативная память всегда связаны с деятельностью, протекающей в быстром темпе и в условиях жестко ограниченного времени.

Важным качеством водителя автомобиля является способность прогнозировать, предвидеть изменение дорожной обстановки, в чем

задействуются все перечисленные выше психические процессы. Однако прогнозирование и принятие решения обусловлено процессами мышления. Ригидность мыслительных процессов, т.е. их низкая подвижность, обуславливает затруднения в изменении намеченной субъектом программы деятельности в условиях, требующих ее перестройки. Другими словами, водитель испытывает трудности при переходе от решения одной задачи к другой, переключении с одного способа решения на другой.

Уровень развития рассмотренных выше когнитивных функций в значительной степени определяет профессиональные возможности водителя. Не менее важными являются свойства нервных процессов, скорость реакции, эмоциональная устойчивость водителя, а также его личностные качества. Успешность и надежность профессиональной деятельности водителя в значительной степени определяется интегральным выражением его когнитивных и личностных качеств в усложненных условиях деятельности, когда к ним предъявляются особенно высокие требования. Поэтому изучение данных особенностей имеет важное значение для оценки профессиональной пригодности водителя, прогнозирования его психофизиологической надежности и повышения безопасности движения.

Цель исследования — разработка и апробация диагностического комплекса для оценки нарушений когнитивных функций у водителей автомобильного транспорта.

Материалы и методы исследования

Исследования проводились на базе ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины».

Выборку составили 47 мужчин, профессиональная деятельность которых заключается в управлении транспортным средством:

Таблица 1.

Показатели когнитивных функций в исследуемой группе водителей ($\bar{X} \pm m$ (ДИ: 25%; 75%)), $p < 0,05$

Показатели	Значения в группе, n=47
Полезависимость/полнезависимость восприятия, кол-во правильных ответов	2,6 ± 0,1 (2,3; 2,9)
Среднее время выполнения таблиц Шульте, сек	41,8 ± 2,1 (37,0; 46,4)
Время переключения внимания, сек	212,0 ± 8,9 (194,3; 230,4)
Переключение внимания, ошибки	1,6 ± 0,2 (1,2; 2,1)
Кратковременная память, кол-во слов	9,0 ± 0,4 (8,0; 10,0)
Долговременная память, кол-во слов	7,0 ± 0,3 (6,0; 8,0)
Оперативная память, кол-во правильных ответов	4,7 ± 0,5 (3,8; 5,7)
Подвижность мыслительных процессов, мин	6,6 ± 0,2 (4,2; 9,7)

Примечания: 1. \bar{X} — среднее арифметическое. 2. m — ошибка среднего. 3. ДИ: 25%; 75% — доверительный интервал.

22 водителя пассажирского автомобильного транспорта — маршрутных автобусов (ГП «Донецкаавтотранссервис», г. Волноваха Донецкой обл.) и 25 водителей личного состава Министерства чрезвычайных ситуаций Украины (ПГПЧ №41 и №40 Константиновского ГУ ГО МЧС Украины в Донецкой обл.). Средний возраст обследуемых составил 38,8±8,4 года, средний стаж вождения — 18,9±8 лет.

Для оценки когнитивных процессов водителей применялись следующие психодиагностические методики: методика исследования индивидуальных особенностей восприятия (полезависимости- полнезависимости) Т.П. Зинченко (с применением фигур Готтшальдта), таблицы Горбова-Шульте, красно-черная таблица Шульте, методика оценки кратковременной и долговременной памяти «Запоминание 10 слов» С.Я. Рубинштейн, методика диагностики оперативной памяти «Шкалы» Б.Л. Покровского, методика диагностики лабильности-ригидности мыслительных процессов «Словесный лабиринт» А. Лачинса. Обработка данных осуществлялась с помощью лицензированного пакета «Med-Stat» [5].

Результаты исследования и их обсуждение

Выводы об уровне развития когнитивного компонента профессиональной пригодности водителей делались на основании комплексного анализа результатов психодиагностики. Полученные данные по средним показателям восприятия, внимания, памяти в исследуемой группе соответствуют нормативным показателям. Уровень развития оперативной памяти — средний, подвижность мыслительных процессов несколько снижена (табл. 1).

В результате психодиагностики установлены нарушения психофизиологических показателей водителей или их несоответствие требованиям профессии (рис. 1). Полезависимость выявлена у 21 чел. (44,7%), что свидетельствует

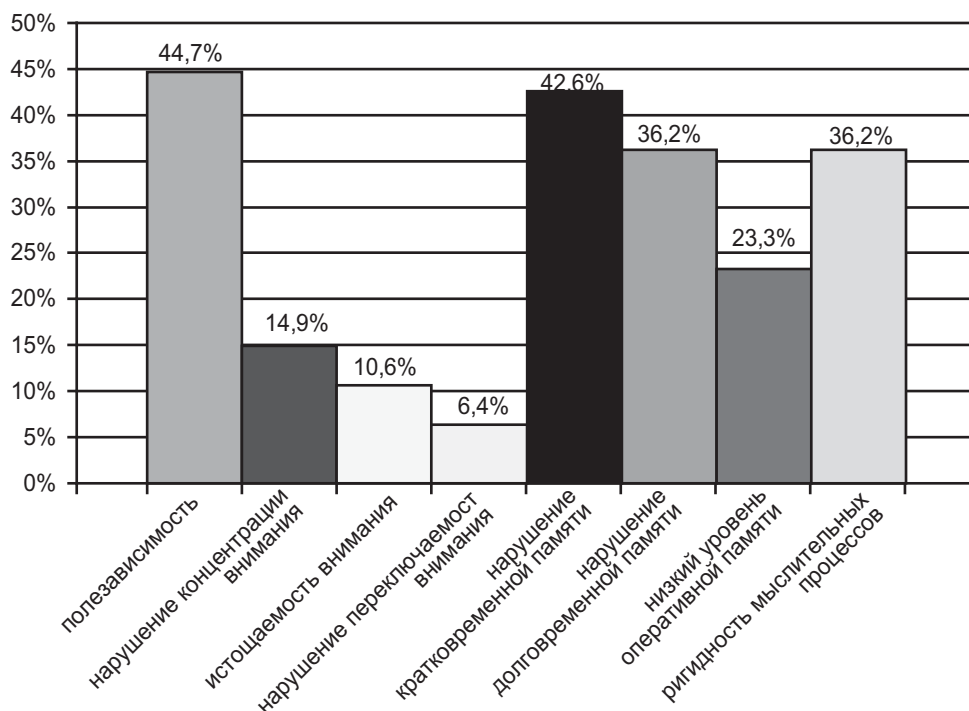


Рис. 1.

Нарушения когнитивных показателей у обследуемых водителей (n=47)

об их подверженности иллюзиям восприятия. Лица с полнезависимостью испытывают сложности в преодолении контекста ситуации, отделении стимула от его фона, игнорируют менее заметные черты анализируемого объекта, ориентируясь на его внешние признаки. Косвенно полнезависимость связана с трудностями в смене установки, что оказывает негативное влияние на процесс и результат принятия решения.

Нарушение концентрации внимания установлено у 7 чел. (14,9%), т.е. данные водители испытывают трудности в сосредоточении на объекте деятельности; нарушение устойчивости внимания выявлено у 5 чел. (10,6%), что свидетельствует об его истощаемости, низкой продуктивности труда в условиях сильных посторонних раздражителей; 3 чел. (6,4%) характеризуются низким уровнем переключения внимания, т.е. трудностями в сознательном переосмыслении внимания с одного объекта на другой.

Нарушение кратковременной памяти имеют 20 чел. (42,6%), долговременной памяти — 17 чел. (36,2%), низкий уровень оперативной памяти — 11 чел. (23,3%), что препятствует сохранению актуальных на момент деятельности сведений, приобретению и сохранению профессионального опыта, воспроизведению информации в условиях жестко ограниченного времени.

У 17 чел. (36,2%) установлена ригидность мыслительных процессов — мыслительные процессы отличаются низкой подвижностью при переходе от решения одной задачи к

другой, переключении с одного способа решения на другой.

В результате статистического анализа установлены прямые корреляционные связи на уровне значимости $p < 0,05$ между следующими показателями когнитивных функций: полнезависимость восприятия и уровень переключения внимания ($r = 0,376$), полнезависимость и оперативная память ($r = 0,458$), полнезависимость и лабильность мыслительных процессов ($r = 0,485$). Переключение внимания находится в прямой взаимозависимости с кратковременной ($r = 0,312$) и оперативной памятью ($r = 0,358$), а также лабильностью мыслительных процессов ($r = 0,363$). Кратковременная и долговременная память имеют прямую взаимозависимость ($r = 0,362$). Среднее время выполнения таблиц Шульте, свидетельствующее о концентрации внимания, отрицательно коррелирует с устойчивостью и переключением внимания ($r = -0,373$ и $r = -0,303$). Таким образом, в данной выборке испытуемых нарушения определенных когнитивных функций у водителей могут сопровождаться нарушениями соответствующих показателей восприятия, памяти, внимания, мышления, что подтверждается статистическими расчетами.

По результатам исследования водители распределялись в двух группах: лица с нарушениями когнитивных функций (13 чел. — 27,6%), составляющие группу риска, и лица с без нарушений когнитивных функций (34 чел. — 72,4%). Лица с нарушениями анализируемых

показателей составляют группу риска и более склонны к ошибочным действиям, особенно в критических, аварийных ситуациях. Однако стоит отметить, что показатели когнитивной сферы значительного числа обследованных водителей (72,4%) соответствуют нормативным и способствуют надежному выполнению профессиональной деятельности. Данный факт позволяет прогнозировать успешность этой группы обследуемых в выполнении профессиональных функций.

Выводы.

Нарушения когнитивных функций у водителей автомобильного транспорта снижают надежность и успешность их профессиональной деятельности, способствуют возникновению ошибочных действий, аварийных ситуаций на дороге. Своевременное выявление данных нарушений является профилактикой психотравм у участников и свидетелей ДТП, членов их семей.

Применение диагностического комплекса методик для выявления нарушений когнитивных функций у водителей позволяет выявить

индивидуальные особенности, негативно влияющие на управление автотранспортным средством, дать рекомендации по развитию сниженных показателей или смене вида деятельности.

Результаты, полученные в ходе исследования, дают возможность выявить персонал группы риска. Так, установлено, что среди обследуемых в группу риска попали 13 водителей (28%). Этим лицам были даны соответствующие рекомендации.

Когнитивные функции, их сохранность или нарушения, наряду с соматическим состоянием, являются одним из главных составляющих психофизиологической надежности водителя. Решение проблемы неудовлетворительного психофизиологического состояния водителей будет способствовать повышению надежности и безаварийности профессиональной деятельности водителей, предотвращению аварийных ситуаций на дорогах, уменьшению экономических потерь, предупреждению посттравматических психических расстройств у участников, свидетелей ДТП и членов их семей.

Литература:

1. Вежновець Т.А. Особливості психофізіологічного статусу водіїв спеціального автотранспорту, критерії професійної придатності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.01 «Гігієна» / Т.А. Вежновець. — Київ, 2007. — 20 с.
2. Жирков Р.А. Разработка и обоснование метода профессионального отбора водителей городского пассажирского транспорта : автореф. дис. на соискание научн. степени канд. техн. наук : спец. 05.22.10 «Эксплуатация автомобильного транспорта» / Р.А. Жирков. — Волгоград, 2005. — 22 с.
3. Курганов В. М. Психологические качества и надежность водителя / В.М. Курганов // Вопросы психологии. — 2004. — № 6. — С. 118-127.
4. Окуневский А.И. О необходимости психофизиологического исследования водителей с целью профилактики дорожно-транспортного травматизма / А.И. Окуневский, В.И. Радужкевич // Журнал теоретической и практической медицины. — 2007. — Т. 5, № 4. — С. 396-397.
5. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом Med Stat / Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н., Панченко О.А. — Д.: Папакица Е.К., 2006. — 214 с.
6. Панченко Л.В. Питання професійної адаптації технічного персоналу на хімічному виробництві / Л.В. Панченко, І.Ю. Басараб // Всеукраїнський психологічний конгрес, присвячений 110 річниці від дня народження Г.С. Костюка: матеріали. Київ, 19-20 квітня 2010р. — К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агенство», 2010. — Т. 3. — С. 313-317.
7. Панченко О.А. Психологія надійності професійної діяльності водіїв пасажирського автомобільного транспорту / О.А. Панченко, М.В. Гаража // Реабілітація і абілітація людини. Клінічна і інформаційна проблематика: сб. науч. работ / Под общ. ред. О.А. Панченко. — К.: КВИЦ, 2012. — С. 159-168.
8. Плохих В.В. Психологія вимірної регуляції діяльності людини / В.В. Плохих. — Донецьк: ЛАНДОН-XXI, 2011. — С. 338-375.
9. Psychophysiological measures of driver distraction and workload while intoxicated / Rakauskas M.E., Ward N.J., Bernat E.M. at all. // Poster to be presented at the 3rd International Symposium on Human Factors in Driver Assessment, Training, and Vehicle Design. USA, Iowa City, June 27-30, 2005. — P. 93-97.

УДК: 616.89-003.96:616.89-008.444.9]-055.1/.3:351.74-051

Личностно-ориентированный гендерный анализ взаимосвязи феномена враждебности и основных процессов психологической защиты у сотрудников органов внутренних дел с нарушениями психической адаптации



Омельянович В.Ю.

Омельянович В.Ю.

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье изложены результаты комплексного исследования взаимодействия между функционированием механизмов психологической защиты, копинг-поведения, эмоционального выгорания и феноменом враждебности у сотрудников органов внутренних дел и курсантов ВУЗов МВД в состоянии парциальной психической дезадаптации, страдающих психосоматическими заболеваниями и у практически здоровых. Изучены личностные и гендерные особенности феномена враждебности, сформулированы рекомендации о внедрении полученных результатов в систему ведомственной психопрофилактики.

Ключевые слова: психическая дезадаптация, психосоматические заболевания, симптоматический дистресс, враждебность, синдром эмоционального выгорания, механизмы психологической защиты, копинг-поведение, акцентуированные личности, сотрудники органов внутренних дел.

Personality-based gender analysis of relationship between hostility phenomenon and core processes of psychological defense among internal affairs body employees with psychic adaptation abnormalities

Omelyanovich V.Yu.

Donetsk National Medical University by M. Gorky

Resume. The work presents results of integrated study as to the interaction between psychological defense mechanisms, coping-behaviour, emotional burnout and hostility phenomenon among internal affairs body employees in condition of partial psychic disadaptation, those suffering from psychosomatic disorders as well as among apparently healthy people. Personality and gender peculiarities of hostility phenomenon have been considered, recommendations as to the promotion of the obtained results into departmental psychoprophylaxis system have been enunciated.

Key words: psychic disadaptation, psychosomatic disorders, symptomatic distress, hostility, emotional burnout syndrome, psychological defense mechanisms, coping-behaviour, accentuated personalities, internal affairs body employees.

Современное понимание этиологии и патогенеза нарушений психической адаптации на основе системной биопсихосоциальной модели [1-3] предполагает широкое использование методов психологической диагностики скрытых эмоциональных нарушений, доминирующих социально-фрустрирующих факторов и межличностных конфликтов, индивидуальных механизмов динамики переработки стресса и психологической защиты, которые в специальной литературе зачастую обозначаются понятием «индекс жизненного стиля» [4, 5]. Концептуально обоснованное единство когнитивного, эмоционального и поведенческого компонента любого отношения, как подчеркивал В.Н.Мясищев [6], несомненно, справедливо

по отношению к болезни, стрессовым состояниям, и т.п.

Проведение психопрофилактических мероприятий в системе органов внутренних дел всегда направлено не только на сохранение здоровья и продуктивного долголетия сотрудников, но и на повышение продуктивности работы путем снижения конфликтности в трудовых коллективах и предотвращения возникновения чрезвычайных происшествий с участием сотрудников ОВД. Достижение данной цели невозможно без всестороннего личностно-ориентированного исследования феномена враждебности, его взаимосвязей с функционированием иных механизмов психологической защиты, причем, как у практически здоровых

сотрудников, так и у тех, чьи адаптационные резервы оказались недостаточными.

Материал и методы исследования

Материалом данного исследования являются результаты обследования 1630 сотрудников органов и подразделений ГУМВД Украины в Донецкой области. Данный контингент был разбит на 3 исследовательские группы, каждая из которых состояла из 2 гендерных групп: 1 группа — лица, у которых было диагностировано состояние парциальной психической дезадаптации (ППД), состоящая из 125 мужчин-сотрудников ОВД (70,0% группы) и 54 женщин (30,0% группы); 2 группа — пациенты, страдающие психосоматическими заболеваниями (ПСЗ), состоящая из 213 сотрудников-мужчин (77,74%) и 61 женщины (22,26%); 3 — контрольная группа практически здоровых (ПЗ) представлена 1176 сотрудниками ОВД, из которых 962 (81,8%) принадлежали к мужскому гендеру, а 214 (18,2%) — к женскому.

Для определения типа и выраженности акцентуации личности и характера была использована Методика определений акцентуаций характера К. Леонгарда (ОАХ) [7]. Диагностика особенностей психологической защиты была изучена при помощи методики Индекс жизненного стиля (ИЖС), разработанной Р. Плутчик и соавт. [8], адаптированной в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [9]. Опросник ИЖС (авторский вариант — LSI) базируется на психозволюционной теории Роберта Плутчика и структурной теории личности Генри Келлермана.

Для исследования механизмов преодолевающего стресс поведения был использован тест Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (КП), разработанный С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.Ф. Джеймс, М.И. Паркер, адаптированный Т.А. Крюковой [10]. Для изучения динамических характеристик синдрома эмоционального выгорания была использована Методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В. Бойко) [11]. С целью исследования уровня и формы психологического феномена враждебности у сотрудников органов внутренних дел была использована шкала Кука-Медлей (ШКМ) [12].

Анализ полученных результатов проводился с использованием корреляционного анализа Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование взаимосвязей враждебности с активностью тех или иных вариантов копинг-поведения путем проведения корреляционного анализа Пирсона выявило достаточно

широкий спектр корреляций между данными психологическими феноменами у представителей мужского гендера сотрудников ОВД, при чем у практически здоровых и у лиц, страдающих ПСЗ эти корреляционные взаимосвязи имели положительный характер, а у представителей группы ППД — отрицательный. Так, выраженность цинизма была выше у тех мужчин-сотрудников в состоянии ППД, которые в меньшей степени использовали копинг, направленный на эмоции и на избегание ($r \geq -0,25$; $p \leq 0,024$), а выраженность враждебности отрицательно коррелировала с активностью копинга, направленного на решение задач, избегание и социальное отвлечение ($r \geq -0,29$; $p \leq 0,007$). У мужчин-сотрудников ОВД, страдающих ПСЗ, напротив, все проявления враждебности были в большей степени выражены у лиц, наиболее активно использующих копинг, направленный на избегание ($r \geq 0,211$; $p \leq 0,012$); цинизм в большей степени проявлялся у лиц, использующих копинг, направленный на решение задач, на эмоции и на социальное отвлечение ($r \geq 0,192$; $p \leq 0,023$); враждебность — у лиц, использующих преимущественно копинг, направленный на отвлечение, в т.ч. социальное ($r \geq 0,232$; $p \leq 0,007$), а агрессивность находилась в положительной корреляционной связи с копингом, направленным на решение задач и на эмоции ($r \geq 0,252$; $p \leq 0,003$).

У практически здоровых представителей мужского гендера сотрудников ОВД все проявления враждебности усиливались по мере более активного использования копинга, направленного на эмоции ($r \geq 0,169$; $p \leq 0,00002$), у лиц, в большей степени использующих копинг, направленный на решение задач или на избегание — в большей степени проявлялись цинизм и агрессивность ($r \geq 0,11$; $p \leq 0,023$), а у лиц, использующих копинг, направленный на отвлечение — враждебность ($r \geq 0,194$; $p \leq 1E-06$).

У женщин-сотрудниц ОВД в состоянии ППД, как и у мужчин, выраженность агрессивности находилась в отрицательной корреляционной связи с активностью использования механизмов копинг-поведения, хотя у представительниц этой гендерной группы значимые связи прослеживались только между уровнем цинизма и активностью использования копинга, направленного на избегание ($r = -0,4$; $p \leq 0,02$). У лиц, составивших группы ПСЗ и ПЗ, опять-таки как и у мужчин-сотрудников ОВД, корреляции носили положительный характер: пациентки, страдающие ПСЗ и использующие копинг, направленный на эмоции, отличались большей выраженностью цинизма и агрессивности ($r \geq 0,3$; $p \leq 0,05$); у практически здоровых значимые корреляционные связи наблюдались

між ними проявленнями ворожобности і копінгом, напруженим на ізабегаіне ($r \geq 0,17$; $p \leq 0,05$), а актївність копінга, напруженим на емоції була зв'язана воообще со всіма проявленнями ворожобности ($r \geq 0,19$; $p \leq 0,02$).

Таким образом, виявленні особенности указувають на отсутствіе заметных гендерных отличий во взаімосв'язях міжду функціонуваніем механізмів копінг-поведенія і психологіческим феноменом ворожобности, а так же на то, что достаточнo тесная зв'язь міжду выраженностью ворожобности і актївностью копінг-поведенія в процесі дистресса претерпеваєт достаточнo заметную трансформацию.

Так, еслі в случает соматизации психологіческого конфлікта актївация копінг-поведенія, прїводит к повышенію уровня ворожобности, то в случает, когда психологіческий дистресс прїводит к развїтїю состоянїя парціальной психической дезадаптаци, копінг-поведеніе, напружот, выступает в качестве фактора, подавляющего проявленія

ворожобности. Ведущую роль в данных процессах іграют копінг, напруженим на ізабегаіне і копінг, напруженим на емоції.

При ісследованіи взаімосв'язи феномена ворожобности і функціонуванія механізмів психологіческой заштиты с іспользованіем корреляціонного аналіза Пірсона (таб. 1) было установлено, что нї у представітелей мужского, нї женского гердера сотрудинок ОВД в состоянїи ППД значимых зв'язей нї одной из рассматриваемых характеристик ворожобности со степенью напруженности заштиты (СНЗ) нет. У мужчин-сотрудинок отмечались лїшь едїнїчные значимые корреляції міжду актївностью проекції с уровнем ворожобности і цїнизма ($r \geq 0,235$; $p \leq 0,032$), інтеллектуалїзации — с уровнем агрессївности ($r = 0,259$; $p = 0,018$) і реактївных образований — с уровнем цїнизма ($r = -0,23$; $p \leq 0,038$).

У мужчин-сотрудинок ОВД, страдающих ПСЗ, отмечались значимые положітельные корреляціонные зв'язи міжду выраженностью

Таблица 1.

Результаты корреляціонного аналіза показателїв методїк ШКМ і LSI

группа	шкала	A	B	C	D	E	F	G	H	СНЗ		
Мужской гендер	ППД	Ц	r	-0,12	0,113	0,078	0,007	0,235	0,139	0,199	-0,23	0,105
			p	0,294	0,308	0,484	0,949	0,032	0,21	0,072	0,038	0,346
		A	r	-0,07	0,128	-0,01	0,026	0,11	0,094	0,259	-0,12	0,098
			p	0,548	0,249	0,998	0,816	0,323	0,399	0,018	0,289	0,38
		B	r	-0,19	0,087	0,061	-0,01	0,259	0,104	-0,2	-0,16	0,003
			p	0,079	0,436	0,586	0,942	0,018	0,35	0,072	0,144	0,975
	ПСЗ	Ц	r	0,196	0,222	0,15	0,057	0,187	0,236	0,286	0,248	0,323
			p	0,021	0,008	0,077	0,504	0,027	0,005	6E-04	0,003	9E-05
		A	r	0,255	0,291	0,216	0,066	0,183	0,188	0,202	0,273	0,352
			p	0,002	5E-04	0,01	0,439	0,03	0,026	0,017	0,001	2E-05
		B	r	0,085	0,053	0,053	0,06	0,123	0,15	0,144	0,042	0,138
			p	0,321	0,531	0,535	0,479	0,149	0,077	0,09	0,626	0,103
ПЗ	Ц	r	0,068	0,196	0,16	0,134	0,23	0,126	0,146	0,19	0,231	
		p	0,089	0,017	6E-05	8E-04	7E-09	0,002	3E-04	0,025	5E-09	
	A	r	0,054	0,194	0,252	0,18	0,231	0,221	0,057	0,049	0,229	
		p	0,177	0,02	2E-10	6E-06	6E-09	3E-08	0,154	0,225	7E-09	
	B	r	-0,04	0,091	0,265	0,045	0,192	0,221	-0,01	0,037	0,16	
		p	0,383	0,023	2E-11	0,265	2E-06	3E-08	0,81	0,354	6E-05	
Женский гендер	ППД	Ц	r	0,041	-0,23	-0,25	-0,03	-0,08	-0,09	0,081	-0,1	-0,14
			p	0,816	0,177	0,142	0,865	0,66	0,593	0,646	0,578	0,418
		A	r	0,144	-0,09	-0,09	-0,1	-0,21	-0,03	-0,02	-0,1	-0,1
			p	0,411	0,589	0,61	0,566	0,222	0,877	0,892	0,587	0,556
		B	r	-0,28	0,015	-0,09	0,022	0,021	0,072	-0,03	-0,23	-0,15
			p	0,105	0,931	0,618	0,899	0,904	0,679	0,854	0,186	0,387
	ПСЗ	Ц	r	-0,1	-0,04	0,239	0,275	0,391	0,335	0,119	0,278	0,327
			p	0,531	0,782	0,132	0,082	0,012	0,032	0,459	0,079	0,037
		A	r	-0,3	-0,03	0,334	0,333	0,117	0,238	-0,18	0,102	0,081
			p	0,06	0,853	0,033	0,034	0,464	0,134	0,266	0,527	0,613
		B	r	-0,05	0,122	0,288	0,069	0,308	0,303	0,239	0,256	0,321
			p	0,747	0,445	0,067	0,669	0,05	0,054	0,132	0,106	0,04
ПЗ	Ц	r	0,016	-0,13	0,062	0,1	0,158	0,032	0,059	0,008	0,082	
		p	0,849	0,124	0,465	0,236	0,06	0,708	0,484	0,922	0,329	
	A	r	-0,01	-0,13	0,124	0,029	0,184	0,128	6E-04	0,011	0,082	
		p	0,92	0,132	0,139	0,734	0,058	0,127	0,995	0,893	0,331	
	B	r	-0,12	-0,001	0,085	-0,13	0,113	0,082	-0,1	-0,11	-0,05	
		p	0,139	0,982	0,313	0,136	0,178	0,331	0,244	0,179	0,531	

цинизма, агресивності і ступеню напруженості психологічної захисти ($r \geq 0,323$; $p \leq 0,00009$), при чому агресивність зростає при активації будь-якого з МПЗ, крім компенсації, а цинізм — при активації будь-якого МПЗ, крім компенсації і регресії ($r \geq 0,155$; $p \leq 0,0004$). У представниць жіночого гендера співробітників ОВД, страждаючих ПСЗ значимі кореляційні зв'язи зі ступеню напруженості захисти були тільки у показателів шкал цинізму і ворожобності ($r \geq 0,321$; $p \leq 0,04$), при чому в першому випадку — за рахунок активації механізму проєкції і заміщення ($r \geq 0,335$; $p \leq 0,032$), а в другому — тільки проєкції ($r = 0,308$; $p = 0,05$).

Ще більш помітні гендерні відмінності у взаємозв'язках психологічного феномену ворожобності з функціонуванням механізмів психологічної захисти спостерігалися при розгляді групи практично здорових. Так, якщо у представниць жіночої гендерної групи ні ступеню напруженості захисти, ні один з МПЗ не були пов'язані з показателями шкал методики ШКМ ($r \leq 0,184$; $p \geq 0,058$), то у чоловіків, навпаки, всі характеристики ворожобності виявили значиму кореляційну зв'язь зі ступеню напруженості захисти ($r \geq 0,16$; $p \leq 0,00009$): вираженість цинізму зростає при активації будь-якого з МПЗ ($r \geq 0,19$; $p \leq 0,025$), крім заперечення ($r = 0,068$; $p = 0,089$), вираженість агресивності — за рахунок будь-якого з МПЗ ($r \geq 0,18$; $p \leq 0,02$), крім заперечення, інтелектуалізації і реактивних образів ($r \leq 0,057$; $p \geq 0,154$), а вираженість ворожобності — за рахунок будь-якого з МПЗ ($r \geq 0,091$; $p \leq 0,023$),

крім заперечення, інтелектуалізації, реактивних образів і компенсації ($r \geq 0,155$; $p \leq 0,0004$).

Таким чином, у практично здорових, адаптованих представниць чоловічого гендера співробітників ОВД паралельно наростання проявів ворожобності активуються більшість МПЗ і ступеню напруженості психологічної захисти в цілому. При порушенні психічної адаптації у вигляді виникнення ПСЗ, незалежно від гендерної приналежності, відбувається редукування взаємозв'язків функціонування психологічної захисти і проявів ворожобності, яка найменше виражена у представниць чоловічого співробітників ОВД. В разі розвитку парціальної психічної дезадаптації у співробітників ОВД обоєх гендерних груп, незважаючи на наростання ворожобності, даний феномен ніяким чином не пов'язаний з напруженістю функціонування психологічної захисти.

Наступним психологічним феноменом, з яким передположително може бути пов'язана вираженість ворожобності у співробітників ОВД, є синдром емоціонального вигорання. Згідно з результатами проведеного кореляційного аналізу Пірсона показателів методики ШКМ і інтегральних шкал тесту ДУЭВ (таб. 2) у практично здорових представниць обоєх гендерів співробітників ОВД мала місце значима позитивна кореляційна зв'язь між вираженістю всіх розглянутих проявів ворожобності і активністю всіх трьох фаз СЭВ ($r \geq 0,14$; $p \leq 0,048$). Дані взаємозв'язки у разі розвитку ПСЗ

Таблиця 2.

Результати кореляційного аналізу Пірсона показателів ШКМ і інтегральних шкал методики ДУЭВ представниць всіх досліджуваних груп

гендер		Мужчины			Женщины			
шкала		Н	Р	И	Н	Р	И	
ППД	Ц	r	0,046	0,097	-0,08	0,491	0,513	0,358
		p	0,678	0,384	0,466	0,003	0,002	0,038
	А	r	0,019	0,112	-0,03	0,274	0,229	0,292
		p	0,862	0,314	0,765	0,117	0,194	0,094
	В	r	0,088	0,057	0,044	0,321	0,417	0,389
		p	0,429	0,61	0,694	0,064	0,014	0,023
ПСЗ	Ц	r	0,145	0,232	0,288	0,484	0,571	0,565
		p	0,09	0,006	6E-04	0,001	1E-04	1E-04
	А	r	0,179	0,296	0,328	0,22	0,381	0,409
		p	0,035	4E-04	8E-05	0,167	0,014	0,008
	В	r	0,084	0,222	0,224	0,25	0,171	0,297
		p	0,327	0,009	0,008	0,116	0,286	0,059
ПЗ	Ц	r	0,14	0,301	0,229	0,166	0,24	0,218
		p	4E-04	2E-14	8E-09	0,048	0,004	0,009
	А	r	0,145	0,315	0,236	0,135	0,231	0,218
		p	3E-04	8E-16	2E-09	0,109	0,006	0,009
	В	r	0,174	0,21	0,251	0,247	0,31	0,284
		p	1E-05	1E-07	2E-10	0,003	2E-04	6E-04

начинають утрачуватися у жінок-сотрудниць — зв'язи між цинізмом і всіма трьома фазами СЭВ ($r \geq 0,484$; $p \leq 0,001$), а так же між агресивністю і фазами резистенції, істощення ($r \geq 0,381$; $p \leq 0,014$). В свою чергу, у представителів чоловічого гендера співробітників ОВД утрачуються тільки зв'язи між активністю фази напруження і вираженістю ворожобності, цинізма ($r \leq 0,145$; $p \geq 0,09$).

В випадку виникнення стану ППД у чоловіків-співробітників ОВД взаємозв'язи між вираженістю ворожобності і активністю будь-якої з трьох фаз СЭВ утрачуються ($r \leq 0,112$; $p \geq 0,429$), а у жінок-сотрудниць зберігаються тільки позитивні кореляційні зв'язи між рівнем цинізма і фазами СЭВ, а так же між ворожобністю і фазами резистенції і істощення ($r \geq 0,381$; $p \leq 0,014$), тоді як агресивність ніяким чином не зв'язана ні з однією з фаз СЭВ ($r \leq 0,274$; $p \geq 0,094$).

Таким чином, психологічний феномен ворожобності в найбільшій ступені виражений у практично здорових співробітників ОВД, у яких процеси емоціонального вигорання протікають найбільш активно.

Крім того, представляється можливим утвердити, що в випадку порушення психічної адаптації залежність ворожобності від процесів емоціонального вигорання утрачується, що в максимальній ступені виражено у представителів чоловічого гендера співробітників ОВД.

В результаті проведення кореляційного аналізу Пірсона показателів методик ШКМ і Опросника акцентуацій характеру К. Леонгарда (таб. 3) було в'ясовано, що у практично здорових представителів чоловічого гендера співробітників ОВД вираженість тривожної, циклотимної, збудливої і екзальтованої акцентуацій мала значимі кореляції со

Таблиця 3.

Результати кореляційного аналізу Пірсона показателів шкал методик ШКМ і ОАХ представителів обох гендерів співробітників ОВД

група	шкала	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10		
Мужской гендер	ППД	Ц	r	0,14	0,173	-0,06	0,157	-0,1	0,112	-0,04	0,19	-0,01	8E-04
			p	0,207	0,117	0,585	0,156	0,349	0,314	0,697	0,085	0,952	0,994
		А	r	0,119	0,163	-0,09	0,21	-0,07	0,141	0,141	0,275	0,116	0,041
			p	0,282	0,141	0,433	0,056	0,544	0,202	0,202	0,012	0,297	0,715
		В	r	-0,18	-0,04	0,012	0,155	0,088	-0,06	-0,12	0,114	0,087	0,176
			p	0,095	0,693	0,918	0,162	0,43	0,561	0,295	0,305	0,435	0,112
	ПСЗ	Ц	r	0,187	0,252	0,101	0,082	0,074	0,258	0,173	0,119	0,072	-0,03
			p	0,027	0,003	0,234	0,338	0,382	0,002	0,041	0,16	0,396	0,758
		А	r	0,234	0,227	0,23	0,142	0,111	0,244	0,133	0,195	0,158	-0,05
			p	0,005	0,007	0,006	0,093	0,193	0,004	0,117	0,021	0,063	0,561
		В	r	0,043	0,094	-0,05	0,1	-0,09	0,126	0,008	0,131	0,014	-0,01
			p	0,612	0,271	0,59	0,242	0,305	0,138	0,921	0,124	0,867	0,896
	ПЗ	Ц	r	0,074	0,13	0,003	0,102	0,08	0,22	0,067	0,24	0,049	0,089
			p	0,066	0,001	0,933	0,011	0,046	3E-08	0,092	1E-09	0,223	0,026
		А	r	0,084	0,163	0,004	0,127	0,097	0,193	0,034	0,291	-0,04	0,11
			p	0,035	4E-05	0,917	0,002	0,015	1E-06	0,396	1E-13	0,301	0,006
		В	r	0,026	0,057	0,045	0,032	0,159	0,119	-0,03	0,249	0,033	0,081
			p	0,514	0,158	0,262	0,421	7E-05	0,003	0,504	3E-10	0,404	0,044
Женский гендер	ППД	Ц	r	0,155	-0,19	0,14	-0,2	0,11	-0,3	-0,001	0,14	-0,04	0,01
			p	0,375	0,267	0,42	0,32	0,52	0,05	0,93	0,42	0,84	0,95
		А	r	0,291	0,064	-0,1	-0,4	-0,3	-0,1	-0,1	0,23	-0,16	0,14
			p	0,09	0,716	0,44	0,02	0,11	0,48	0,77	0,17	0,36	0,44
		В	r	0,104	0,05	0,25	-0,1	0,02	-0,1	-0,008	0,25	0,12	0,16
			p	0,553	0,776	0,15	0,57	0,91	0,72	0,92	0,15	0,48	0,37
	ПСЗ	Ц	r	0,051	0,286	0,08	0,34	0,01	0,14	0,1	0,37	0,07	0,31
			p	0,751	0,069	0,62	0,03	0,99	0,37	0,55	0,02	0,68	0,05
		А	r	-0,14	0,232	0,12	0,3	0,19	0,33	0,06	0,49	-0,005	0,28
			p	0,397	0,145	0,45	0,06	0,23	0,04	0,69	0,0001	0,99	0,07
		В	r	0,11	0,011	-0,01	0,34	0,28	0,05	-0,1	0,28	0,18	0,07
			p	0,495	0,944	0,86	0,03	0,08	0,75	0,73	0,08	0,25	0,67
	ПЗ	Ц	r	-0,08	0,154	0,06	0,23	0,13	0,17	-0,01	0,16	0,1	0,08
			p	0,315	0,067	0,48	0,01	0,13	0,04	0,87	0,05	0,24	0,36
		А	r	0,006	0,245	0,07	0,15	0,06	0,13	0,05	0,24	0,06	0,13
			p	0,947	0,003	0,44	0,07	0,51	0,12	0,52	0,0002	0,49	0,13
		В	r	-0,05	0,156	-0,01	0,15	0,07	0,24	-0,1	0,23	0,14	0,01
			p	0,564	0,063	0,58	0,08	0,42	0,0001	0,31	0,01	0,09	0,92

всеми проявленнями враждебності ($r \geq 0,01$; $p \leq 0,046$), вираженість застреваючої і емотивної акцентуації — с рівнем цинізму і агресивності ($r \geq 0,101$; $p \leq 0,011$), а вираженість гіпертимної акцентуації — тільки с рівнем агресивності ($r = 0,084$; $p = 0,035$).

У чоловіків-сотрудників ОВД, страждаючих ПСЗ, вираженість враждебності не коррелювала ні с однією із шкал ОАХ ($r \leq \pm 0,01$; $p \geq 0,124$), вираженість цинізму і агресивності була вище у осіб с більш високими показателями шкал гіпертимної, ригідної і циклотимної акцентуації ($r \geq 0,187$; $p \leq 0,027$) і, крім того, вираженість агресивності коррелювала ще і с вираженістю емотивних і возбудиливих черт особистості ($r \geq 0,195$; $p \leq 0,021$).

У представителів чоловічого гендера співробітників ОВД в стані ППД єдиний статистично значима корреляційна зв'язок мала місце між рівнем агресивності і вираженістю возбудиливої акцентуації особистості ($r = 0,275$; $p = 0,012$).

Таким чином, на основі проведеного аналізу представляється можливим утвердити, що у практично здорових чоловіків-сотрудників ОВД феномен враждебності, в особеності такі його проявленні як цинізм і агресивність, найбільш активні у осіб с вираженими акцентуованими рисами особистості, за виключенням, по-можливо, емотивної, демонстративної і дистимічної акцентуації. При цьому, в стані порушень психічної адаптації, в особеності при розвитку ППД, вплив характерологічних рис на вираженість враждебності втрачується. Найбільш значимими, в плані проявлень враждебності, типами акцентуації особистості являються, зберігаючи своє вплив на даний психологічний феномен навіть після порушення бар'єра психічної захисти, ригідна, циклотимна і, в особеності — возбудилива акцентуація.

У практично здорових представителів жіночого гендера співробітників ОВД с вираженістю рис возбудиливої акцентуації особистості були зв'язані ($r \geq 0,16$; $p \leq 0,05$) всі проявленні феномена враждебності, с вираженістю рис циклотимної акцентуації — активність цинізму і враждебності, с вираженістю рис педантичної акцентуації — вираженість цинізму, а с вираженістю рис ригідної акцентуації — рівень агресивності. У жінок-сотрудниць ОВД, страждаючих ПСЗ, с вираженістю цинізму і агресивності так же коррелювали показателі шкали возбудиливої акцентуації ($r \geq 0,37$; $p \leq 0,02$), показателі шкали педантичної акцентуації особистості коррелювали с вираженістю цинізму і

враждебності ($r \geq 0,34$; $p \leq 0,03$), а показателі шкали циклотимної акцентуації — с вираженістю агресивності ($r = 0,33$; $p = 0,04$).

У жінок-сотрудниць ОВД в стані ППД, напротив відзначалися тільки статистично значимі негативні корреляційні зв'язки між вираженістю цинізму і циклотимної акцентуації особистості ($r \geq -0,3$; $p \leq 0,05$), а так же між вираженістю агресивності і рис педантичної акцентуації ($r \geq -0,4$; $p \leq 0,02$).

Таким чином, у жінок в значно меншій ступені, ніж у чоловіків-сотрудників ОВД, феномен враждебності залежить від вираженості акцентуованих рис особистості, при чому якщо вираженість циклотимних і, в особеності, возбудиливих рис особистості, у жінок, як і у чоловіків, все же зв'язана с враждебністю і в стані повної адаптації, і в стані виникнення ПСЗ, то в стані часткової психічної дезадаптації дане вплив зменшується, а враждебність в більшій ступені проявляється у осіб с найменш вираженими циклотимними і педантичними особеностями.

Висновки

Сопоставляя виявлені зв'язки між феноменом враждебності, функціонуванням механізмів копінг-поведіння, психологічної захисти, емоційного вигорання і типологічними акцентуованими рисами особистості, представляється можливим утвердити, що, хоча враждебність і являється нежелательною частиною проявлень психологічної захисти, як в її пластичних, направлених на перспективу розвитку ситуації, проявленнях (копінг-поведіння), так і в більш ригідних, формуючихся на основі типологічних рис особистості, формах (МПЗ), і навіть таких деструктивних її проявлень, як емоційне вигорання, по мірі наростання психічного дистреса, в особеності, якщо даний процес протікає не в напрямленні соматизації психічного конфлікту, а по шляху формування невротических розстройств, вираженість враждебності, по-можливо, починає виступати як повністю самостійна і самодостаточна психологічна характеристика особистості.

В користь даного утвердження свідчить і звуження кола різноманітностей акцентуацій особистості, зв'язаних с проявленнями враждебності, по мірі наростання зовнішніх проявлень психічного дистреса.

Резюмуючи отримані результати слід відзначити, що при організації психопрофілактичних заходів, направлених не тільки на підвищення адаптаційних

способностей сотрудников ОВД, но и на профилактику девиантных форм поведения, связанных с проявлениями феномена враждебности, особое внимание среди представителей мужского гендера сотрудников ОВД и курсантов ВУЗов МВД следует уделять группе лиц с чертами возбудимой, ригидной и циклотимной акцентуации личности, среди женского гендера сотрудников ОВД — лицам с чертами

возбудимой, циклотимной и педантичной акцентуации, а среди женского гендера курсантов — лицам с чертами возбудимой, экзальтированной, циклотимной и тревожной акцентуаций личности. При этом возбудимая акцентуация личности выступает в качестве фактора риска вне зависимости от наличия повреждения барьера индивидуальной психологической защиты и от гендерной принадлежности.

Литература

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Березин Ф.Б. — Л.: Наука, 1988. — 270 с.
2. Беребин М.А. Факторы риска пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у педагогов общеобразовательных школ / М.А. Беребин, Л.И. Вассерман // Обозрение психиатра, и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. 1994, №46. — С. 12.
3. Вассерман Л.И. Социальная фрустрированность и ее роль в генезе психической дезадаптации / Л.И. Вассерман, М.А. Беребин // Обозрение психиатра, и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. — 1997. — №1. — С. 12.
4. Вассерман Л.И. Психологическая защита и аффективные расстройства у пациентов в ситуации витальной угрозы / Л.И. Вассерман, Н.П. Петрова // Соц. и клин. психиатрия.— 2000.— Т. 10, № 1.— С. 73–74.
5. Васильева О.С. Изучение основных характеристик жизненной стратегии человека / О.С. Васильева, Е.А. Демченко // Вопр. психол.— 2001.— № 2.— С. 74–85.
6. Иовлев Б.В., Карлова Э.Б. Психология отношений. Концепция отношений В.Н.Мясищева и медицинская психология. — СПб., 1999. — 76 с.
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1998 — С. 274 — 281.
8. Piutchik R., Keflemian R., Coute H. A structural theory of ego defenses and emotions. // Emotions hi personality and psychopathotogy. N.Y. — 1979. — P. 229-257.
9. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля // Пособие для психологов и врачей. Санкт-Петербург. — 2005. — 51 с.
10. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С.Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер; адаптированный вариант Т.А.Крюковой) / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М., Изд-во Института Психотерапии. — 2002. — С.442-444.
11. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1998 — С. 161 — 169.
12. Методика «Диагностика враждебности по шкале Кука-Медлей» // Практикум по девиантологии. Под ред. Ю. А. Клейберг. — СПб: Речь, 2007.

Опыт применения amisulprida в лечении расстройств шизофренического спектра с доминирующей депрессивно-параноидной симптоматикой и суицидальными тенденциями



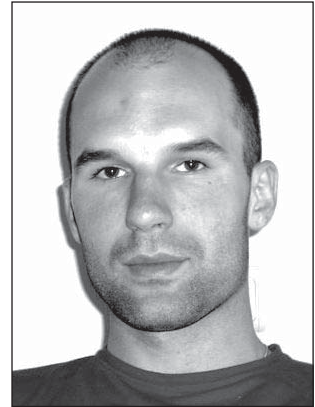
Кузнецов В. Н.



Шевченко С. Л.



Коваленко Л. А.



Бондарчук А. Г.



Цегельная С. В.



Кричун Ю. Я.

Кузнецов В. Н.¹, Шевченко С. Л.², Коваленко Л. А.², Бондарчук А. Г.¹, Цегельная С.В.¹, Кричун Ю. Я.¹

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика

² Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1

Резюме. Вивчалась ефективність, безпечність та переносимість венлафаксину в лікуванні депресивних розладів. Були обстежені 29 пацієнтів, яким проводилась терапія препаратами венлафаксину гідрохлориду в середній дозі 225–300 мг/добу на протязі 5-7 тижнів. Після курсу активної терапії призначалась підтримуюча терапія в дозі 37,5–75 мг/добу. В більшості випадків покращення психічного стану пацієнтів відмічалось на 9-12 день лікування. При призначенні венлафаксину спостерігається мінімальна кількість побічних дій, що є важливим для відновлення працездатності та необхідного функціонування пацієнта в соціумі.

Ключові слова: amisulpride, психофармакотерапія, ефективність, шизофренія, шизоафективний розлад.

Experience of amisulpride in the treatment of disorders with schizophrenia spectrum dominant depressive-paranoid symptoms and suicidal

Kuznetsov V.N., Shevchenko S.L., Kovalenko L.A., Bondarchuk A.G., Tsegelnaya S.V., Krychun J.Y.

Впервые «депрессивно-бредовое помешательство» описал Эмиль Крепелин в 1899 г. В свою очередь, в общенозологическом аспекте, это расстройство трактуется в самом широком диапазоне различными психиатрическими школами — от варианта проявлений

«единого эндогенного психоза» до самостоятельной нозологической формы, а его прогностическое значение, при условии лечения, в целом традиционно определялось как достаточно благоприятное [1,2,3]. Однако, при депрессивно-параноидных состояниях, когда

в картине болезни присутствует сочетание выраженной тоски и бредовых идей самообвинения, преследования, гибели, стремясь избежать страшной участи по бредовым мотивам, пациенты часто прибегают к суицидальным попыткам. В отдельных случаях наблюдаются так называемые расширенные самоубийства, когда пациенты, считая, что им и их семье угрожает тяжелейшее страдание, решают избавить себя и своих родственников от предстоящих мучений и совершают сначала убийство близких, а затем самоубийство. Учитывая вышесказанное, терапевтическое вмешательство при подобных состояниях должно проводиться своевременно и эффективно, с целью снижения суицидального риска, что в свою очередь способствует улучшению качества жизни пациентов и их семьи [4].

В данной статье обсуждается эффективность терапевтического действия атипичного антипсихотика амисульприда при наличии в структуре психического расстройства доминирующей депрессивно-параноидной симптоматики.

Амисульприд является антипсихотическим средством, относящимся к классу замещенных бензамидов. Амисульприд селективно, с высоким сродством связывается с субтипами D2/D3 дофаминергических рецепторов лимбической системы. Не имеет сродства к рецепторам серотонина, гистамина, адренергическим и холинергическим рецепторам. При применении в высоких дозах блокирует преимущественно дофаминергические нейроны, локализирующиеся в мезолимбических структурах, а не в стриарной системе. Это специфическое сродство объясняет преимущественно антипсихотическое действие амисульприда. В низких дозах он преимущественно блокирует пресинаптические D2-/D3-рецепторы, что объясняет его действие на дефицитарную симптоматику [5,6].

Фармакокинетика. После приема амисульприда внутрь отмечается два абсорбционных пика: один достигается быстро, через час после приема, а второй — между 3-м и 4-м часом после приема. Концентрация в плазме крови составляет соответственно 39 ± 3 и 54 ± 4 нг/мл после приема в дозе 50 мг. Объем распределения составляет 5,8 л/кг. Поскольку связывание с белками плазмы крови низкое (16%), взаимодействие с другими препаратами маловероятно. Абсолютная биодоступность составляет 48%. Амисульприд слабо метаболизируется в организме; идентифицированы два его неактивных метаболита, составляющие около 4% введенной дозы. Кумуляции амисульприда не происходит, его фармакокинетика остается неизменной после повторных приемов. Период полувыведения амисульприда после

перорального приема составляет около 12 ч. Выводится в неизменном виде с мочой [7].

При острых психотических эпизодах рекомендуемая начальная доза амисульприда составляет 400–800 мг/сут; максимальная суточная доза — не более 1200 мг. Поддерживающее лечение проводится в минимально эффективной дозе, которая устанавливается индивидуально. Если суточная доза не превышает 400 мг, препарат принимается 1 раз в сутки. Дозу превышающую 400 мг следует разделить на 2 приема в сутки. Пациентам с преимущественно негативными симптомами рекомендуется назначать препарат в дозе 50–300 мг/сут. Подбор дозы должен быть индивидуальным. Для пациентов с наличием в картине болезни как негативной, так и позитивной симптоматики дозу следует подбирать таким образом, чтобы обеспечить максимальный контроль над позитивными симптомами (400–800 мг/сут). Поддерживающее лечение проводят в минимально эффективной дозе, которую устанавливают индивидуально [6].

Относительно терапии амисульпридом психических расстройств с аффективным компонентом известно, что в последние годы появляется всё большее число исследований, в которых доказывается, что препарат (в дозах до 300-500 мг/сут) является препаратом выбора для терапии различных аффективных расстройств (большой депрессивный эпизод, апато-абулический «психоз истощения», постпсихотическая депрессия, дистимия, и даже маниакальные состояния). При этом часть авторов придерживается мнения, что у амисульприда выражен не столько тимолептический эффект, сколько антиастеническое, стимулирующее и анксиолитическое действия [6,8].

По наблюдениям В.А.Абрамова и соавт. (2008) амисульприд в течение 4 недель достоверно уменьшает выраженность проявления смешанных тревожно-депрессивных расстройств (на 15,1%; $p < 0,01$), купирует тревогу (на 20,5%; $p < 0,05$) и «напряженность» (на 19,9%; $p < 0,05$). У больных с маниакальным аффектом к 28-30-му дню терапии удается достичь нормализации поведения, нивелирования манерности, проявлений импульсивности. В ряде сравнительных исследований также изучается влияние амисульприда на депрессивную симптоматику. Так, при проведении суммарного анализа результатов четырех исследований с целью сравнения эффективности амисульприда, галоперидола, флупентиксола и рисперидона в отношении купирования симптомов депрессии (по субшкале оценки тревоги — депрессии шкалы BPRS) было показано, что назначение амисульприда коррелирует с

большей степенью ослабления тревожно-депрессивных проявлений в сравнении с галоперидолом и флупентиксолом ($p < 0,05$). При сравнении с рисперидоном статистически достоверных различий не наблюдается. Анализ результатов трех исследований, направленных на изучение влияния амисульприда, рисперидона и галоперидола на депрессивные расстройства, развивающиеся в рамках шизофрении, свидетельствует о значительном превосходстве амисульприда над двумя другими антипсихотиками, как по скорости возникновения эффекта, так и по выраженности эффекта [7, 10, 11].

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности применения атипичного антипсихотика амисульприда при лечении шизофрении и шизоаффективных расстройств с доминирующей депрессивно-параноидной симптоматикой и суицидальными тенденциями, не только на этапе активного лечения, но и во время стабилизирующей и профилактической терапии.

Материалы и методы исследования

В исследовании принимали участие 30 пациентов, с установленными согласно МКБ-10, диагнозами: шизофрения параноидная форма (F20.00) — 8 пациентов; шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1) — 22 пациента.

Во всех случаях в клинической картине заболевания у пациентов преобладала депрессивно-параноидная симптоматика. Все пациенты — соматически здоровые женщины, в возрасте от 24 до 42 лет (средний возраст $31 \pm 2,9$ лет), дали информированное согласие на обследование и лечение. Лечение проводилось в условиях стационара в клиническом отделении №5 КГКПБ №1. Из 30-ти госпитализированных, 26-ть пациентов были доставлены службой скорой медицинской помощи в связи с суицидальными тенденциями либо действиями. С целью снижения суицидального риска, в первые 7-10 дней терапии применялись бензодиазепиновые транквилизаторы и антипсихотические средства первого поколения. В дальнейшем пациенты переводились на терапию амисульпридом. 4 пациентки поступили в стационар самостоятельно, в связи с очередным обострением депрессивно-параноидной симптоматики и имели в картине болезни все показания для назначения амисульприда с первых дней лечения. Терапия проводилась в течение 6-7 недель в среднесуточной дозировке до 500 мг. После курса активного лечения, стабилизирующая и поддерживающая терапия проводилась препаратом в дозе 100-200 мг/сут.

Методы исследования — клинико-психопатологический, статистический. Для оценки эффективности использовался метод Treatment Outcom (оценка терапии, врачебная оценка эффективности лечения, оценка нежелательных побочных действий лекарственного средства, качество жизни). Шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS) по С. П. Кею, Л. А. Оплеру и А. Фицбейну (подшкала позитивных расстройств), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS).

Результаты исследования

Все пациенты прошли полный курс активной терапии амисульпридом, в течение 6-7 недель. Начиная с первых недель лечения препаратом, у пациентов отмечалось улучшение сна и аппетита, уменьшение аффективной напряженности, подозрительности, страха, проявлений враждебности к окружающим, больные становились более доброжелательными и доступными вербальному контакту, смягчалась депрессивная симптоматика. К концу 4-й недели терапии существенной редукции подвергались бредовые расстройства, повышалась психическая и физическая активность, наблюдалась стабилизация настроения со снижением суточных колебаний. В большинстве случаев, на 6-7-й неделе лечения отмечалась полная редукция симптомов бреда и депрессии, появлялась критика к болезненному состоянию, реальные планы на будущее, «интерес к жизни» и редукция суицидальных тенденций.

С целью оценки динамики психического состояния в процессе лечения нами были использованы шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS) по С. П. Кею, Л. А. Оплеру и А. Фицбейну (подшкала позитивных расстройств).

В исследуемой группе показатель подшкалы позитивных расстройств снизился на 68,2 %.

Таблица 1.

	Позитивные признаки (П)	1-я неделя лечения	6-7-я неделя лечения
П1.	Бред	5,6	2,1
П2.	Расстройства мышления	4,4	1,7
П3.	Галлюцинации	3,4	1,2
П4.	Возбуждение	4,2	1
П5.	Идеи величия (переоценки)	2,1	1,3
П6.	Подозрительность, идеи преследования	5,7	1,1
П7.	Враждебность	4,8	1,2
	Результат	30,2	9,6

Анализируя полученные данные по шкале Гамильтона для оценки тяжести депрессии (HDRS), показатель до начала лечения составлял в среднем 22-23 баллов, что в свою очередь соответствует уровню тяжелого депрессивного состояния, а в конце лечения — 5-7 баллов, что показателем нормы и характеризует отсутствие депрессивных симптомов.

Спектр побочных действий выражался в следующих симптомах: запор — 12% (n=3), тошнота — 4% (n=1), сухость во рту — 28% (n=7). Побочные эффекты наблюдались в начале терапии, на этапе повышения дозы амисульприда, не требовали дополнительной коррекции и, как правило, самостоятельно разрешались в течение 5 — 8 дней. На более поздних этапах лечения (5-6 неделя) наблюдалось увеличение массы тела (4-6 кг) 24% (n=6).

После проведения курса активной терапии доза препарата корректировалась до соответствующей стабилизирующему и поддерживающему этапам лечения. Оптимальная терапевтическая доза на данных этапах составляла 200 мг/сутки.

Выводы

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что

амисульприд является высокоэффективным и безопасным антипсихотическим средством. Полученные данные позволяют сделать вывод о высокой терапевтической эффективности амисульприда при лечении психических расстройств с доминирующей в картине болезни депрессивно-параноидной симптоматикой. Применение амисульприда позволяет быстро и качественно снизить суицидальный риск, что в свою очередь способствует улучшению качества жизни пациентов и их семей. Также, амисульприд отличается хорошей переносимостью, что проявляется в минимальной степени выраженности побочных действий, данный критерий является чрезвычайно важным для наиболее быстрого восстановления социального функционирования и улучшения качества жизни пациентов. Нежелательные побочные эффекты возникали редко и не требовали назначения корректоров, не препятствовали проведению психофармакотерапии. Хорошая переносимость, отсутствие выраженного седативного действия являются несомненным преимуществом амисульприда, обуславливают продуктивный комплайнс в терапии расстройств шизофренического спектра.

Литература

1. Соколова К. В. О клинических особенностях депрессивно-параноидной шизофрении. //Дисс. канд. М., 1957 г.
2. Аскарлов А-А. Ремиссии при депрессивно-параноидной шизофрении. — Ташкент. 1977 г.
3. Дзэнвалдовский С.А Вопросы клиники циркулярной шизофрении. //Ж. невропат, и психиатр., 1972 г.
4. Шахматова-Павлова И. В. К вопросу об особенностях динамики депрессивно-параноидных приступов / Вестник, АМН СССР, 1966 г.
5. Аведисова А.С., Ястребов Д.В. Амисульприд (Солиан): наиболее атипичный из атипичных нейролептиков. / Фарматека. 2006 г.
6. З. Андреев Б.В., Астахова Л.В., Богданов Н.А. с соавт. Солиан: опыт использования в России. 2006 г.
7. Абрамов В.А., Денисов Е.М., Ряполова Т.Л. Атипичный антипсихотик Солиан: результаты исследования STAR. Нейро news. 2008 г.
8. Точилова В.А., Протальская А.Г. Нейролептики - производные замещенных бензамидов в психиатрической практике. Социальная и клиническая психиатрия. 1998 г.
9. Boyer P., Lecrubier Y. Atypical antipsychotic drugs in dysthymia: Placebo controlled studies of amisulpride versus imipramine, versus amineptine. Eur Psychiatry. 1996.
10. Amore M, Jori M. Faster response on amisulpride 50 mg versus sertraline 50-100 mg in patients with dysthymia or double depression: A randomized, double-blind, parallel group study. Int Clin Psychopharmacol. 2001.
11. Peuskens J., Moller H., Puech A. Amisulpride improves depressive symptoms in acute exacerbations of schizophrenia: comparison with haloperidol and risperidone. Eur Neuropsychopharmacol. 2002.

УДК: 616.12-039+616.8-009-08

Лечение соматовегетативных нарушений в структуре тревожного и депрессивного синдромов



Мороз С.М.

Мороз С.М., Куш И.П.

Днепропетровская областная больница им. И.И. Мечникова, психосоматический центр, г. Днепропетровск

Резюме. Обосновано, что в лечении соматовегетативных нарушений в структуре депрессивных и тревожных расстройств наиболее целесообразным является комплексный подход, предусматривающий специализированную психофармакотерапию соматовегетативных эквивалентов.

Ключевые слова: депрессивные и тревожные расстройства, соматовегетативные нарушения, миансерин.

Treatment somatovegetativnyh violations in the structure of anxiety and depressive syndromes

Moroz S.M., Kusch I.P.

Dnipropetrovsk Regional Hospital. Mechnikov, psychosomatic center, Dnipropetrovsk

Resume. It is proved that in the treatment somatovegetativnyh violations in the structure of depressive and anxiety disorders are the most appropriate is the comprehensive approach of specialized psychopharmacotherapy somatovegetativnyh equivalents.

Justified that the treatment of depressive and anxiety disorders in somatic hospital is most appropriate to a comprehensive approach involving the use of somatopharmacotherapy, psychopharmacotherapy and psychotherapy.

Key words: automobile transport drivers, cognitive functions, psychodiagnostics.

В последнее время наблюдается большая распространенность соматоформных расстройств в общей практике, что составляет от 10 до 30%; среди пациентов, обращающихся с жалобами на расстройства настроения — еще выше, что делает актуальными вопросы ведения таких больных. Многие авторы на протяжении последних лет регистрируют модификацию аффективных расстройств: смягчение собственно депрессивной и тревожной симптоматики, ее выраженная коморбидность с соматическими симптомами различных заболеваний [1, 3]. Вследствие патоморфоза психических расстройств психический компонент тревоги и депрессии в общей клинической картине представлен невыраженно и на первый план выступают их соматовегетативные эквиваленты. Таким образом, отмечается увеличение числа пациентов с аффективными расстройствами и доминированием соматовегетативных нарушений (СВН) в структуре жалоб.

Выявление, диагностика, лечение и реабилитация больных с СВН, как проявлениями аффективных расстройств, остается междисциплинарной задачей, несмотря на выделение соматоформных расстройств в самостоятельную клиническую группу (в частности F45.3 по МКБ: соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы). Предпочтение населением специализированной и стационарной медицинской

помощи, нехватка отделений психосоматического профиля, отделений для лечения пограничных состояний и негативная стигматизация оставляют лечение больных с СВН делом неврологов, кардиологов и семейных врачей.

Роль тревоги в патогенезе СВН представляет практический интерес. Тревога является составляющей клинической картины различных психических, неврологических и соматических заболеваний, Тревога часто определяет уровень психосоциальной дезадаптации пациента, а ее снижение является критерием успешного лечения. В то же время, тревога является естественным психологическим и физиологическим ответом организма на ожидаемую опасность.

Адаптивная роль тревоги характеризуется рядом физиологических сдвигов, подготавливающих организм к быстрому ответу на опасность: увеличивается выброс адреналина, активируется симпатическая система, в результате чего повышается артериальное давление, увеличивается кровоток в мышцах и мозге, в крови повышается уровень глюкозы, чтобы создать этим системам максимально благоприятные условия для деятельности. Эти и другие физиологические сдвиги носят отчетливый приспособительный характер, но они же при чрезмерной силе и длительности, а также при ослабленности организма могут быть причиной соматических катастроф и заболеваний [3, 5].

Большинство физиологических проявлений тревоги, как комплекса нервных (вегетативных), соматических и психических сдвигов, объясняются подготовкой организма к возможным угрозам. Целью изменений является подготовка организма к осуществлению реакции «борьбы-бегства» по Кеннону. Реализацией физиологических реакций тревоги объясняется большинство симптомов СВН из перечисленных ниже:

- физическая слабость,
- повышенная утомляемость,
- раздражительность,
- слезливость,
- головная боль,
- головокружение,
- нарушения сна,
- гипергидроз,
- тремор,
- ощущение похолодания конечностей,
- кардиалгии,
- колебания АД,
- приступообразные тахикардии,
- ощущение «комка» в горле,
- ощущение недостатка воздуха,
- абдоминалгии,
- алгии другой локализации,
- мышечная скованность,
- парестезии,
- диспепсические расстройства,
- дизурические расстройства.

Соматовегетативный характер жалоб, сопровождающих тревогу, (повышение артериального давления, расширение зрачков, сухость во рту, бледность лица, потливость, повышенная раздражительность, нарушение сна и аппетита) зачастую не только определяют тяжесть состояния пациента, но и обуславливают диагноз вегетососудистой или нейроциркуляторной дистонии. Такое заключение врача общей практики, кардиолога, невролога зачастую не учитывает психо-эмоциональную составляющую тревоги, на которую врач и пациент не обращают внимания.

Психологические проблемы удается выявить при целенаправленном расспросе пациента, изначально фиксируют свое внимание на конкретных психологических факторах лишь 5% пациентов. Такие пациенты обследуются повторно, принимают большое количество разнообразных препаратов. Неэффективность назначенного лечения вызывает недоверие к конкретному врачу, а существенные различия в схемах лечения и противоречивые диагнозы разных врачей — неверие в медицину в целом.

Не выявленная патологическая тревога приводит к ухудшению психического состояния больного, заметно снижающее толерантность к стрессу, что в свою очередь заметно усиливает проявления соматических заболеваний [1; 2].

Критериями тревожных расстройств считают следующие признаки:

- *психические* (беспокойство, неуверенность в себе, чувство беспомощности, угрожающей опасности, снижение критического восприятия окружающего);
- *вегетативные* (повышение артериального давления, расширение зрачков, сухость во рту, бледность лица, потливость, повышенная раздражительность, нарушение сна и аппетита) [3; 4].

Выделяют непсихотическую и психотическую формы тревоги, которые наблюдаются соответственно при непсихотических и психотических состояниях. К непсихотической может быть отнесена и соматогенная тревога, появляющаяся у больных с тяжелыми соматическими болезнями. Больные постоянно обеспокоены состоянием своего здоровья, настороженно и с повышенным вниманием воспринимают все, что относится к их заболеванию.

Соматогенную тревогу не стоит путать с соматизированной. Больной с соматизированной тревогой предъявляет большое количество соматических жалоб, которые часто неопределенные и переменчивые. При обследовании соматической патологии не определяется, причиной болезни чаще всего является тревога. В результате возникают диагностические, дифференциально-диагностические и, конечно, терапевтические проблемы.

Общие признаки соматизированной тревоги следующие: повторяющиеся множественные клинически значимые соматические жалобы в драматизированном изложении; появление жалоб в возрасте до 30 лет; поиск помощи у врачей разных специальностей; стремление к обследованиям, в том числе к инвазивным; длительность жалоб не менее двух лет; невозможность объяснить жалобы каким-либо имеющимся заболеванием; неверие в медицину, лечение у различного рода «нетрадиционных» целителей; социальная или семейная дезадаптация [4; 6].

Моноаминовая теория психических расстройств, представленная на рис. 1, демонстрирует биохимические взаимоотношения формирования тревожных и депрессивных феноменов.

Считается, что основным механизмом действия различных антидепрессантов является их взаимодействие с серотонинэргической и норадренэргической системами разной степени выраженности.

Невозможно в полной мере объяснить действие антидепрессантов воздействием на нейромедиаторную передачу в этих системах, так как отсутствуют убедительные доказательства того, что возникновение депрессии и тревоги обусловлены нарушением функционирования нейромедиаторных систем.



Рис. 1.

Многие ученые склоняются к мнению, что сочетанность депрессии и тревоги в ближайшем будущем станет самой насущной и сложной проблемой врачей-психиатров и еще в большей степени врачей-интернистов.

Лечение тревожных и депрессивных расстройств должно быть комплексным и включать психотерапевтические методы и лекарственные препараты.

Работы А.М. Вейна и его коллег суммируют опыт лечения вегетативных расстройств, сопровождающих нарушения настроения, различными группами лекарственных средств. Наиболее эффективными были признаны:

1. антидепрессанты;
2. транквилизаторы (бензодиазепины типичные и атипичные);
3. малые нейролептики;
4. вегетотропные средства.

Медикаментозная терапия СВН подбирается индивидуально, зависит от характера нарушений настроения и симптоматики вегетативных проявлений. Тревожные расстройства чаще сопровождаются вегетативными нарушениями, следовательно препаратами выбора являются вещества с противотревожными (анксиолитическим) и вегетостабилизирующим эффектами.

Целью нашего исследования явились изучение влияния антидепрессанта с выраженным противотревожным эффектом миансерина на соматовегетативные эквиваленты депрессивных и тревожных расстройств и нарушения настроения с целью повышения эффективности их терапии и организации различных стратегий лечебного процесса.

Материалы и методы исследования

Исходя из вышеизложенного, была обследована группа больных психосоматического отделения Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И.Мечникова. Всего было обследовано 35 человек, которым были выставлены диагнозы тревожных расстройств, в клинической которых преобладали СВН. Среди обследованных было 19 мужчин и 16 женщин в возрасте от 36 до 47 лет. Больные были

обследованы клинически и психопатологически. Сначала больным был проведен стандартный клинико-психопатологический осмотр, а также оценивался уровень депрессии с помощью шкалы Монтомгери — Асберга для оценки депрессии (MADRS), субъективная оценка депрессии осуществлялась с помощью шкалы Бека, которая также позволила оценить уровень соматических проявлений депрессии, уровень тревоги с помощью шкалы Гамильтона для оценки тревоги HAM-A. Эти шкалы наиболее часто применяются в подобных исследованиях, что позволит соотнести с ними наши результаты. Характер и тяжесть аффективных расстройств диагностировался в момент поступления в стационар, на момент выписки из стационара, через 1 месяц после начала лечения. В соответствии с результатами проводились медикаментозные назначения и их коррекция.

В качестве медикаментозной терапии предпочтение было отдано миансерину, веществу который принадлежит к группе пиперазиноазепиновых соединений. Миансерин (препарат «Миасер» производства ООО «Фармастарт», Украина) назначался в дозе 30 мг/сут. У части больных (6 человек) дозировка повышена до 60 мг/сут, в связи с отсутствием достаточного клинического эффекта через 2 недели от начала терапии. Выбор обусловлен наличием противотревожного и вегетостабилизирующего действий, хорошей переносимостью, минимальной поведенческой токсичностью, возможностью комбинировать с другими лекарственными препаратами и не вызывать привыкания.

Наиболее значимым фактора выбора препарата явились периферические вегетативные эффекты миансерина. Миансерин обладает хорошо изученным действием на адренергические (α_1 , α_2), серотониновые (5HT₂ и 5HT₃) и гистаминовые рецепторы центральной нервной системы, с которым связывают его тиманалептический, противотревожный и снотворный эффекты. Кроме того, экспериментальные исследования показали способность миансерина предотвращать гипертонический криз благодаря взаимодействию с серотониновыми рецепторами мозга.

В настоящий момент исследования взаимодействия миансерина с периферическими рецепторами показали его антагонизм к пресинаптическим и постсинаптическим α -адренорецепторам, а также свойства неспецифического блокатора серотониновых (5HT₂) рецепторов. Эти свойства могут объяснять его благотворное влияние на пациентов с сердечно-сосудистыми, гастроинтестинальными и респираторными проявлениями СВН.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты обследования больных по шкале тревоги Гамильтона приведены в табл. 1.

Как представлено в таблице у 45,7% пациентов выявлен средний и высокий уровень тревоги, у остальных уровень тревоги был ниже среднего. Наиболее сильно проявлялся соматический компонент тревоги, что прямо соотносилось с ухудшением актуального соматического состояния, обращением к врачам и пребыванием в стационаре.

По шкале Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS) не выявлено депрессивной симптоматики у 2 пациентов (5,7%), легкий депрессивный эпизод диагностирован у 13 пациентов (40,0%), у 19 пациентов (54,3%) диагностирован умеренный депрессивный эпизод. В субъективной оценке депрессии, полученной с помощью шкалы Бека не выявлено статистической разницы, однако следует отметить, что у всех опрошенных уровень соматических проявлений депрессии и тревоги выражены в значительной степени (средний показатель $22,3 \pm 1,3$ балла).

Через 4 недели была проведена повторная оценка тревожности по шкале Гамильтона (табл. 2).

По шкале Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS) не выявлено депрессивной симптоматики у 23 пациентов (65,7%), легкий депрессивный эпизод диагностирован у 12 пациентов (34,3%), умеренный и тяжелый депрессивный эпизод не диагностирован ни у одного пациента. Результаты, полученные с помощью

шкалы Бека не имеют статистически значимых отличий, уровень соматических проявлений депрессии и тревоги снижен в значительной степени (средний показатель $11,5 \pm 2,1$ балла).

Оценка жалоб соматовегетативных нарушений у обследованных позволил констатировать следующие изменения (табл. 3).

Наиболее быстро произошла редукция следующих симптомов: колебаний АД, головные боли, астения, повышенная утомляемость, гипрегидроз, головные боли, головокружение, ощущение похолодания конечностей, кардиалгии, приступообразные тахикардии, ощущение «комка» в горле, ощущение недостатка воздуха, мышечная скованность. К моменту выписки наблюдалась практически полная их редукция.

У больных наблюдались нарушения сна, парестезии, которые сохранялись и на момент выписки, однако в более мягкой степени (увеличивалась длительность сна, сокращались периоды засыпания, снижалось количество пробуждений ночью).

У больных с преобладанием тревоги в структуре ведущего клинического синдрома наблюдался более быстрый процесс редукции соматических симптомов, что способствовало значительному улучшению общего состояния пациента. Первые значимые результаты лечения симптомов СВН были достигнуты к началу второй недели терапии. Течение болезни сопровождалось улучшением состояния, при ослаблении патологических соматовегетативных проявлений к моменту выписки наблюдались редукция психического компонента тревоги и депрессивных симптомов.

У большинства больных с изначальным преобладанием депрессии в клинической картине заболевания уже к исходу второй недели терапии наблюдалась редукция симптомов СВН, значительное снижение тревожности, улучшение настроения, что позитивно сказывалось на общем состоянии. Максимальное улучшение состояния было достигнуто через 4 недели проведения терапии, но оно не достигло положения полного

Таблица 1.

Результаты исследования уровня тревожности с помощью шкалы Гамильтона — НАМ-А

Уровень тревожности	Больные, n=35	
	Абс. Число	Абс. Число
Тревога низкого уровня или не выявлена	19	54,3%
Умеренная тревожность	15	42,8%
Тревожность высокого уровня	1	2,9%

Таблица 2.

Результаты исследования уровня тревожности с помощью шкалы Гамильтона — НАМ-А после проведенной терапии

Уровень тревожности	Больные, n=35	
	Абс. Число	%
Тревога низкого уровня или не выявлена	32	91,4%
Умеренная тревожность	3	8,6%
Тревожность высокого уровня	0	0

Таблица 3.

Динамика представленности соматовегетативных нарушений у обследованных

Клинические симптомы	Исследование на момент поступления в стационар		Исследование на момент поступления в стационар	
	абс. число	%±m	абс. число	%±m
1. Диссомнии	27	77,1	19	54,3
а) инициальные диссомнии	9	25,7	6	17,1
б) средние диссомнии	3	8,6	1	2,9
в) поздняя диссомния	7	20,0	5	14,3
г) парасомнические расстройства	8	22,8	7	20,0
2. Астенизация	24	68,6	11	31,4*
3. Чувство кома в горле	19	54,3	9	25,7*
4. Нарушения аппетита	18	51,4	7	20,0*
5. Расстройство функций желудка (отрыжка, изжога, нарушения переваривания пищи)	16	45,7	5	14,3*
6. Расстройства функций кишечника (запоры, поносы)	14	40,0	4	11,4*
7. Головные боли	19	54,3	9	25,7*
8. Сексуальные нарушения	13	37,1	7	20,0*
9. Изменения чувствительности	14	40,0	9	25,7
а) гипостезии	5	14,3	4	13,6
б) гиперстезии	2	5,7	1	2,9
в) парестезии	3	8,6	2	5,7
б) нижних конечностей	4	11,4	2	5,7
10. Гиперзидроз	7	20,0	2	5,7*
11. Кардиалгии	9	25,7	3	8,6*
12. Колебания АД	14	40,0	4	11,4*
13. Приступообразные тахикардии	8	22,6	4	11,4*

Условные обозначения: * — различия достоверны ($p < 0,05$)

выздоровления. Больным было рекомендован более длительный прием медикаментов (до 6 месяце и более), и после выписки из стационара.

Выводы

Все психические расстройства, в клинической картине которых преобладают различные варианты симптомов СВН, при незначительной выраженности психического компонента тревоги и депрессии требуют назначения антидепрессантов для купирования вышеуказанных симптомов.

Соматовегетативные эквиваленты тревожного и депрессивного симптомов способствуют соматизации клинической картины заболевания, отвлечению внимания от психических проявлений тревожного и депрессивного симптомов, что часто способствует лечению этих заболеваний как вегетососудистой дистонии.

Литература

1. Бурчинский С.Г. Нові аспекти фармакотерапії психосоматичної патології // Ліки. — 2004. — №56. — С. 28-32.
2. Бойцов С.А., Шуленин С.Н., Парценьяк С.А. Донозологическая диагностика в общетерапевтической практике. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.-2001.-№1. — С. 19-24.
3. Бройтигам В., П. Кристиан, М. фон Рад Психосоматическая медицина — М. -1999 — стр. 9-357.
4. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник. — Київ: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. — 96с.
5. Мороз С.М. Психосоматические расстройства в клинике внутренних болезней / С.М. Мороз // Материалы 2-го Национального конгресса психиатров. — 2004. — С.27.
6. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Сердюк А.И., Здесенко И.В. Вегето-сосудистая дистония// Врачебная практика. — 1998. — №2-3. — С. 9–23.

УДК: 616.89-008.441.44-036.8-053:711.13:314(477)

Региональная и гендерная динамика суицидальной смертности среди городского и сельского населения Украины



Юр'єва Л.Н.

Юр'єва Л.Н.**, Зинченко Е.Н.*, Юр'єв А.Е.**

* Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Министерство здравоохранения Украины

** ГУ «Днепропетровская медицинская академия» Министерства здравоохранения Украины (г. Днепропетровск)

Резюме. У даній роботі аналізується регіональна та гендерна динаміка самогубств серед міського та сільського населення України за 20 років (1989 – 2010 р.р.). Описані соціальні та медичні фактори ризику, які можуть бути базисом для регіональних програм превенції суїцидів. Проаналізована історична динаміка рівня міських та сільських суїцидів в ХХ столітті.

Ключевые слова: динаміка суїцидів, місто, село, гендер.

Regional and gender dynamics of suicide mortality among urban and rural population in Ukraine

Yur'yeva L.N**, Zinchenko E.N*, Yur'yev A.E**

* Ministry of Health of Ukraine

**Dnepropetrovsk State Medical Academy

Resume. This work amazes regional and gender dynamics of suicide mortality among urban and rural population of Ukraine during 20 years (1989-2010). We discuss social and medical risk factors which may be reflected in regional suicide prevention programs. We also analyze historical dynamics of urban and rural suicide in 20th century.

Key words: suicide dynamics, urban, rural, gender.

Существенное преобладание уровня и темпов роста «сельских» суицидов над «городскими» стало характерным явлением второй половины ХХ века для многих стран, в том числе и для государств Восточной Европы, стран Балтии и СНГ [1-5].

При анализе исторической динамики соотношений уровня городских и сельских суицидов было выявлено, что в первой половине ХХ века преобладали городские суициды. По данным М.Н.Гернет [6] в СССР в 1926 году мужчины, проживающие в городе в 4 раза чаще совершали суициды, чем мужчины, живущие в селе (28,2 на 100тыс. населения в городе против 7,3 в селе), а женщины города — в 5 раз чаще, чем сельские жительницы (12,6 на 100тыс. населения в городе против 2,5 в селе). Возрастная особенность суицидов этого периода заключается в том, что закономерность, описанная еще Дюркгеймом «пожилые люди чаще совершают суициды, чем молодые» была нарушена. У мужчин, проживавших и в городских и в сельских местностях наибольшее число самоубийств пришлось на возраст 20–24 года. У сельских и городских женщин максимум самоубийств отмечен еще в более молодом возрасте — в 18–19 лет. У горожанок уровень самоубийств рос до 18-19лет, а затем уменьшался вместе с

возрастом. У сельских жительниц коэффициент самоубийств 18-19 летних женщин превосходил в четыре раза коэффициент женщин 60 лет и старше.

Государственная статистика СССР разрабатывала данные о самоубийствах только для городского населения и лишь с 1956 года — для всего населения (включая сельское) [7].

В 60-е годы ХХ века в Европейской части СССР уровни сельских и городских суицидов сравнялись и затем уровень сельских суицидов стал расти. К началу перестройки в СССР соотношение городских самоубийств (18,4 на 100 тыс. населения) к сельским (19,4 на 100 тыс. населения) по всей стране составляло 1:1,05. Но по союзным республикам существовали большие различия в уровне городских и сельских самоубийств. В республиках Средней Азии, Закавказья (кроме Грузии) и Казахстана уровень городских самоубийств был выше, чем в сельской местности в среднем в 2 раза. В республиках европейской части СССР, РСФСР и Грузии — уровень самоубийств среди городского населения был ниже, чем среди сельских жителей [8].

В России в 1986 году уровень завершённых самоубийств (на 100 тысяч соответствующей группы населения) составлял среди горожан 21,2, среди сельского населения — 27,5, т.е. на

29,7% більше. В 1994-1996 роках коефіцієнт смертності від самоубийств серед сільського населення перевищив 50, для міського населення коливався від 35,4 до 37,9 (на 100 тисяч населення) [9].

В Україні в 1998 році рівень завершених суїцидів в сільських районах склав 34,1 на 100 тисяч населення, в міських — 26,6 на 100 тисяч населення. Соотношение міських до сільських суїцидів склало 1: 1,28 [10].

В Білорусії з 1985 р. зростання рівня суїцидів в сільській місцевості (темпи приросту до 2002 р. 74%) значно опережало таке в містах (темпи приросту 37%). Соотношение рівня «сільських» суїцидів до «міських» в 2002 р. склало приблизно 2:1 [11].

Аналіз динаміки сільських і міських суїцидів в Україні кінця ХХ — початку ХХІ століть і санкціонує їх фактори не представлено в літературі.

Цель роботи: проаналізувати регіональну і гендерну динаміку смертності від суїцидів серед міського і сільського населення України за 20-річний період для виявлення факторів ризику, які можуть стати основою для регіональних програм превенції суїцидів.

Динаміка міських і сільських самоубийств в Україні за двадцятирічний період (1989-2010 рр.) представлена на діаграмі №1. Переважання сільських суїцидів над міськими є стабільним на протязі всього досліджуваного періоду часу. Аналіз суїцидологічної ситуації серед міського і сільського населення України за 2010 рік виявив, що сільські жителі в 1,8 рази частіше совершають самоубийства, ніж міські. Причому, чоловіки, проживаючі в сільській місцевості значно частіше совершають самоубийства, ніж жінки. Соотношение завершених суїцидів у чоловіків

і жінок в сільських районах в 2010 році склало 6,7:1 (в містах — 4,8:1, а в середньому по Україні 6,1:1). Серед факторів, потенціруючих суїцидальний ризик, першостепенне значення має вживання алкоголю і його суррогатів. В сільській місцевості поширено самогубство [12].

Подробно рейтинг областей по показателям частоти завершених суїцидів серед міських і сільських жителів України в 2009 році представлено в нашій попередній статті. Там же було дано регіональний аналіз рівня суїцидальної смертності [13].

В даній публікації ми проаналізували регіональне і гендерне розподілення міських і сільських суїцидів в Україні. Для цього, були обчислені середні за 2000-2010 рр. показники частоти суїцидів в східних, західних, центральних і південних регіонах України, які представлені в табл. №1.

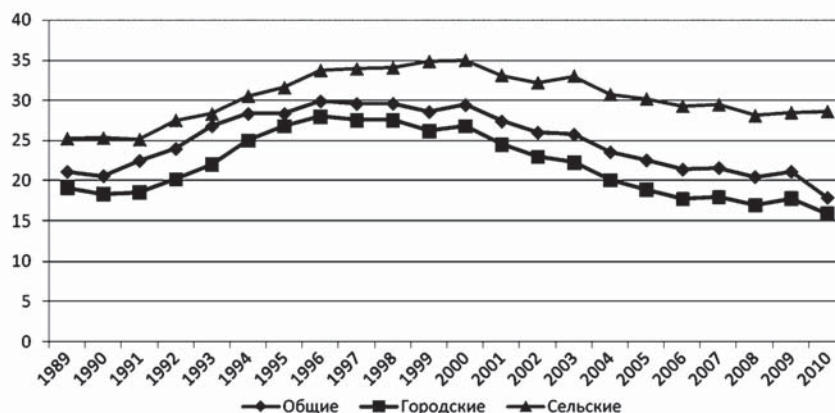
К східним регіонам України були віднесені: Дніпропетровська, Донецька, Закарпатська, Луганська, Сумська і Харківська області.

К західним регіонам України: Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська і Чернівецька області.

К центральній Україні: Вінницька, Житомирська, Київська, Кіровоградська, Полтавська, Черкаська, Чернігівська, Рівненська, Хмельницька області і м. Київ

К півдній Україні: АР Крим, Ніколаєвська, Одеська, Херсонська області і м. Севастополь.

При аналізі таблиці №1 звертає на себе увагу переважання сільських суїцидів як в населенні чоловіків, так і в населенні жінок у всіх регіонах України. Максимальне соотношение сільських і міських суїцидів відзначається в Центральній і Східній Україні як у чоловіків так і жінок. Мінімальне — в Західній Україні. Слід зазначити, що серед



Діаграма №1.

Динаміка міських і сільських самоубийств в Україні за 1989-2010 рр. (стандартизовані дані на 100 000 нас.)

женщин, проживающих в Западной и Южной Украине различия не существенны.

В целом, соотношение мужских суицидов к женским в селе выше чем в городе (6,5 и 5,0 соответственно). Максимальная разница этого показателя зафиксирована в Западной Украине (8,0:1), минимальная — в Южном (4,8:1 для города) и Восточном (6,0:1 для села) регионах Украины. Гендерная и региональная динамика городских и сельских суицидов за 2000–2010 годы представлена на диаграмме №2.

Анализ социальной структуры суицидентов города и села представляется важным, так как позволяет выявить региональные факторы риска и их ранг, что в дальнейшем может стать основой региональных программ превенции

суицидов. Выявлено, что социальные факторы в большей мере влияют на суицидальные тенденции у мужчин, чем у женщин. Мужчины более склонны к реакции в форме суицидального поведения в ответ на социальные изменения. Однако, если кризис затрагивает сферу личности, то больших различий в реакциях по половому признаку не наблюдается [14].

И в городской и в сельской популяции уровень самоубийств среди не состоявших в браке и одиноких значительно выше, чем среди состоящих в браке и проживающих с семьей. Проживание без семьи и в одиночестве в сельской местности чаще потенцирует суицидальное поведение. Разведенные сельские жители в 4,7 раза чаще совершали суицид, не состоящие

Таблица 1.

Региональное и гендерное распределение городских и сельских суицидов в Украине (среднее за 2000-2010 г.г., на 100 000 нас.)

Регионы	Мужчины			Женщины			Город	Село
	Город	Село	Село/город	Город	Село	Село/город	муж/жен	муж/жен
Восточная Украина	44,3	77,9	1,8/1	8,9	13,0	1,5/1	5,0/1	6,0/1
Западная Украина	19,5	26,6	1,4/1	3,3	3,3	1,1/1	5,9/1	8,0/1
Центральная Украина	32,7	67,3	1,9/1	5,8	10,0	1,5/1	5,6/1	6,8/1
Южная Украина	42,3	62,0	1,5/1	8,9	9,9	1,1/1	4,8/1	6,3/1
Украина	35,4	56,2	1,6/1	7,0	8,7	1,2/1	5,0/1	6,5/1

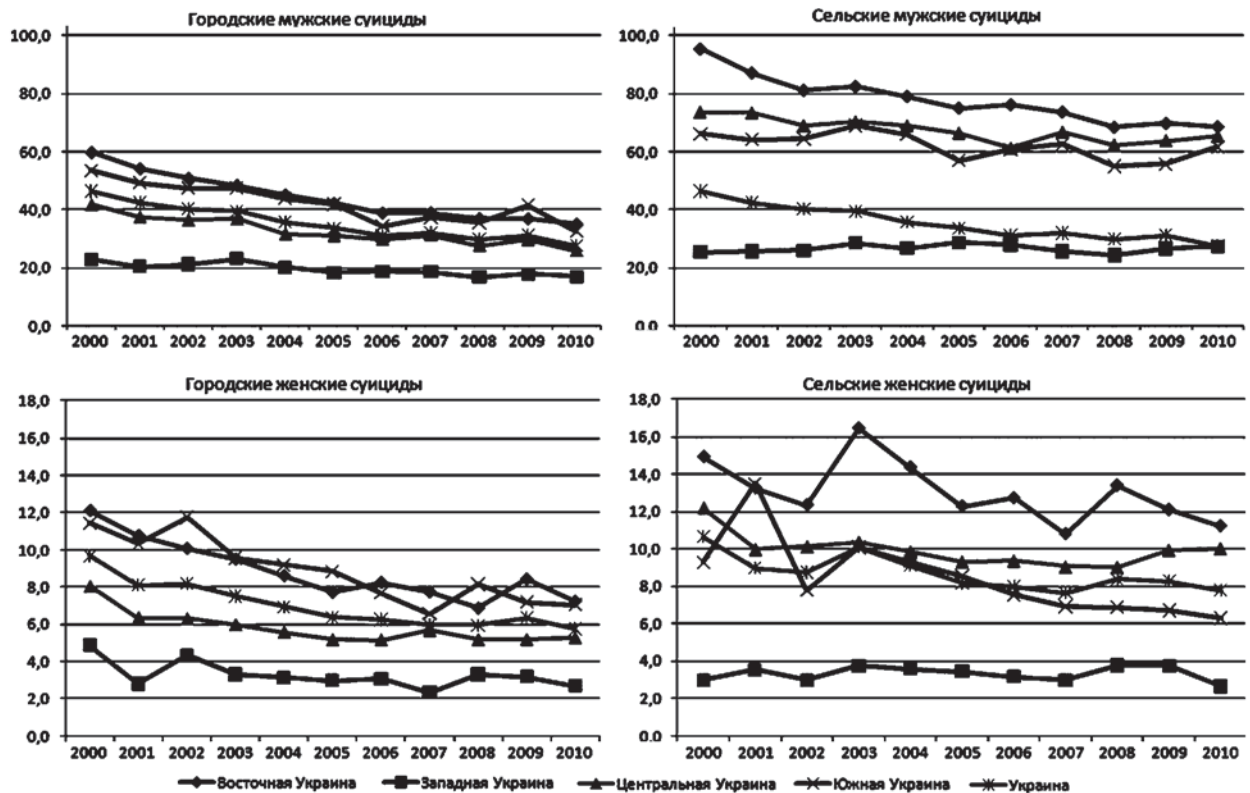


Диаграмма №2.

Гендерная и региональная динамика городских и сельских самоубийств в Украине за 2000-2010 г.г. (стандартизованные данные на 100 000 нас.).

в браке и проживающие без семьи — в 3,5 раза чаще, а живущие одиноко — в 3,3 раза чаще, чем горожане. Полученные данные подтверждают многочисленные социологические исследования о роли семьи как антисуицидального фактора [15]. Особенно важна ее роль в сельской местности, где самым важным социальным окружением является семья, которая обеспечивает человеку основы эмоциональной безопасности (или ее нехватку), социальную и финансовую поддержку. Кроме того, семья является главным институтом социализации.

Другой важной сферой человеческой деятельности является занятость. Исследования свидетельствуют, что безработные представляют группу повышенного риска в отношении самоубийств [16]. Данная тенденция нашла свое подтверждение на суицидентах, проживающих в городе, где показатели самоубийств выше среди незанятого населения.

Большое значение в генезе суицидального поведения помимо социальных факторов имеют медицинские факторы.

Зависимость от психоактивных веществ (алкоголя и наркотиков) является наиболее суицидогенным фактором как в городской так и в сельской популяции суицидентов. Принято считать, что алкоголизм в большей степени ассоциируется с суицидальным поведением [17, 18]. Однако, полученные данные показывают, что среди больных наркоманией показатели самоубийства намного выше. При приблизительно равных показателях самоубийства среди больных хроническим алкоголизмом в городской и сельской популяции, отмечается существенная разница этого показателя среди лиц, зависимых от наркотиков. Показатель самоубийства среди зависимых от наркотиков в сельской местности катастрофический (322,6 на 100 тыс.нас) и превышает в 1,8 раза аналогичный показатель в городской местности (177,8 на 100тыс.нас) [7].

Уровень суицидов среди психически больных высок как в городской, так и в сельской популяции. Обращает на себя внимание, что показатель самоубийства как в городе так и селе

очень высок среди инвалидов. Как в городе, так и в селе самая суицидогенная группа инвалидности — 1, затем следует 2, и наименее суицидогенна — 3 группа инвалидности. Однако, показатель самоубийства выше среди инвалидов 3 группы, проживающих в городе.

Вероятное объяснения этого факта заключается в том, что в городе переход на инвалидность 3 группы очень часто сопряжен с резким ограничением социальных контактов, потерей работы, экономическими трудностями, снижением качества жизни, синдромом короля Лира.

В селе инвалидам 3 группы легче адаптироваться, их социальное окружение не меняется и, как правило, они встречают толерантное отношение к себе (в славянской, особенно сельской культуре, принято жалеть больных).

Выводы

Проведенные сравнительные исследования городских и сельских суицидов позволили констатировать прогрессирующий рост сельских суицидов, особенно в мужской популяции зрелого трудоспособного возраста. Этому способствует возрастающая социальная изоляция, прогрессирующее постарение, высокий уровень зависимости от психоактивных веществ, недостаточно развитый медицинский сервис, более высокий уровень безработицы и более низкий образовательный уровень и качество жизни у сельских жителей по сравнению с городскими.

На основе проведенных исследований выделены группы повышенного суицидального риска, что в дальнейшем может послужить основой для разработки дифференцированных профилактических программ.

В заключение необходимо отметить, что разрыв в культурном уровне между городом и селом (культурный лаг) продолжает нарастать и вероятность еще большего роста сельских суицидов велика. Поэтому для профилактики стремительно растущих сельских суицидов необходимо проведение ряда мероприятий организационного, социального и медицинского характера.

Литература

1. Gailliene, D., V. Domanskiene, V. Keturakis. Suicide in Lithuania. // Archives of Suicide Research. — 1995. — Vol. 1 (3):149-158.
2. Gilinskiy, Ya., and G. Romyantseva. 2004. Dynamics of suicides in Russia. <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0161/analit01.php>.
3. Ласый Е.В. Анализ распространенности суицидов в Республике Беларусь/ Е.В.Ласый // Медицина, — 2004. — Т.3. — С. 6-10.
4. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология : [монография] / Л. Н.. Юрьева. — Днепропетровск : Пороги, 2006. — 472 с.
5. Värnik, A. (1997). Suicide in Estonia, 1965 — 1995. Tallin: JMR
6. Гернет М.Н. Суициды в 1925 и 1926 годах. Суициды в СССР в 1925 и 1926 годах. Москва. Центральный статистический офис СССР.

7. Богоявленский Д.Д. Российские самоубийства и российские реформы. Население и общество/ Д.Д.Богоявленский // Социологические исследования, — 2002. — №5. — С. 76-80.
8. Yur'yeva, L.N. 2010. Urban-rural patterns in Suicide Rates. In Developing an Evidence Base on Social and Public Health Determinants of Suicide in Eastern Europe, the Commonwealth of Independent States, and the Baltic Countries: A Foundation for Designing Interventions, 14-15 September 2010. Tallinn, Estonia.
9. Смидович С.Г. Самоубийства в зеркале статистики/ С.Г.Смидович// Социологические исследования, — 1990. — №4. — С. 75.
10. Ипатов А.В. Напряжки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні: [монографія] /А.В. Ипатов — Днепропетровск : Пороги, 2000. — 67 с.
11. Заболеваемость и смертность населения Республики Беларусь. Статистический сборник. — Мн., Министерство статистики и анализа РБ, 2003. — 384 с.
12. Юрьева Л.Н. Динамика суицидальной смертности среди городского и сельского населения Украины / Л.Н. Юрьева, Е.Н. Зинченко, А.Е. Юрьев //Український вісник психоневрології, — 2012. — Т.20, вип. 3 (72). — С. 238.
13. Юрьева Л. Н. Динамика уровня самоубийств в Украине и ее региональные особенности / Л. Н. Юрьева, Е.Н. Зинченко, А.Е. Юрьев // Психічне здоров'я. — 2010. — Випуск 2 (27). — С. 75–78.)
14. Heikkinen M.E., Isometsä E.T., Marttunen M.J, et al. Social factors in suicide. Br. J .Psychiatry 1995; 167: 747-753.
15. Makinen I.H, Wasserman D. Suicide prevention and cultural resistance: stability in European countries' suicide ranking, 1970-1988. Ital J Suicidol 1997; 7: 73-85.
16. Platt S. Suicidal behavior and unemployment. A literature review. Health policy implications of unemployment. Geneva: World Health Organization; 1985: 87-132.
17. Wasserman, D., A. Varnik, and G. Eklund. 1994. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. Acta Psychiatr Scand 89 (5):306-13.
18. Wasserman, D., A. Varnik, and G. Eklund. 1998. Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR. Acta Psychiatr Scand (Suppl 394):26-33.

УДК 616.89-08-059:004.715

Роль модуля «маршрутизация» медицинской информационной системы в организации реабилитации больных с психическими расстройствами



Панченко О.А.



Антонов В.Г.

Панченко О.А., Антонов В.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

Резюме. Авторами рассматриваются возможности применения современных медицинских информационных систем, в частности модуля «МАРШРУТИЗАЦИЯ», в организации реабилитационной помощи больным с психическими расстройствами.

Ключевые слова: реабилитация, психические расстройства, модуль «МАРШРУТИЗАЦИЯ», медицинская информационная система.

The role of the module «routing» of the medical information system in organizing patients mental disorders rehabilitation

Panchenko O.A., Antonov V.G.

Donetsk National Medical University by M.Gorky

State Institution «Theoretical and Practical Medical Rehabilitation and Diagnostic Center Ministry of Health of Ukraine»

Resume. Possibility of modern medical information systems, the «routing» module, in particular, application in organizing patients' mental disorders rehabilitation help has been considered by the authors.

Key words: rehabilitation, mental disorders, «routing» module, medical information system.

В докладе Всемирной организации здравоохранения «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» подчеркивается новизна отношения к психическим расстройствам, которая дает дополнительные перспективы психическим больным и их семьям во всех странах и во всех обществах. В новой концепции психотерапия рассматривается как плановое и структурированное вмешательство, направленное на изменение поведения, настроения, эмоциональной реакции на различные стимулы с помощью вербальных и невербальных средств [1].

Роль психотерапии существенно возрастает в связи с развитием реабилитационного направления в психиатрии, методологической

установкой которого является объединение медицинской, психологической и социальной моделей болезни в единую биопсихосоциальную модель. Реабилитация — это не только профилактика, лечение и восстановление трудоспособности, но и интегративный подход к больному, охватывающий все параметры его жизнедеятельности и опосредующий терапевтические воздействия через его личность.

Применение биопсихосоциальной модели психического расстройства ставит задачи организации полипрофессионального (врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник) бригадного ведения пациента [2].

Система комплексной реабилитации предусматривает как медикаментозную терапию, так и общеукрепляющее лечение, физиотерапию, а также индивидуальную и групповую психотерапию, тренинги социальных навыков, семейную терапию и т.д. Учет не только биологических, но и психологических и социальных параметров в этиопатогенезе психического расстройства, ориентация на сохранные стороны личности пациента, его внутренние ресурсы, воздействие на социальное окружение больного, улучшение его межличностного взаимодействия требуют серьезного подхода к составлению психотерапевтической программы лечения, которая подчас может занимать длительный период. Кроме того, специфика данного контингента состоит в том, что больной больше доверяет процессу лечения, если он видит его четкий план.

В связи с вышеизложенным, весьма важным является информатизация медицинского процесса. Под этим подразумевается, в первую очередь, наличие компьютеров, объединенных в компьютерную сеть, а также функционирование в ней медицинской информационной системы (МИС), основным компонентом которой является электронная медицинская карта пациента (ЭМКП), в частности — амбулаторная карта (в поликлинике) или история болезни (в стационаре). Деятельность современного медицинского учреждения зависит не только от эффективности использования МИС, но и в значительной степени — от способности адаптировать ее к требованиям времени. Обработываемая информация, ее качество и

адекватность — это решение задач, связанных с жизнью и здоровьем пациентов, проблемами жизнеобеспечения самого учреждения.

На сегодняшний день в Украине применяется целый ряд МИС как отечественных, так и зарубежных разработчиков. Каждая из них, согласно современным подходам к проектированию, имеет модульную архитектуру, состоит из программных модулей и компонентов, которые объединены вокруг общего ядра. Все они, естественно, имеют отличия: по глубине решаемых задач, по программным модулям, по преемственности, унификации и так далее. Объединяет их наличие в каждой, в том или другом виде, таких модулей, как ЭМКП, РЕГИСТРАТУРА, и т.д. Но для информационного сопровождения реабилитационного процесса нужны не только записи пациента на прием и в истории болезни, но и серьезное планирование длительного комплекса многосеансных процедур. С этой задачей может справиться отдельный модуль МАРШРУТИЗАЦИЯ, который интегрирован в общую информационную среду и связан с базами данных, имеющими отношение к модулям ЭМКП и РЕГИСТРАТУРА [3]. Такой модуль разработан и реально воплощен в МИС ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины».

Нахождение пациента в лечебном учреждении можно условно отобразить схемой, предоставленной на рис. 1, где показан как физический маршрут, так и его информационное сопровождение. Модуль МАРШРУТИЗАЦИЯ работает по следующему алгоритму.

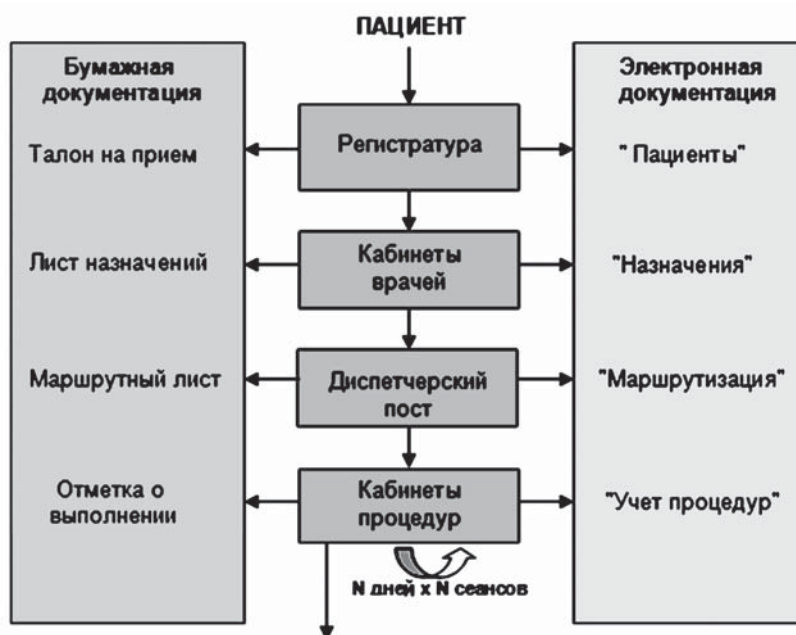


Рис.1.
Схема движения пациента в лечебном учреждении

Пациент обращается в регистратуру, которая направляет его к врачу. Врач назначает больному лечебные процедуры в письменном виде и заносит эту информацию в электронную историю болезни. После посещения врача пациент обращается на диспетчерский пост, где осуществляется планирование лечения — вступает в работу модуль МАРШРУТИЗАЦИЯ:

1. **Планирование.** Назначаются даты и время проведения сеансов по предписанным процедурам. Каждой из процедур изначально присвоена строго заданная длительность. Исходя из этого, назначенное время сеанса трактуется однозначно, что исключает пересечение пациентов при лечении. Задача состоит в том, чтобы сеансы по нескольким процедурам, назначенным одному и тому же пациенту, (естественно с учетом приоритетности), в один день, расположились в минимальном временном промежутке. Планирование может осуществляться как в ручном, так и в автоматическом режиме по выбранным критериям (до обеда, после обеда, с учетом выходных дней и т.д.).

2. **Формирование маршрутного листа.** Создается и распечатывается маршрутный лист с подробным процедурным планом. Согласно плану пациент обращается за лечением в нужное время в нужный процедурный кабинет. На рис. 2 показан пример плана для прохождения физиотерапевтических процедур.

3. **Учет процедур.** В каждом процедурном кабинете на экране монитора отображается список пациентов по назначенной процедуре. После окончания сеанса делается отметка о его выполнении, а в конце лечения после проведения последнего сеанса — о завершении процедуры.

4. **Контроль и отчетность.** Благодаря созданию сопровождающих электронных документов в режиме реального времени состояние лечебного процесса может контролироваться в любой момент рабочего времени. В конце дня формируется отчетность по различному комплексу критериев, а в конце месяца — в бумажном виде согласно нормативным требованиям.

Полипрофессиональное сопровождение лечебного процесса пациента с психическими расстройствами выдвигает некоторые специфические требования к модулю МАРШРУТИЗАЦИЯ. Так, в его составе должны быть предусмотрены база данных и интерфейс к ней, где отражались бы записи в виде форума бригады специалистов (врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник) в ходе лечебного процесса. Доступ к этой информации должен быть обеспечен как непосредственно из модуля, так и с интерфейса модуля ЭМКП.

Эффективность медицинской помощи во многом зависит не только от правильного назначения комплекса необходимых реабилитационных процедур, но и от организации

Процедурный план		Мироненко АВ			
		Врач: Цапро НП	Пребывание: 23.05.2012 02.06.2012		
Процедура	Количество	Описание			
СПЕЛЕО_ТЕР	10	Каб. № 5			
МАССАЖ4	10	Каб. №40			
ВОДО_ЛЕЧЕН	10	Каб. № 25			
ИНГАЛЯЦИЯ	10	Каб. № 39			
ЛФК	10	Каб. № 45			
	СПЕЛЕО_ТЕР	МАССАЖ4	ВОДО_ЛЕЧЕН	ИНГАЛЯЦИЯ	ЛФК
23.05.2012	11.00-11.30	09.20-09.40	08.30-09.00	09.00-09.15	10.00-10.30
24.05.2012	11.00-11.30	09.20-09.40	08.30-09.00	09.00-09.15	10.00-10.30
25.05.2012	11.00-11.30	09.20-09.40	08.30-09.00	09.00-09.15	10.00-10.30
26.05.2012	11.00-11.30	09.20-09.40	08.30-09.00	09.00-09.15	10.00-10.30
27.05.2012					
28.05.2012	11.00-11.30	09.20-09.40	08.30-09.00	09.00-09.15	10.00-10.30
29.05.2012	11.00-11.30	09.20-09.40	08.30-09.00	09.00-09.15	10.00-10.30
30.05.2012	11.00-11.30	09.20-09.40	08.30-09.00	09.00-09.15	10.00-10.30
31.05.2012	11.00-11.30	09.20-09.40	08.30-09.00	09.00-09.15	10.00-10.30
01.06.2012	11.00-11.30	09.20-09.40	08.30-09.00	09.00-09.15	10.00-10.30
02.06.2012	11.00-11.30	09.20-09.40	08.30-09.00	09.00-09.15	10.00-10.30

Рис.2.

Пример процедурного плана

ее предоставления. Чем больше времени пациент проводит в очереди под процедурным кабинетом, тем вероятнее снижение эффекта от принятого лечебного сеанса. Поэтому важно не допускать малейших сбоев в слаженной системе реабилитационного процесса. Должны быть исключены такие моменты, как

опоздания медицинского персонала, отвлечения от работы и т.д. Малейшая задержка одного больного в одном кабинете может повлечь сбой в организации реабилитации всех остальных. В связи с этим эффективность работы модуля «МАРШРУТИЗАЦИЯ» может сводиться к нулю.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. — М.: Весь Мир, 2001. — 217 с.
2. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство / С.М. Бабин. — СПб.: СпецЛит, 2012. — 335 с.
3. Панченко О.А. Модуль «МАРШРУТИЗАЦИЯ» в медицинской информационной системе лечебного учреждения / О.А. Панченко, В.Г. Антонов // Український журнал телемедицини та медичної інформатики. — 2012. — Т.10, №1. — С. 107-108.

УДК: 616.89 - 008.441.44 (477.54)

Завершені суїцидальні спроби у популяції м. Харкова (2008-2010 рр.)



Бачериков А.М.



Матузок Е.Г.



Лакинський Р.В.



Ткаченко Т.В.



Сітенко Л.М.

Бачериков А.М., Матузок Е.Г., Лакинський Р.В., Ткаченко Т.В., Сітенко Л.М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)
Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи

Резюме. Було вивчено супроводжуючі документи на 610 суїцидентів. Співвідношення чоловіки/жінки становило 2.54:1. Найбільше число самогубств спостерігалось у віковій групі 20–59, 2/3 суїцидентів були молодше 60 років. Біля 90 % випадків задля здійснення самогубства використовувалися повішення та падіння з висоти. Майже всі завершені суїцидальні спроби були брутальними. У стані алкогольного сп'яніння здійснили завершену суїцидальну спробу 28 % суїцидентів.

Ключові слова: моніторинг, завершенна суїцидальна спроба, популяція.

The completed suicides in Kharkiv (2008-2010 years)

Bacherykov A.N., Matuzok E.G., Lakinskiy R.V., Tkachenko T.V., Sitenko L.N.

SI «Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine» (Kharkiv)

Kharkiv Regional Bureau of Forensic-Medical Expertise

Resume. It was studied accompanying papers of 610 citizens of Kharkiv and completed suicides. The correlation between men and women up to 2.54 : 1. The largest amount of suicides were in the age group 20–59. Nearly 2/3 suicidents were younger 60 years. Near 90 % cases for the sake of realization of suicide hanging and falling from a height. Almost all are completed suicidal attempts were rough. In the state of alcoholic intoxication carried out the completed suicidal attempts 28 %.

За даними ВООЗ, щороку майже 1 млн. осіб на землі помирають від самогубства, «глобальний» рівень смертності складає 16 осіб на 100000 населення, або одна людина кожні 40 секунд. Самогубство входить в трійку провідних причин смерті серед осіб у віковій групі 15–44 років у розвинутих країнах світу є другою за частотою причиною смерті у віковій групі 10–24 років. За деякими даними незавершені суїцидальні спроби здійснюються у 10–20 разів ніж завершене самогубство. Всесвітня організація Охорони Здоров'я вважає боротьбу за зменшення суїцидальної активності населення планети одним з найбільш важливих напрямків

своєї діяльності [1]. У багатьох цивілізованих країнах світу прийняті та ретельно втілюються в життя національні антисуїцидальні програми [2, 3]. Згідно із офіційною статистикою в Україні на 100 000 населення здійснюється більше ніж 20 завершених самогубств, за світовими стандартами цей показник вважається достатньо високим [4]. Рівень самогубств особливо високий серед людей працездатного віку, що має негативні демографічні і економічні наслідки [5, 6]. Значна розповсюдженість самогубних спроб в нашій країні ставить цю проблему у ряд найбільш важливих і надає їй особливого значення.

Метою даної роботи було вивчення особливостей здійснення завершених суїцидів населенням м. Харкова протягом 2008–2010 років.

Результати

Моніторинг здійснювався за даними протоколів розтину тіл суїцидентів з архіву Харківського Обласного Бюро Судово-медичної експертизи у 2008–2010 роках. За цей час було офіційно зареєстровано 610 випадків самогубств. Чоловіки здійснили 438 самогубства, жінки — 172. Співвідношення чоловіки/жінки складає 2,54 : 1.

Стандартизовані за віком показники самогубств для чоловіків і жінок з 2008 по 2010 рік показані на рис. 1.

Встановлено, що суїцидальна активність мінімальна у віковій групі до 19 років — 20 осіб ($p < 0,05$), що складає 3,27 % від загального числа обстежених випадків. Максимальна кількість людей скоїла суїцид у працездатному віці 20–59 років ($p < 0,05$).

Аналіз гендерного розподілу показав (див. рис. 2), що загальною тенденцією є перевага серед суїцидентів чоловіків. Найбільш часто вони скоювали суїцид у віці 20–59 років. Найбільше жіночих самогубств було скоєно

також у працездатному віці, проте особливістю було скоєння достатньо великої кількості суїцидів у віковій групі 80 та більше років.

На рис. 3 представлені дані про кількість завершених суїцидальних спроб, що були здійснені у різні пори року. Найбільше людей гинуло влітку — 173 осіб (28,36 % від загального числа спостережень) та навесні 165 осіб (27,04 % від загального числа обстежених випадків). Мінімум завершених суїцидальних спроб мав місце взимку — 124 випадки (20,32 % від загальної кількості спостережень).

Розподіл суїцидентів за статтю та порами року, у які було скоєно самогубство, відображені на рисунку 4. Чоловіки найчастіше вкорочували собі віку влітку — 126 осіб (20,65 % від загального числа загиблих та 28,76 % від загальної кількості загиблих осіб чоловічої статі) та навесні — 121 особа (19,83 % від загального числа загиблих та 27,62 % від загальної кількості померлих чоловіків). Жінки також найчастіше скоювали суїцид влітку — 47 осіб (7,7 % від загального числа загиблих та 27,32 % від загальної кількості загиблих жінок) та восени — 46 осіб (7,54 % від загального числа загиблих та 26,74 % від загальної кількості загиблих жінок).

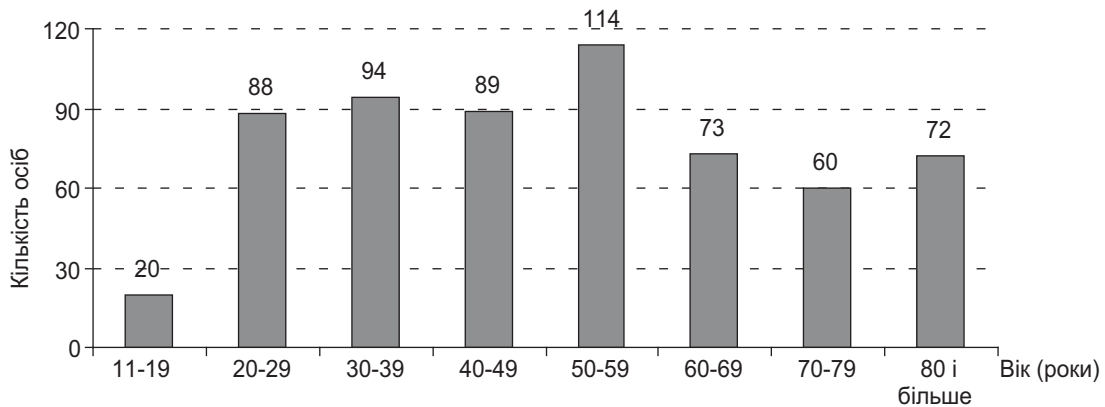


Рис. 1.
Розподіл суїцидентів за віком

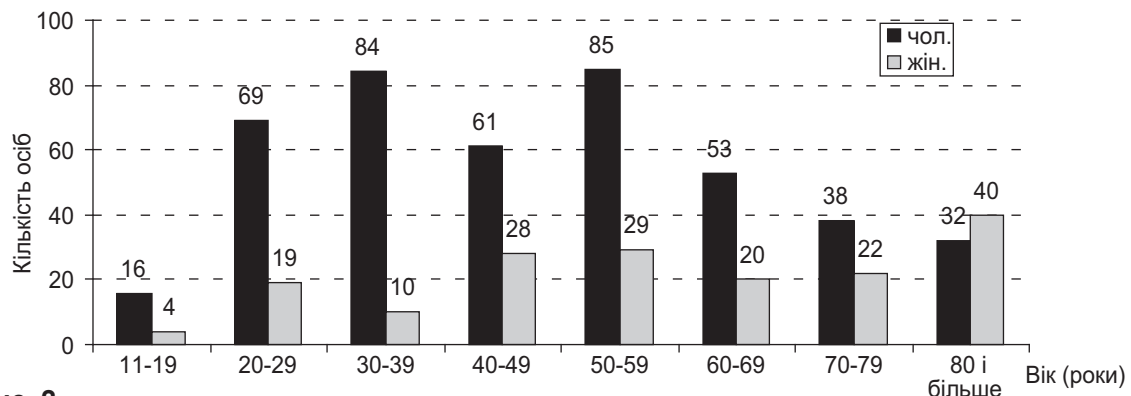


Рис. 2.
Розподіл суїцидентів за статтю та віком

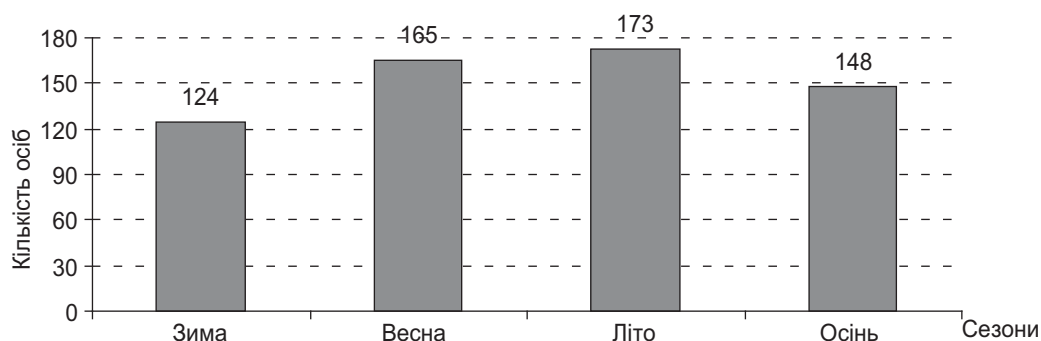


Рис. 3.
Розподіл суїцидентів за порами року у які було скоєно самогубство

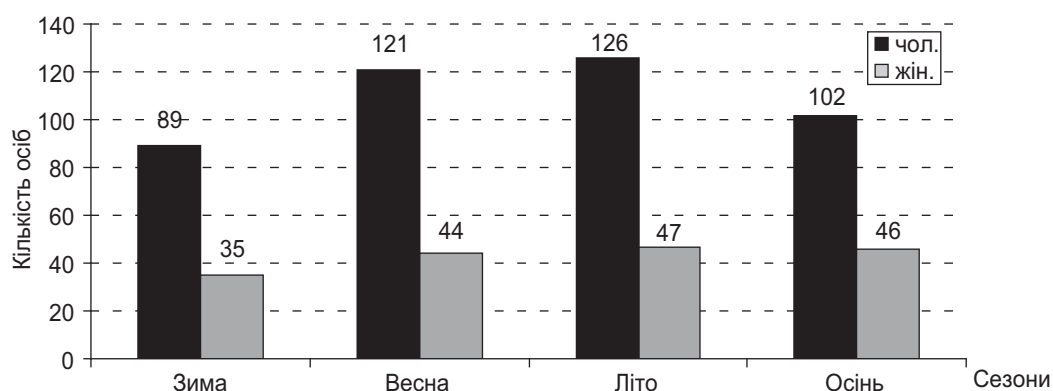


Рис. 4.
Розподіл суїцидентів за статтю та порами року, у які було скоєно самогубство

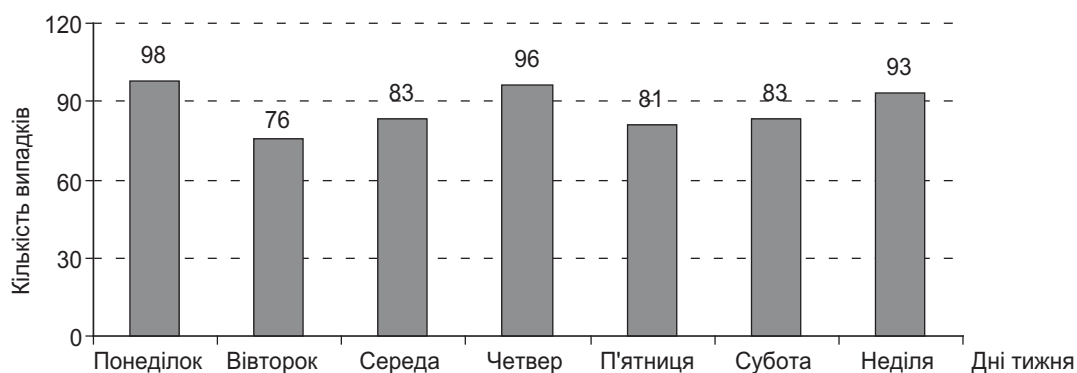


Рис. 5.
Розподіл суїцидентів по днях тижня

Під час вивчення розподілу завершених суїцидів по днях тижня у загальній популяції (див. рис. 5) з'ясувалося, що найбільша кількість завершених суїцидальних спроб була здійснена по понеділках, четвергах та неділях — 98,96 та 93 випадків відповідно. За ці дні тижня було здійснено 47,04 % від загальної кількості завершених спроб у популяції, що досліджується. Найменше спроб здійснювалося по вівторках — 76 випадків — 12,45 % від загальної кількості завершених суїцидальних спроб.

Розподіл завершених спроб за днями тижня та статтю показаний на рис. 5. З вівторка по суботу кількість здійснених завершених спроб самогубств складає 53–66 випадків на добу, що

становить 12,10–15,06 % від усіх завершених самогубств. Пік суїцидальної активності у чоловіків приходить на неділі та суботи 69 і 73 випадків на добу — 15,75 % та 16,66 % відповідно від усіх самогубств, що здійснили чоловіки.

У жінок кількість самогубств за днями тижня була приблизно однаковою 23–26 спроб на день, що відповідає 13,37 %–15,11 % від усіх самогубств, що здійснили жінки. Максимальна суїцидальна активність мала місце по четвергах 30 спроб — 17,44 %, мінімальна по середах 20 випадків — 11,62 % від загальної.

Результати дослідження розподілу кількості завершених суїцидальних спроб у місті за часом доби представлені на рис. 7.

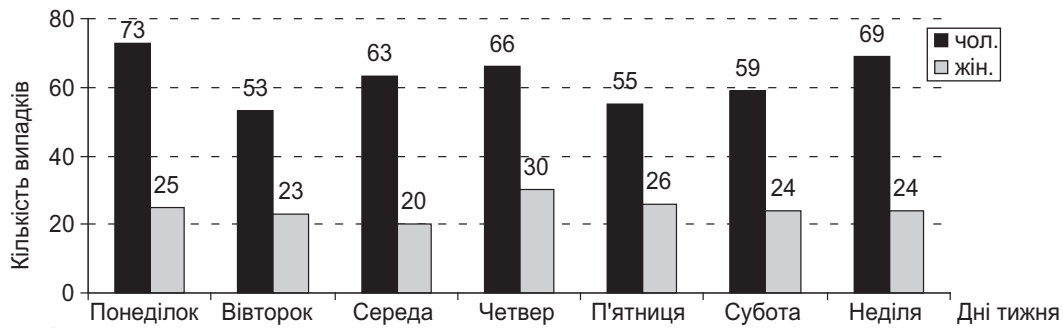


Рис. 6.
Розподіл суїцидентів по днях тижня у чоловіків та жінок окремо

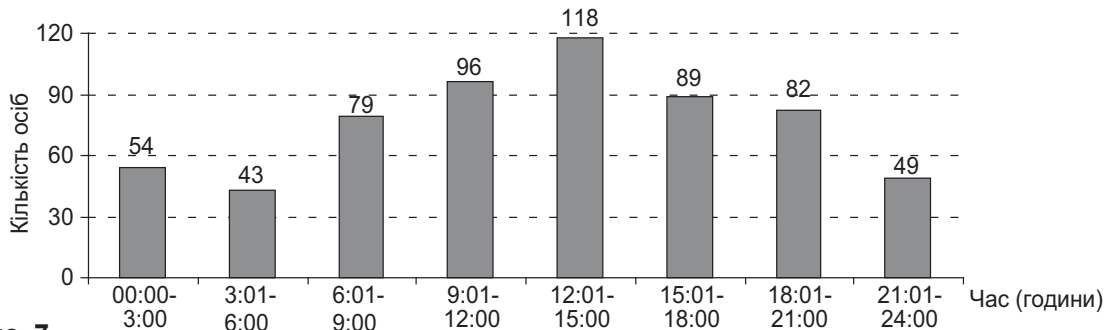


Рис. 7.
Розподіл завершених суїцидів у міській популяції за часом доби

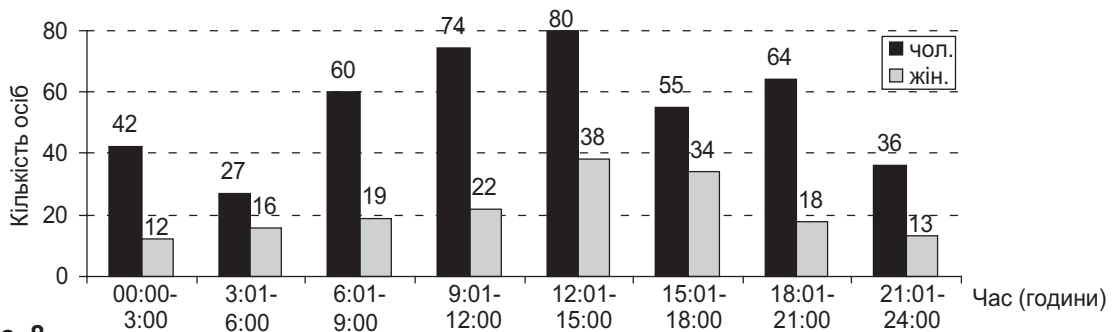


Рис. 8.
Розподіл суїцидів у міській популяції за статтю та часом доби

Максимум спроб у місті припадає на період часу з 12-ої години до 15-ої години. У цей період було скоєно 118 спроб, що складає 19,34 % від загальної кількості зареєстрованих завершених суїцидів. Найменше спроб було здійснено з 3-ої години ночі до 6 — ої години ранку — 43 випадки, що складає 7,04 % від загальної кількості зафіксованих нами завершених суїцидальних спроб. Із 6-ої години ранку впродовж 9 годин кількість самогубств поступово зростала, а з 15-ої години до 3 години — поступово зменшувалася.

Дані щодо розподілу завершених суїцидів у міській популяції за статтю та часом доби представлені на рис. 8. Найбільш часто як чоловіки, так і жінки йшли з життя з 12 години до 15 години. У чоловіків в цей час було зафіксовано 80 смертей — 18,26 % від загальної кількості суїцидентів та 13,11 % від усіх самогубств, що здійснили чоловіки. У жінок за цей час здійснено 38 спроб — 6,22 % від усієї кількості завершених

суїцидів та 22,09 % від кількості спроб, здійснених жінками.

За способом вкорочення собі віку суїциденти розподілилися наступним чином (див. рис. 9). Найбільш часто використовувалися повішення — 437 випадків (71,63 % всіх самогубств, $p < 0,05$) та падіння з висоти — 111 випадків (18,19 % всіх самогубств). Тобто, приблизно 90 % завершених суїцидальних спроб були брутальними.

Рис. 10 ілюструє кількість самогубств у осіб різних статей, для кожного способу самогубства. Найбільш поширені способи самогубства в порядку частоти були: підвищення (чоловіки — 55,2 %, жінки — 16,3 %, $p < 0,001$), падіння з висоти (чоловіки — 9,6 %, жінки — 8,5 %, $p < 0,001$), отруєння (чоловіки — 2,3 %, жінки — 1,7 %, $p < 0,001$), різані рани (чоловіки — 3,1 %, жінки — 0,9 %, $p < 0,001$), втоплення (чол/жін — 0,3 % відповідно, $p < 0,001$).

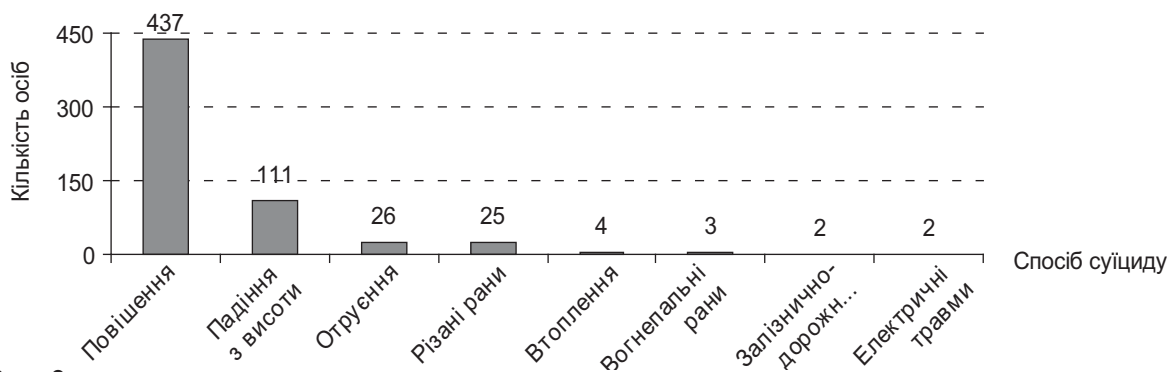


Рис. 9.
Розподіл суїцидентів залежно від способу самогубства

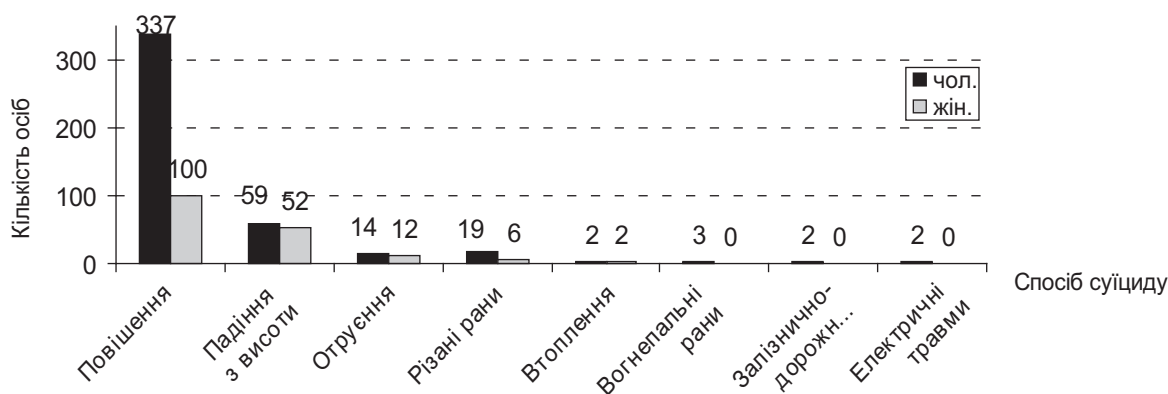


Рис. 10.
Розподіл суїцидентів залежно від статі та способу самогубства

За даними судово — медичної експертизи у стані алкогольного сп'яніння від навмисних самоушкоджень померла 171 особа. Співвідношення чоловіки / жінки становило 5,11: 1.

Висновки

1. У загальній Харківській міській популяції суїцидентів співвідношення чоловіки/жінки становить 2,54 : 1.
2. Найбільше число самогубств спостерігалося у віковій групі 20–59, 2/3 суїцидентів були молодше 60 років.

3. Найбільш часто суїциди скоювалися влітку та навесні.
4. У обох статей найбільш часто суїциди скоювалися з 12 по 15 години.
5. Майже у 90 % випадків задля здійснення самогубства використовувалися повішення та падіння з висоти.
6. При посмертному дослідженні крові суїцидентів у 28 % з них був виявлений етанол. Співвідношення чоловіки/жінки у таких випадках становило 5,11: 1.

Література

1. World Health Organization (2005) Suicide huge but preventable public health problem. [http:// www.who.int/mediacentre/new/releases/ 2004/pr61/en/](http://www.who.int/mediacentre/new/releases/2004/pr61/en/).
2. Mann, J.J. Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review [Text] / J.J. Mann, A. Apter, J. Bertolote [et.al] // Journal of American Medical Association — 2005. — Vol. 16. — P. 2064–2074.
3. Dumesnil, H. Public Awareness Campaigns About Depression and Suicide: A Review [Text] / H. Dumesnil, P. Verger // Psychiatric Services. — 2009. — Vol. 9. — P. 1203–1213.
4. Who/ Suicide rates per 100, 000 by country, etar and sex (Table) [www. document]. URL. [http:// who.int/mental_ health/prevention/suicide_ rates](http://who.int/mental_health/prevention/suicide_rates). — 2009.
5. Положий, Б.С. Суициды в контексте этнокультуральной психиатрии / Б.С. Положий // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Том. 4, № 2. — С. 2.
6. Аврамова, Е.М. Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены [Текст] / Е.М. Аврамова, Е.В. Балацкий [и др.] // Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). — 2008. — № 6.

УДК 616.89 (092)

Слово о монографии профессора И.А. Полищука «Биохимические синдромы в психиатрии» (К 45-летию со дня выхода в свет)



Кузнецов В. Н.



Петрюк П. Т.

Кузнецов В. Н.¹, Петрюк П. Т.²

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев,

² Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Резюме. Проведено теоретичний аналіз монографії Й.А. Поліщука «Біохімічні синдроми в психіатрії» (1967), в якій висвітлена систематизація розладів метаболізму при психічних захворюваннях. Підкреслюється актуальність даної роботи, що зберігається до теперішнього часу, яка є безцінним науковим внеском у вітчизняну та світову психіатрію, необхідність активного використання лікарями-психіатрами і науковцями результатів біохімічних досліджень автора в їх повсякденній практичній і науково-дослідній діяльності.

Ключові слова: професор Й.А. Поліщук, біохімічні синдроми, психічні захворювання.

The word about the monograph of professor I.A. Poliscuk the «Biochemical syndromes in psychiatry» (To 45 years from the day of appearance)

Kusnetsov V. M.¹, Petryuk P. T.²

¹ National medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupic, Kyiv,

² Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

Resume. The theoretical analysis of monograph of I.A. Poliscuk is conducted the «Biochemical syndromes in psychiatry» (1967) in which systematization of disorders of metabolism is lighted up at psychical diseases. Actuality of this work, saved to the present tense is underlined, which is a priceless scientific contribution to domestic and world psychiatry, necessity of the active use doctors-psychiatrists and workers of researches of results of biochemical researches of author in their everyday practical and research activity.

Key words: professor I.A. Poliscuk, biochemical syndromes, psychical diseases.



Полищук И. А.

Несомненный признак всякой хорошей книги — если она нравится тем больше, чем человек становится старше.

Г. Лихтенберг

За последние десятилетия биохимические и патофизиологические исследования стали занимать в психиатрии все большее место и в настоящее время приобрели значение важных и перспективных направлений. В связи с разработкой новых методов исследований, благодаря успехам биохимии и раскрытию новых патофизиологических закономерностей стало возможным проникновение в сложнейшие интимные процессы, совершающиеся в живом организме, особенно в нервной системе. Собраны достоверные факты, обогатившие представления о материальной, биологической сущности тех расстройств,

которые лежат в основе психических заболеваний. Однако эти данные являются только вспомогательными, ибо качественные особенности изменений психики больных они раскрыть не в состоянии [1-6].

Следует подчеркнуть, что работами многочисленных отечественных и зарубежных авторов (А.И. Юценко, Л.И. Омороков, М.Я. Серейский, М.А. Чалисов, Н.М. Вольфсон, Д.И. Арутюнов, В.П. Протопопов, И.А. Полищук, А.Л. Лещинский, Н. Pfeiffer, M. de Crinis, V.M. Buscaino, H. Cotton и многих других) установлено, что у психически больных имеются более или менее резко выраженные нарушения физиологических процессов и обмена веществ [7, 8]. В процессе лечения может наблюдаться нормализация отдельных видов обмена параллельно улучшению состояния больного либо углубление обменных нарушений как свидетельство неправильного лечения наряду с клиническими проявлениями неблагоприятного развития заболевания. *Психические и соматические расстройства у психически больных являются двумя сторонами одного и того же болезненного процесса.* Поэтому существовавшее ранее и поддерживаемое иногда и в настоящее время представление о тех или иных соматических нарушениях в клинической картине психического заболевания как о чем-то случайном, для него не характерном, находит свое выражение в нередко употребляемых определениях: «изменения обмена при маниакально-депрессивном психозе» или «нарушения со стороны вегетативной нервной системы при шизофрении». О принципиальной неправильности таких определений говорил еще В.А. Гиляровский, исходивший из представлений о единстве психических и соматических нарушений у психически больных. В аспекте такого единства речь должна идти не о каких-либо соматических изменениях при том или ином психическом заболевании, а о соматических симптомах психических болезней, составляющих один из компонентов такого рода болезни. Часть таких соматических симптомов выявляется патофизиологическими и биохимическими методами. Изучение и знание этих симптомов может способствовать более глубокому и правильному пониманию патогенеза заболеваний. Помимо этого, гуморальные исследования в практическом отношении могут способствовать решению следующих задач:

- 1) назначению обоснованной (патогенетической) терапии;
- 2) установлению ряда противопоказаний для лечения;
- 3) контролю соматического состояния больного в процессе лечения и учету могущих возникнуть осложнений;

4) оценке эффективности лечения в процессе его проведения и результатов лечения [1].

При этом важно, что биохимических показателей, специфичных для того или иного психического заболевания, мы пока не знаем. Иначе говоря, «ставить диагноз психического заболевания в пробирке» невозможно. Однако имеются, по меньшей мере, характерные гуморальные синдромы, наиболее четко выявленные у больных шизофренией, маниакально-депрессивным психозом (МДП) и эпилепсией.

Цель настоящей работы — проанализировать биохимические представления известного отечественного психиатра И.А. Полищука при различных душевных расстройствах, научную и практическую значимость полученных автором результатов, чтобы оценить, могут ли они быть полезными и в настоящее время для научной и практической психиатрии.

Материал и методы исследования

Проведен теоретический анализ монографии И.А. Полищука «Биохимические синдромы в психиатрии» (1967), в которой освещены биохимические исследования патофизиологического направления в отечественной психиатрии. Методы исследования: исторический, теоретический, системный, клинко-психопатологический, биохимический и экспертный.

Итак, гуморальные исследования психически больных представляют собой только часть клинического исследования и не могут являться самостоятельным критерием для решения вопросов диагностики и терапии. Только совокупность всех результатов клинического исследования в сочетании с биохимическими и патофизиологическими данными может обеспечить объективную и, следовательно, правильную оценку состояния больного и назначаемого или проводимого ему лечения [1].

Этому способствует известная монография профессора И.А. Полищука «Биохимические синдромы в психиатрии», вышедшая в свет 45 лет тому назад и не потерявшая своей актуальности до настоящего времени [7, 8]. В данной монографии обобщены результаты исследований биохимических нарушений при психических заболеваниях, проводившихся автором в течение ряда лет, а также данные специальной литературы по этой проблеме. Обосновывается роль биохимических нарушений в клинике психозов и место биохимии в психиатрических исследованиях. Развивается положение о том, что для понимания патофизиологии психозов могут иметь значение не отдельные биохимические показатели, а комплекс биохимических изменений в динамике. Рассматриваются такие часто встречающиеся при психозах метаболические

нарушения, как алиментарные, аутоинтоксикационные, гипоксемические. Большое внимание уделено анализу расстройств энергетического обмена, а также биохимическому аспекту иммунологических и эндокринно-вегетативных нарушений в психиатрической клинике. Показаны возможности биохимического исследования наследственной патологии. Излагаемый в работе материал, касающийся биохимического исследования психически больных, сгруппирован по синдромам, отражающих сущность обменных нарушений при различных психотических состояниях. Подвергаются анализу клиническое значение последних и вытекающие из них рациональные терапевтические мероприятия.

Таким образом, данная монографическая работа по своему характеру является кратким очерком психиатрической клинической биохимии, которая только начинает развиваться. Автор высказывает ряд предположений о будущих, перспективных возможностях исследования тех или иных биохимических синдромов.

В главе 1 «Место биохимических исследований в психиатрии и их значение» отмечается, что пути развития и состояние психиатрии во многом отличаются от других клинических дисциплин. Еще известный отечественный психиатр А.У. Фрезе писал: «...Мы смотрим на душевные болезни так же, как и на все остальные болезни человеческого тела. До сих пор никому не удалось наблюдать душевные явления сами по себе, то есть независимо от данного организма» [7, 8].

Автор дает краткую характеристику отечественных и зарубежных достижений биохимических исследований в психиатрии того времени, справедливо подчеркивается приоритет отечественных ученых в данном направлении исследований. При этом аргументировано подчеркивается, что биохимические исследования в психиатрии могут развиваться только в рамках соматического (патофизиологического) направления, которое стоит на материалистической позиции телесной обусловленности психозов. Для этого направления развитие биохимических исследований является решающим, ибо они позволяют обнаружить основы патологии самых различных органов и систем, в т.ч. мозга. Для этого направления данные биохимического исследования — не дополнительная симптоматика психоза, отражающая «влияние психики на соматику», а коренные нарушения, лежащие в основе патогенеза психоза. Автор поэтому обосновано считал, что *нет самостоятельного биохимического направления, а биохимические исследования составляют основу патофизиологического направления в психиатрии.*

И.А. Полищук уместно подчеркивает, что для соматического направления в психиатрии необходимо развитие следующих направлений:

- 1) конституционально-генетическое направление;
- 2) патоморфологическое направление;
- 3) экспериментально-психофармакологическое направление, позволяющее создавать «модели» психозов и изыскивать средства, влияющие на эти модели в нужном направлении;
- 4) иммунобиологическое направление;
- 5) эндокринологическое направление;
- 6) психологическое направление;
- 7) социологическое направление.

В главе 2 «Биохимические синдромы в психиатрии и их классификация» подчеркивается, что цель биохимических исследований патологических процессов — понимание динамики биохимических закономерностей, лежащих в основе их патогенеза. Патогномоничны и значимы изменения не одного какого-либо ингредиента, а направление целой цепи биохимических процессов, сопровождающих то или иное заболевание.

Отмечается, что нормальные физиологические функции совершаются в результате сложной цепи биохимических превращений веществ, протекающих строго закономерно, благодаря сопряженным ферментным системам. Так и патологически нарушенный биохимизм характеризуется определенной последовательностью парциальных химических реакций, своеобразных и типичных только для данного болезненного состояния организма.

Автор выделяет следующие биохимические синдромы в психиатрии [7-9]:

1. *Синдром интоксикации (экзо- и эндогенный, с нарушением процессов выделения и обезвреживания токсических продуктов)*, который встречается при экзогенном типе реакции, острых приступах экзогенных психозов, соматогенных психозах, инволюционных нервно-психических расстройствах.
2. *Синдром нарушения окислительно-восстановительных процессов (тканевая гипоксия)* с частичной блокадой оксидаз и дегидраз, со снижением окислительных процессов и накоплением недоокисленных продуктов обмена. Напомним, что В.П. Протопопов считал гипоксию причиной развивающегося гипноидного состояния коры головного мозга. Биохимическая сущность гипо- и аноксического состояний заключается в дефиците кислорода, необходимого для жизнедеятельности клеток, для окислительного превращения веществ и освобождения энергии, обеспечивающей

физиологические функции тканей и органов. Этот синдром встречается при состояниях, протекающих с гипноидными фазами (сновидные, ступорозные, абулические), в рамках эндогенных, сосудистых, инволюционных и экзогенных психозов.

3. *Синдром нарушенного энергетического обмена (гипер- и гипознергизма)* с замедлением и снижением или ускорением и повышением энергетического, углеводно-фосфорного обменов. Данный синдром характерен для маниакального возбуждения и депрессивного торможения, для других состояний эмоционального и психомоторного возбуждения или торможения, соответственно отражающих активную и пассивную формы защитных, адаптивных реакций.
4. *Синдром алиментарной недостаточности (полной или частичной)* с понижением гормональной и ферментативной активности, отрицательным балансом веществ. Встречается при психозах, развивающихся в связи с дистрофиями и авитаминозами или сопровождающихся этими явлениями, которые возникают из-за недостаточности поступления необходимых для жизни веществ (белков, жиров, углеводов, витаминов, солей, воды) или плохого усвоения.
5. *Синдром нарушения эндокринно-вегетативной регуляции* с нарушением абсолютных и относительных величин гормонов и медиаторов в тканях, крови и моче. Встречается при психозах на почве эндокринопатий или поражения межучного мозга и при всех других психозах, сопровождающихся вовлечением в патологический процесс эндокриниума и вегетатики.
6. *Иммунобиохимический синдром* тесно связан с механизмами выработки антител, проблемой реактивности организма, ее сенсibilизации и аллергии. Характерен для психозов, развивающихся в связи с инфекцией или сопровождающихся инфектом, аллергией и явлениями сенсibilизации.
7. *Биохимия генетически обусловленных патологических состояний* дает возможность по-новому взглянуть на сущность наследственной патологии и в психиатрии, что особенно важно, — открывает пути эффективной борьбы с этой патологией. Встречается при генетически обусловленных психозах или психозах на почве конституциональной предрасположенности.

Глава 3 «Синдром алиментарной недостаточности при психических заболеваниях» посвящена указанному синдрому. Показано, что синдром алиментарной недостаточности

в клинике вообще и в психиатрии в частности выходит далеко за пределы алиментарной дистрофии (голодной болезни) и различных видов авитаминозов и гиповитаминозов. В широком плане можно говорить об «алиментарной травме» — нарушениях экзогенного и эндогенного питания, как о причине многих патологических состояний.

Автор выделяет основные факторы, обуславливающие алиментарные нарушения при патологических процессах, в особенности при психических нарушениях, которые могут быть сформулированы в следующих положениях:

1. Многие заболевания (особенно психические) приводят к ограничению приема пищи как в качественном, так и в количественном отношениях.
2. Пища, принятая в достаточном количестве, не всегда может удовлетворить повышенные запросы организма, находящегося в болезненном состоянии.
3. При многих патологических процессах страдают процессы переваривания, всасывания и ассимиляции пищевых продуктов, а также синтеза ряда индивидуально-специфических соединений.
4. При различных заболеваниях появляются дополнительные требования в отношении отдельных составляющих частей пищи, которые не всегда удовлетворяются, либо некоторые составные части пищи становятся излишними и даже вредными для организма.
5. В процессе различных заболеваний возникает необходимость количественного или качественного ограничения пищи, что остается, к сожалению, без внимания со стороны больного и врача.

Все эти особенности процессов питания больного человека могут приводить к тяжелой алиментарной травме, дополнительно отягощающей течение болезни, а иногда и формирующей новые патологические состояния. И.А. Полищук подчеркивает, что при алиментарной дистрофии наступают глубокие нарушения всех жизненных функций, в первую очередь функции высшей нервной деятельности, кроветворения и желез внутренней секреции. Характерно, что дистрофические состояния у психически больных почти никогда не сопровождаются отеками, что, по-видимому, связано с приемом крайне ограниченного количества жидкости.

Следует также отметить, что при нервной анорексии не наблюдается изменений, свойственных дистрофии, хотя больной ограничивает прием пищи (вплоть до полного отказа), а истощение достигает крайних пределов.

Наиболее типичным для нервной анорексии являются нарушения солевого обмена и щелочно-кислого равновесия.

Характерно, что при шизофрении организм не может усваивать большие количества белковой пищи, при МДП наступает переключение энергетического обмена с углеводного на жировой, а при эпилепсии — белковая пища способствует накоплению аммиака и других азотистых токсических продуктов, организм больных, страдающих поражением сосудов, не может усваивать большие количества жира.

Опыт автора показывает, что организм многих психически больных, и в особенности больных шизофренией, не может использовать витамин В₁ для синтеза кокарбоксилазы вследствие недостаточности процессов фосфорилирования. Поэтому при лечении этим витамином необходимо следить за процессами фосфорилирования и стимулировать их назначением стероидных гормонов и АТФ.

В главе 4 «Синдром эндотоксикоза при психозах» подчеркивается, что наибольшее значение в психиатрической клинике имеют биохимические исследования, направленные на изучение явлений интоксикации в организме душевнобольных. Перспективы развития учения о патогенезе психозов в большой степени связаны с изучением природы и механизмов аутоинтоксикации, которую, по мнению И.А. Полищука, следует рассматривать в следующих аспектах:

- а) общебиологические и патофизиологические доказательства наличия интоксикаций при психозах;
- б) химическую природу токсических соединений;
- в) место и механизм образования токсических веществ при психозах;
- г) защитные механизмы против интоксикации.

Показано, что яды, чуждые по своей структуре организму и мозгу, вызывают чаще реакцию экзогенного типа, а яды, близкие организму и мозгу, и физиологически встречающиеся в организме (адреналин, некоторые метаболиты обмена), — психопатологические картины, в основном встречающиеся при эндогенных психозах (депрессии, маниакальные состояния, шизофреноподобные синдромы).

Указывается, что чрезвычайно характерными для шизофрении являются нарушения в балансе азота. Синдром ретенции азота в предприступном периоде заболевания и синдром «компенсации» — повышенное выделение азота во время приступа — является важным тестом для контроля над состоянием больных шизофренией, как при спонтанном ее течении, так и при лечении различными методами.

Автор подчеркивает, что они пришли к убеждению, что причиной нарушения метаболизма при шизофрении, в результате которого развивается аутоинтоксикация, является *слабость ферментных систем, принимающих участие в белковом метаболизме*, и в частности в обмене ароматических аминокислот — фенилаланина и триптофана. Однако эта слабость не является конституционально обусловленной, а возникает при вредном воздействии среды в связи с наследственной слабостью ферментов энергетического, углеводно-фосфорного обменов.

Следует указать на то, что изучение процессов интоксикации у душевнобольных и путей устранения токсических продуктов из организма способствует объяснению важнейшего патогенетического звена заболевания.

Глава 5 посвящена «Синдрому нарушения окислительно-восстановительных процессов в психиатрической практике» — очень важному патогенетическому звену при многих заболеваниях. Нарушение окислительных процессов в организме возможно при недостаточном подвозе кислорода к функционирующему органу и при неспособности тканей использовать подвозимый кровью кислород (так называемая тканевая гипоксия).

Подчеркивается, что изучение биохимического синдрома аноксии как в мозгу, так и во всем организме душевнобольных имеет очень важное диагностическое и практическое значение.

Автор полагает, что результаты исследований окислительных процессов у больных шизофренией, проведенных в последние годы, ответили на вопрос о том, что является причиной и что следствие. Не гипоксия является причиной скопления в организме токсических недоокисленных продуктов, а последние являются причиной усиления окислительной активности ферментов, а затем, благодаря своим ингибирующим свойствам, — ее снижения.

Таким образом, синдром нарушения окислительно-восстановительных процессов в организме душевнобольных, особенно в мозгу, является самым характерным явлением. Он помогает непосредственно объяснить психопатологические проявления, так как мозг, по-видимому, первый реагирует на затруднения в окислительных процессах, ведущих, естественно, к недостаточному снабжению его необходимой энергией. Снижение окислительных процессов резко отражается на анаэробной и аэробной фазе углеводно-фосфорного обмена, в частности на процесс фосфорилирования, в которых фиксируется освобождаемая из пищевых веществ энергия. Все это является существенным звеном в патологических процессах при психозах.

В главе 6 «Синдром нарушения энергетического обмена (гипер- и гипознергизма) при психозах» автор подчеркивает, что для патологии функциональной, какой и является психиатрическая патология, исключительное значение имеет энергетический обмен, который в организме обеспечивается двумя биохимическими процессами: процессами гликолиза-распада гликогена и внедрения фосфорной кислоты в молекулу глюкозы с ее расщеплением до молочной и пировиноградной кислот (анаэробный цикл) и процесс аэробного окисления, совершающегося в цикле трикарбоновых кислот (цикл Кребса), до углекислоты и воды. Существенным в этом процессе является то, что в процессе анаэробного цикла освобождается лишь незначительное количество энергии, заключенной в молекуле глюкозы (примерно $\frac{1}{3}$), и лишь в процессе окисления до конечных продуктов — углекислоты и воды — используется большая часть субстрата.

Автор выделяет две системы, регулирующие энергетический обмен: симпатoadреналовую и вагоинсулярную. Первая обеспечивает преимущественно процессы распада, диссимиляции, вторая — процессы ресинтеза (ассимиляции). Обе системы работают в тесной взаимосвязи, одна обеспечивает другую, и всякое нарушение их взаимодействия сказывается тяжелой патологией в области обеспечения клеток, органов и физиологических систем необходимой энергией.

Кроме этого многолетние исследования энергетического обмена у больных шизофренией и МДП позволили выделить синдромы гипер- и гипознергизма. При гиперэнергизме наблюдается высокий уровень сахара в крови, большая его артерио-венозная разница (энергетическое потребление тканями), усиление ресинтеза молочной кислоты, а также ускорение процессов гликолиза и аэробного (окислительного) этапа энергетического обмена. В крови при этом наблюдается повышенное содержание общего кислотнo-растворимого фосфора, фосфора дифосфоглицериновой кислоты и усиленный обмен (синтез и потребление) гексозофосфатов, АТФ и лимонной кислоты. При гипознергизме все перечисленные показатели меняются в противоположном направлении.

Бесспорно, синдром гиперэнергизма, повышение тонуса симпатoadреналовой системы и психомоторного (эмоционального) возбуждения, с одной стороны, и синдром гипознергизма, повышение тонуса ваго-инсулярной системы и психомоторной (эмоциональной) заторможенности, с другой стороны, — тесно связанные и неразделимые явления, наблюдаемые в клинике и могущие быть вызваны

искусственно, а также устранены с помощью терапевтических средств.

В главе 7 «Биохимия расстройств эндокринно-вегетативной регуляции при психозах» доказывается, что эндокринно-вегетативная нервная система наиболее тесно связана с метаболическими процессами, так как через неё осуществляется химическое звено нейрогуморальной регуляции жизненных функций целостного организма. Эта система является как бы связующей высшую нервную (психическую) деятельность с соматическими функциями организма, чем и обуславливается ее роль в протекании нервно-психических процессов в норме и патологии. Эндокринология — наиболее родственная психиатрии дисциплина, и без большого преувеличения можно сказать, что нет психозов без эндокринных расстройств и эндокринных заболеваний без нарушения психики. То же следует сказать и о вегетативной нервной системе.

Психофармакологические средства, действующие в основном на эндокринную систему и вегетативные центры (диэнцефалон и ретикулярная формация) резко влияют на течение психических процессов в норме и патологии и поэтому могут быть широко использованы в терапевтических целях.

Характерно, что тяжелые и мучительные экстрапирамидные явления возникают у больных с парасимпатикотонической установкой вегетативной нервной системы.

Отмечается, что биохимические исследования эндокринно-вегетативных расстройств при психозах имеют также большое значение для выявления парциальных расстройств отдельных желез внутренней секреции или локальных структур вегетативной нервной системы, которыми могут сопровождаться или обуславливаться психоз (надпочечники, щитовидная железа, паращитовидная железа, поджелудочная железа, половые железы, гипофиз).

В главе 8 «Биохимия в изучении роли наследственности при психических заболеваниях» указывается, что невропатологу и психиатру, анализирующему мозговую патологию, надо считаться с возможной ролью в этиологии нервно-психических заболеваний следующих врожденных расстройств метаболизма:

- 1) в области белкового обмена: алкаптонурия, албинизм, фенилкетонурия, тирозиноз, цистонурия, аминокислотный диабет, болезнь Вильсона;
- 2) в области липидного обмена: липоидный гранулематоз, болезнь Тай-Сакса, синдром Гаше-Ниман — пиковский синдром, ксантоматоз, гиперлипемия, гиперхолестеринемия, ксантоматозный цирроз печени;

3) в области углеводного обмена: арибонозурия, ксилотетозурия, фруктозурия, сахарозурия, гликогенная болезнь, сахарный диабет, галактозурия, гипофосфатазия (пониженная активность щелочной фосфатазы), каталазная анэнзимия, оксалоэ, врожденный дефект кинурениназы (А. Кларр, V. Курке) и ряд других энзимопатий.

И.А. Полищук справедливо утверждает, что, по-видимому, наследственная причина и наследственная предрасположенность к болезни — фактически одно и то же явление, только с разной количественной характеристикой. О наследственной этиологии мы говорим в том случае, когда глубокое нарушение биологических функций не может быть компенсировано никакими условиями внешней среды. Наследственная предрасположенность — это нарушение биологических функций, которые до известной степени спонтанно или при определенных условиях может быть компенсировано. Для возникновения заболевания в таких случаях необходимо действие еще сильного внешнего фактора, который выводит предрасположенный к определенным нарушениям организм из состояния равновесия и обуславливает болезнь. Многие душевные заболевания, очевидно, относятся к этому последнему типу, когда наследственность играет не непосредственную этиологическую роль, а только предрасполагающую.

Глава 9 «Биохимия иммунобиологических нарушений при психозах» посвящена одному из наиболее старых направлений в психиатрических исследованиях. Отмечается, что в генезе многих психозов известную роль играют антигенные вещества инфекционного или не инфекционного происхождения, в том числе аутоантигены, образующиеся в организме при определенных изменениях собственных тканей. Они являются причиной выработки специфических антител, которые могут быть обнаружены или сами по себе, или косвенно при наблюдении за реакцией между этим антигеном и антителами. Автор подчеркивает, что еще задолго до того, как оформилось учение об аутоаллергии (аутоагрессии), психиатрия пережила целую эпоху увлечения реакцией E. Abderhalden'a, основанной на учении этого автора о защитных ферментах.

Уместно обращается внимание, что помимо разнообразных нарушений композиции протеинов сыворотки крови и их качественных изменений, несомненно, отражающих иммунобиологические процессы, в современной клинике широко используется ряд биохимических показателей, прямо или косвенно отражающих глубокие изменения при инфекционных,

аутоинфекционных, аллергических и аутоаллергических процессах. Исследование этих показателей и дальнейшее развитие иммунохимии, вне сомнения, внесут много нового в понимание психиатрической патологии.

В заключении обозначается, что автор данной работы развивает мысль о неограниченных возможностях естественнонаучного, в том числе биохимического, анализа психопатологических явлений и стремится показать пути такого анализа. В своих рассуждениях автор далек от мысли свести психопатологию к биохимии, однако в книге проводится мысль, что и наиболее сложные нарушения человеческих переживаний и поведения немислимы без нарушения их физиологической (биохимической) основы. Основное внимание уделено не «своеобразию» психопатологического, а его неразрывной связи с соматическим. Каждому психопатологическому нарушению должны соответствовать нарушения на всех этапах его интеграции — клеточном, вегетативно-эндокринном (гуморальном) на уровне низшей и высшей нервной деятельности. Характер нарушения высшей нервной (психической) деятельности обуславливается типом нарушения биологических систем ее обеспечения (химизм, вегетатика, эндокриниум). Нарушения биологических основ психопатологических явлений также специфичны. По характеру биохимических нарушений можно в известной степени судить о характере психопатологического страдания.

В работе впервые была предпринята попытка группировки биохимических нарушений при психических заболеваниях в определенные синдромы. На уровне синдрома вырисовываются более четкие взаимосвязи между психическим и соматическим. Синдромологический анализ биохимических нарушений при психозах не свидетельствует об антинозолизме; напротив, только благодаря такому анализу удастся подойти к созданию естественнонаучной нозологической симптоматики в психиатрии.

Предметный анализ приведенных данных биохимических исследований в психиатрии показывает недостатки наших знаний и дает возможность наметить пути их устранения. При этом, бесспорно, стремление к естественнонаучному осмысливанию проблем психиатрии весьма большое.

Проанализированная спустя 45 лет после выхода в свет монография иллюстрирована 4 схемами 9 рисунками, объясняющими механизмы биохимических нарушений при разных синдромах и их клиническую интерпретацию. Указатель литературы включает 73 работы отечественных и 58 работ зарубежных авторов.

В течение последних сорока лет биохимические исследования в психиатрической клинике ведутся углубленно и систематически. Опубликовано весьма значительное число работ по биохимии психозов, большинство из этих исследований посвящено обмену у больных шизофренией. При этом оказалось, что различные авторы нередко приходят к противоречивым результатам: либо у больных, страдающих одним и тем же заболеванием, значительно отличаются количественные показатели исследуемых веществ, либо, как это наблюдалось в ряде случаев, изменения отдельных сторон обмена веществ у психически больных различных нозологических групп были идентичными. Указанные и некоторые другие особенности биохимических исследований в психиатрии дали повод ряду психиатров подвергать сомнению ценность биохимических исследований как средства раскрытия сущности биологических процессов, лежащих в основе психических заболеваний. Но это были поспешные суждения. Несомненно, что при биохимических исследованиях психически больных играет роль

ряд особых факторов, которые не имеют, возможно, столь большого значения при работе с лабораторными животными, но в клинике очень важны и могут оказаться источником ошибок и расхождений между данными различных авторов, если не будут приняты во внимание [2-6].

Таким образом, актуальность монографии И.А. Полищука «Биохимические синдромы в психиатрии» (1967) сохраняется до настоящего времени, она является бесценным научным вкладом в отечественную и мировую практическую и научную психиатрию, а ее основные положения должны активно использоваться врачами-психиатрами и научными работниками в их повседневной практической и научно-исследовательской деятельности.

Выражение признательности

Авторы выражают признательность профессору, доктору медицинских наук Л.А. Булаховой и доценту, кандидату медицинских наук А.В. Олейнику за их критические замечание при подготовке представленной работы.

Литература

1. Биохимия и патофизиология в психиатрии [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://revolution.allbest.ru/medicine/00177282_0.html.
2. Руководство по психиатрии: В 2 томах. — Т. 1 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 87-555.
3. Психіатрія / О.К. Напрєєнко, І.Й. Влох, О.З. Голубков та ін.; За ред. проф. О.К. Напрєєнка. — К.: Здоров'я, 2001. — 584 с.
4. Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1129 с.
5. Психиатрия / Под ред. Н.Г. Незнанова и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 512 с.
6. Kaplan H.I., Sadock B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry: In 2 Volumes / Editors B.J. Sadock, V.A. Sadock. — Eighth Edition. — Philadelphia-Baltimore-New York-London-Buenos Aires-Hong Kong-Sydney-Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. — V. 1. — Pp. 1-2054; V. 2. — Pp. 2055-4064.
7. Полищук И.А. Биохимические синдромы в психиатрии / И.А. Полищук. — К.: Здоров'я, 1967. — 136 с.
8. Поліщук Й.А.: Вибрані праці: До 100-річчя від дня народження видатного психіатра. — К.: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, 2007. — 608 с.
9. Блейхер В.М. Эпонимический словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер. — К.: Вища школа, 1980. — С. 130-131.

УДК 616.89.001.8(092)

Вильгельм Райх: биографические, научные и психиатрические аспекты (К 115-летию со дня рождения)



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

Петрюк П. Т.¹, Петрюк А. П.²

¹ Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

² Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

² Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача)

Резюме. На основе джерел спеціальної літератури приведені нові дані про біографічний, науковий та психіатричний аспекти життєвого і наукового шляху професора В. Райха – знаменитого австро-американського ученого, психіатра, психолога і психоаналітика, який своїми науковими досягненнями вніс вагомий внесок до розвитку світової науки. Освітлені питання психіатричного аспекту, який мав певний вплив на життєвий і творчий шляхи видатного ученого.

Ключові слова: професор В. Райх, біографічні, наукові та психіатричні аспекти життєвого і наукового шляху, науковий заділ.

Wilhelm Reich: biographic, scientific and psychiatric aspects (To 115-th anniversary)

Petryuk P. T.¹, Petryuk O. P.²

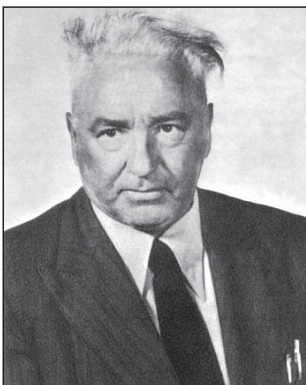
¹ Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

² Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

² Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha)

Resume. On the basis of sources of the special literature new information is resulted about the biographic, scientific and psychiatric aspects of vital and scientific way of professor W. Reich – famous Austria-American scientist, psychiatrist, psychologist and psycho-analyst which brought in a ponderable contribution the scientific achievements to development of world science. The questions of psychiatric aspect which had a certain influence on the vital and creative ways of prominent scientist are lighted up.

Key words: professor W. Reich, biographic, scientific and psychiatric aspects of vital way, scientific reserve.



Райх В.

*Не бывало великого ума без примеси безумия.
Сенека*

Вильгельм Райх (Wilhelm Reich) (1897-1957) — всемирно известный австро-американский учёный, психиатр, психолог и психоаналитик, доктор медицины, ставший первым учеником З. Фрейда, который начал развивать возможности радикальной социальной критики, заложенной в классическом психоанализе. Фактически В. Райх основал левый социальный фрейдизм, стал провозвестником сексуальной революции, разработал телесноориентированный психоанализ и изобрёл абсолютно метафизическую теорию оргона — космической сексуальной энергии.

Он был самым последовательным учеником З. Фрейда, его первым клиническим ординатором, первым директором Психоаналитического

института. В то же время, позднее он же отверг все базовые положения психоаналитической теории, и был с треском выдворен из всех психоаналитических организаций... В. Райх является основателем школы психоанализа, названной его именем (райхианская школа).

Был аналитиком и учителем Фредерика Пёрлза и Александра Лоуэна. Он был отчаянным марксистом, занимал руководящие посты в Германской коммунистической партии, вел пропагандистскую работу по всей Европе. И это он же был исключён из этой самой партии, покинул Германию, был объявлен персоной нон грата в Дании, Швеции, Норвегии. Он был объективистом до мозга костей, он нашёл чёткую взаимосвязь между мышечными напряжениями и психологическим состоянием человека, подтвердив тем самым знаменитую теорию эмоций Джеймса-Ланге, основав этим открытием одно из самых перспективных психотерапевтических направлений. Разработал теорию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и защитой от болезненного эмоционального опыта. В. Райх придавал огромное значение энергетической организации человека, находя в ней причины эмоциональных расстройств. Широкою известностью и распространением получили разработанные им программы психического здоровья населения. Одним из наиболее ярких проявлений осуществления таких программ явилась попытка создания в 20-е годы XX века в Германии дискуссионных аналитических клубов, призванных отучить молодежь от посещения публичных домов. Его разоблачение несостоятельности вирусной природы рака нашло всемирное признание. Открыл и исследовал энергию человека и космоса, которую назвал «оргоном», создал Институт оргона в США [1-7].

Заметным вкладом В. Райха в психоаналитическую теорию стал анализ характера и практика вегетотерапии — перехода от разговоров к телесной терапии. Основной его работой считается «Функция оргазма» (1927) [8]. Талантливый клиницист и исследователь, обладавший великолепной интуицией, В. Райх создал новое и очень перспективное направление в психотерапии, значение которого осознаётся только сейчас.

Он создал свою собственную теорию характера, в которой ведущую роль играет возможность снятия напряженности за счет переживания оргазма. Несмотря на то, что З. Фрейд отвергал многие положения райхианского учения, а Ф. Пёрлз называл его жертвой беспорядочного мышления и семантических ошибок, влияние В. Райха на развитие психоанализа не подлежит сомнению. Его теория чрезвычайно ценная и разносторонняя, он

примечателен оригинальностью своих идей. Именно поэтому он оказал воздействие на К. Хорни, Э. Фромма, Г. Маркузе, А. Фрейд, Т. Адорно, Э. Эриксона и других.

Он кажется воплощением абсолютного парадокса, но в его жизни не было ничего парадоксального, всё было закономерно. Один из его блистательнейших учеников — Ф. Пёрлз — разрешает эту загадку всего в четырёх словах: он был **«бесстыден, подавляя собственное смущение»**.

В психиатрии и психологии он известен как автор одного из оригинальных методов психотерапии, в социологии — как пионер сексуального воспитания молодежи, в парапсихологии — как основатель экспериментального изучения биологической энергии.

Так или иначе, но В. Райх остался в истории и как блистательный бунтарь, и как великий учёный, и как основатель целого психотерапевтического направления — телесноориентированной психотерапии [1-7, 9].

Необходимо отметить, что одни вспоминают его имя с огромным уважением, считая, что значение его открытий трудно переоценить. Другие вспоминают В. Райха со злобной усмешкой или содроганием, указывая на «пропаганду распущенности» или ещё хуже на «шизофрению шарлатана», тем самым невольно демонстрируя наличие у себя специфической реакции эмоциональной чумы, болезни, этиологию и клинику которой когда-то так полно описал В. Райх в своих работах. Третьи о нём вообще ничего не слышали и не знают, живя, точнее существуя, по формуле «много знаешь — скоро состаришься».

Цель данной статьи не в том, чтобы как можно более подробно описать жизнь австро-американского учёного, все его личные победы и поражения, а в том, чтобы показать значение его открытий для левого движения и прогресса общества, показать значение и перспективность возможной интеграции марксизма и психоанализа, а также ответить на вопрос: насколько актуально учение В. Райха сегодня, воспринято и развивается ли оно в современной Украине?

Отметим, что психоаналитик обычно имеет дело с биографиями своих пациентов. Разумеется, его интересуют не только паспортные подробности. Он ищет в «линии жизни» людей ключевые моменты, которые наложили отпечаток на их судьбы, на их внутренний мир. В этой связи интересной представляется работа В. Райха «Страсть юности. Автобиография 1897-1922» (1926), в которой он как психолог пытается описать собственную юность, воссоздать историю своей жизни. Известно, что В. Райх начал вести дневники ещё студентом и вот перед нами упомянутые документы, которые, с одной

стороны, нельзя назвать протокольным воспроизведением биографии, с другой — он не похож на исповеди Августина Блаженного или Ж.-Ж. Руссо. Описывая свою жизнь, В. Райх оценивает её определенный период как «страсть юности». Рассказывая о себе, он остаётся прежде всего аналитиком, вдумчивым интерпретатором собственных поступков в тех или иных обстоятельствах, своих переживаний, мыслей, своих оценок окружающих [4, 5, 10].

Жизнь В. Райха богата событиями, которые не могут оставить равнодушными. В известном смысле перед нами драма человеческого существования. Не рыцарь, не герой, не путешественник, а обычный человек, если взглянуть на его биографию глазами аналитика, оказывается загадочным, авантюрным, трагическим персонажем; в то же время судьба — это почва для учения, для драмы идей, для становления напряженной и взвешательной мысли [5].

Вильгельм Райх родился 24 марта 1897 года в восточной провинции Австро-Венгрии — Буковине, которая, по словам доктора В. Райха, была «самым дальним форпостом германской культуры», в небольшом селе Добриновцы (ныне с. Добриновцы Заставновского района Черновицкой области, Украина) в семье богатого фермера, но детские годы и юность провёл в селе Южинце до 1915 года, когда он пошел в австрийскую армию. Близость к природе и деревенская жизнь, по-видимому, стали для будущего аналитика тем импульсом, который обусловил крайний «натурализм», присущий в целом его мышлению. Учение В. Райха одухотворено верой в неисторченность человеческой природы в духе идей Просвещения и проникнуто враждой к современной цивилизации [3, 5].

Биографы характеризуют отца В. Райха как весьма деспотичного и властного человека, обладавшего вспыльчивым и раздражительным характером, в этом смысле он был полной противоположностью матери, мягкой, доброй и совершенно безответной. Она была красивой женщиной и хорошей хозяйкой. Однако бабушка Вильгельма называла ее «немой» за покорность судьбе и готовность нести свой жертвенный крест. Несомненно, отец В. Райха любил свою жену, но частенько мучился ревностью и часто тем самым отравлял жизнь молодой женщины. Итак, по мнению многих исследователей, в соответствии с психоаналитической традицией атмосферу, в которой рос мальчик, можно называть авторитарной. В. Райх испытывал к отцу двойственные чувства. Он даже считал, что, возможно, не является родным сыном этого человека [1, 5].

Из вышеупомянутой книги ясно, что Вильгельм был очень привязан к матери. Мальчик боготворил свою мать, идеализировал

её. Однако ему были знакомы муки ревности не только к отцу. То же чувство он испытывал и к младшему брату Роберту, с которым они были совершенно разными людьми. Вильгельм, судя по всему, старался походить на отца. Его манила властность, решительность. Став аналитиком, В. Райх часто сталкивался с такими чертами у пациентов. Он называл такое внутреннее побуждение идентификацией с фрустрирующей личностью. Что касается Роберта, то он старался походить на мать. Вильгельм страдал от того, что, как ему казалось, младший брат более преуспел в попытках снискать материнскую любовь. Биографы приводят любопытную деталь. Вильгельм, зная о том, что в семье появится еще один ребенок, надеялся, что это будет девочка. Узнав же, что родился ещё один сын, он продемонстрировал полное равнодушие, попросив родителей унести новорожденного, к которому отнюдь не воспытал нежностью. Но рождение брата заставило Вильгельма вступить в невольное соперничество, которое прослеживается на протяжении всей его жизни.

В. Райх получил домашнее образование, занимался с репетиторами. В подростковом возрасте в его жизни произошло событие, наложившее неизгладимый отпечаток на всю его жизнь. Версия, которая изложена в книге В. Райха, основана также на свидетельстве его личного биографа. Истинная подоплека события никогда не обсуждалась в семье. Однако можно полагать, что в 14-летнем возрасте Вильгельм застал мать в объятиях одного из репетиторов. Эта сцена потрясла мальчика и он рассказал об увиденном отцу, что послужило причиной последующей трагедии. Мать совершила самоубийство. Потеряв мать, подросток, несомненно, испытывал муки раскаяния. Это из-за его поступка жизнь семьи пошла под откос. Отец не смог пережить утраты. Он тоже покушался на свою жизнь. Но судьба распорядилась иначе. Отец простудился, схватил воспаление легких. Затем заболел туберкулезом и умер спустя три года после гибели жены. Надо ли доказывать, как вся эта кошмарная ситуация отразилась на психике подростка. Показательно, что В. Райх много раз принимался за индивидуальный психоанализ, однако так и не смог завершить такую работу. Страдающая часть его личности оказалась не в силах заново пережить события ранней юности [1].

После смерти отца Вильгельм стал фактическим хозяином фермы. Вместе с тем он продолжал учиться. В 1916 году В. Райх поступил на службу в австрийскую армию, стал офицером, воевал в Италии. В 1918 году, вернувшись с войны, он поступил на юридический факультет Венского университета, однако быстро разочаровался в этой дисциплине и перевёлся на

медицинский факультет. Как ветеран войны, он воспользовался правом окончить университет экстерном. В 1922 году В. Райх получил научную медицинскую степень доктора медицины. Затем он два года учился на психиатра. Судьба не благоволила к нему. Пасторальное детство ушло в прошлое. Ферма оказалась разрушенной, а война унесла все сбережения [1, 5].

Будучи студентом первого курса, В. Райх посетил лекцию по психоанализу. Это определило его судьбу. С 1918 года он начинает психоаналитическую практику и становится членом Венского психоаналитического общества. В университете В. Райх знакомится с Анни Пинк — сначала его пациенткой, а впоследствии женой. Здесь же он начинает увлекаться политикой и марксистской теорией. Семейный союз с Анни Пинк продолжался с 1921 по 1933 годы. Это время можно назвать психоаналитическим периодом жизни В. Райха. В 1922 году В. Райх становится первым клиническим ассистентом З. Фрейда в Венской психоаналитической клинике. З. Фрейд высоко оценивал своего сотрудника и как практикующего врача, и как будущего теоретика [1].

С 1928 года В. Райх занимал должность вице-директора Венской психоаналитической клиники. Это было первое чисто аналитическое учебное заведение. Многие проходили здесь индивидуальный психоанализ у В. Райха. Вильгельм тоже пытался работать с разными аналитиками по своим собственным проблемам. Но встречи оказывались недолгими, а З. Фрейд отказался в 1927 году вести его как пациента. Правда, З. Фрейд уже имел отрицательный опыт работы с А. Адлером и К. Юнгом. Поэтому он не стал делать исключения для Вильгельма. К сожалению, В. Райх воспринял этот поступок З. Фрейда с обидой. С этого времени стали нарастать теоретические разногласия. З. Фрейд негативно относился к марксистским увлечениям В. Райха. Его также шокировало убеждение Вильгельма в том, что именно отсутствие сексуального удовлетворения служит источником неврозов. Так между З. Фрейдом и В. Райхом возник конфликт. Однако В. Райх по-прежнему выполнял свои обязанности в клинике. Одновременно он вступил в коммунистическую партию Германии.

В 1930 году В. Райх оставляет должность вице-директора клиники в связи с переездом в Берлин, решив стать пациентом известного психоаналитика Шандора Радо. Однако истинная причина переезда была иная. Венское психоаналитическое общество негативно относилось к активной политической деятельности своего члена.

В 1933 году фашисты пришли к власти в Германии. События требовали более резкого

самоопределения. Компартия не разделяла сексуальный радикализм В. Райха. Разладились и его отношения с Международной психоаналитической ассоциацией. В. Райх оказался в изоляции и одиночестве. Он был вынужден вести полемику на нескольких фронтах. В том же году В. Райх эмигрировал в Данию. После развода с первой женой Вильгельм вступает в брак с Эльзой Линденберг, балериной, которая исповедовала коммунистические убеждения. Болезненно реагируя на шквал критики, В. Райх вместе с женой переезжает в Швецию. В следующем году семья оказывается в Осло (Норвегия), где Вильгельм проживет пять лет. Но найти успокоения ему не удастся. В 1939 году поднялась кампания против В. Райха — его экстравагантных опытов с биоэнергетикой в норвежской печати, отовсюду слышатся угрозы. В конечном счете, произошел разрыв в семье — брак с Эльзой распался, и в том же году он эмигрировал в Америку, в чем ему оказал содействие знаменитый этнолог Б. Малиновский, бывший его большим поклонником [1, 5].

Переехав в Америку, В. Райх встретился с Ильзой Оллендорф, которая стала его третьей женой. В Нью-Йорке ему предложили пост адъюнкт-профессора медицинской психологии Новой школы социальных исследований. Врачебная практика в Америке оказалась настолько успешной, что уже в 1934 году он покупает земельный участок в 200 акров в лесах штата Мэн. Здесь он вновь собирает свою лабораторию и вскоре организует частный исследовательский Институт Оргона, который возглавляет до самой своей кончины [11].

В декабре 1921 года В. Райх сделал первый доклад в Венском психоаналитическом обществе, который был посвящен психоаналитическому истолкованию истерических симптомов. С этого времени он регулярно выступает с докладами, публикуется в «Международном журнале психоанализа». В. Райх принадлежал к новому поколению психоаналитиков. Он не учился непосредственно у самого З. Фрейда. В. Райх застал психоанализ уже достаточно сформировавшимся в качестве теории и социального института. Однако в русло нового учения В. Райх, естественно, вошел через сотрудничество с З. Фрейдом.

До 1930 года В. Райх был директором Технического семинара по психоаналитической терапии в Вене. Этот семинар фактически служил психоаналитикам институтом для обучения практическим навыкам. Идея создать такой центр принадлежала В. Райху. Сначала он получил одобрение З. Фрейда, а затем проверил эффективность этого замысла, сотрудничая с американскими психоаналитиками, приехавшими в Вену. Технический семинар

не только вёл обучение, но и занимался исследовательской работой. Так, В. Райх считал необходимым сосредоточить теоретические усилия на разработке феномена сопротивления. В декабре 1926 года он выступил на Техническом семинаре с очередным докладом по этой проблеме. Вот что вспоминал сам В. Райх позже: «В качестве узловой проблемы я выделил вопрос «Следует ли интерпретировать инцестные стремления пациента при наличии негативного латентного отношения с его стороны, или нужно ждать до тех пор, пока недоверие пациента не исчезнет?». З. Фрейд прервал меня: «А почему бы нам не интерпретировать материал в том порядке, в котором он появляется? Конечно, нужно анализировать и интерпретировать инцестные фантазии (сны), как только они появляются». Этого я не ожидал. Я продолжал аргументировать свою точку зрения, но вся идея была целиком чужда З. Фрейду. Он не понимал, почему нужно анализировать сопротивление вместо самого материала. В частных беседах о способах лечения он, кажется, думал по-другому. Атмосфера встречи была неприятной. Мои оппоненты на семинаре злобно смотрели в мою сторону или жалели меня. Я оставался спокоен».

Основные идеи В. Райха, как видно, сложились в ходе критической работы семинара. Он нередко уточнял собственные взгляды, но не отказывался от главного тезиса. По его мнению, именно сексуальность оказывается тем центром, вокруг которого развивается вся общественная жизнь, в той же мере, как и внутренняя жизнь индивида. В 1927 году В. Райх развил эти взгляды в целостную систему. В книге «Открытие оргона» В. Райх опирается на основные положения З. Фрейда. Стремясь объяснить возникновение неврозов, В. Райх обращается к сексуальной сфере. Но З. Фрейд и раньше подчеркивал, что ни один невроз не развивается без сексуального конфликта. Сексуальность З. Фрейд толковал широко, основное внимание уделял при этом ранним инстинктивным компонентам влечений [1, 5].

В 90-х годах XIX века З. Фрейд разделил все неврозы на две группы: психоневрозы, источником которых служат подавленные влечения и травмы раннего возраста, и актуальные неврозы. Впоследствии теория З. Фрейда строилась на концепции инфантильных неврозов. В этом пункте В. Райх расходится с учителем. Он переносит центр тяжести в клинической работе с прошлого пациента на его настоящее, воскрешает понятие актуального невроза и в связи с этим вновь переносит внимание с инфантильных компонентов сексуальности на сексуальность в её обычном понимании. Иначе говоря, речь идёт о взрослой чувственности.

Это также ведёт к попытке заменить качественные психические показатели количественными.

В ранних своих работах З. Фрейд ещё исходил из механического представления о психической энергии, или либидо, считая, что она подобно другим видам энергии может измеряться, перемешаться, блокироваться. Однако позднее все яснее обнаруживается условный, метафорический характер подобных представлений. В. Райх по сути дела восстанавливает эти ранние взгляды З. Фрейда, которые уже тогда многие оценивали как обветшавшие пережитки позитивизма и механицизма XIX века.

В. Райх же, принимая эти взгляды З. Фрейда, с прямолинейной решительностью создает так называемую сексуальную экономию, которая, по его мнению, могла бы синтезировать К. Маркса и З. Фрейда. Один из исследователей В. Райха, американский ученый П. Робинсон, комментируя этот замысел, иронично подчеркивает, что в своей теории В. Райх скорее добился своеобразной амальгамы З. Фрейда и Адама Смита. В конечном счете, сексуальная энергия у В. Райха принимает форму конкретного космического вещества — оргона. Здесь сказались издержки увлечения марксистской фразеологией. В. Райх подчеркивает, что заблокированная сексуальная энергия образует базис невроза, а его психологическое содержание, — фантазии, подпитывающие неврозы — его надстройку [1, 5].

Человек, таким образом, рассматривался В. Райхом как энергетическая система, а либидозный процесс — как её центральный регулирующий механизм. Не находящее разрядки либидо неизбежно направляется (сублимируется) в другие каналы, что приводит к возникновению телесных или психических симптомов. В. Райх полагает, что современная социальная терапия призвана обеспечить нормальное протекание либидозной энергии. Такой ход мысли оказался совершенно противоположным общему движению психоаналитических представлений, если иметь в виду тенденцию к спиритуализации психической энергии и ограничению роли сексуальности, которое сложилось в психоанализе уже с начала 30-х годов, особенно у неофрейдистов и эго-психологов.

Следует отметить отношение В. Райха к центральному понятию З. Фрейда «бессознательное». Отношение самого З. Фрейда к бессознательному было, как известно, достаточно двойственным и окрашивалось недоверием, но В. Райх видел в спонтанных обнаружениях влечений первичную здоровую основу. Если же выявляются опасные иррациональные импульсы, то их можно рассматривать, считал В. Райх, лишь как вторичное искажение основной здоровой реальности. Можно, таким образом, продолжает он, представить трехчленную

модель личности. На самом глубинном уровне — здоровая и гармоническая естественная социальность и сексуальность. Если эти влечения подавлены, как это и происходит в европейской цивилизации, где отношение к сексуальности негативное, то над ними возникает второй слой собственно фрейдовского бессознательного. Это слой агрессивных и извращенных влечений, который в свою очередь перекрывается характерологической структурой — искусственной защитной броней личности. Здесь характер как будто бы получает функциональное оправдание перед лицом извращенных инстинктов. Однако для В. Райха характер, в конечном счете, сам представляет собой патологическое образование, и тем более опасное, что сознание не воспринимает его как болезнь. «Невротический характер» В. Райха — это вид защитной брони, внешнего панциря, который оберегает индивида от ударов извне, но в то же время ограничивает его жизненные проявления. Здоровый (или генитальный) характер в этой системе рассуждений оказывается, по существу, «антихарактером». Ведь наша психика включает в себя зону спонтанности, которая ограничивает действия характера. Генитальная структура оказывается прозрачной, беспрепятственно пропускающей сквозь себя либидозные и другие влечения.

Для лечебных целей В. Райх разработал технику характерологического анализа. Если в свое время З. Фрейд показал смысл таких аспектов поведения, как ошибочные действия, остроты, сновидения, то В. Райх дополнил их целым рядом новых свидетельств. Пациент В. Райха может, в крайнем случае, даже ничего не говорить. Его «характерологические защиты» могут быть раскрыты уже по манере появления, выражения, позам, манере держаться и смотреть на аналитика, по интонациям голоса и другим признакам. Эффективность этой методики, очень высокая у самого В. Райха, однако заметно снизилась у его последователей, поскольку терапия по-прежнему в большой мере оставалась искусством.

В. Райх — сторонник активной психотерапии и максимально возможного использования аффективных связей между врачом и пациентом. Так, в некоторых случаях врач, по мнению В. Райха, должен вести себя почти агрессивно. Разрешается провоцировать у пациента эмоциональные взрывы, которые могут закончиться даже его нападением на аналитика. В предложенной В. Райхом модели личности фрейдовские инстанции Я и Оно, похоже, поменялись местами. Здесь проявилось различное истолкование З. Фрейдом и В. Райхом человеческой природы. Открыв бессознательное, З. Фрейд уделил ему, и это естественно, основное

внимание. Лишь после выхода в свет работы З. Фрейда «Я и Оно» понятие сознательного Я, наконец, утвердилось в психоаналитической теории в качестве важной инстанции личности. Но З. Фрейд все-таки до конца своих дней делал акцент на Оно с его врожденными влечениями. Что же касается В. Райха, то в центре его внимания находилось, по существу, дофрейдовское сознательное Я, вынужденное защищать себя с помощью характера от враждебной среды и Оно. В. Райх не отвергал реальное присутствие бессознательного со всеми его пороками, но рассматривал его как искажение более глубокой, абсолютно здоровой реальности. Именно такую модель личности В. Райх использовал для анализа социальных и политических феноменов.

С самого начала В. Райх стремился к широкому воплощению в жизнь своих идей. Будучи членом австрийской социал-демократической партии, он выдвинул идею создания в рамках партии сети «сексуальных клиник», где бы широкие массы могли не только получить личные советы, но у них бы появлялось сознание необходимости сексуальных реформ, что должно было послужить важной предпосылкой социальной революции [1, 5].

Следует отметить, что В. Райх активно участвовал в создании первых клиник сексуальной гигиены для рабочих. Он считал, что эти центры помогут массам сексуально раскрепоститься, и в то же время увлекался возможностями просвещения в области контроля над рождаемостью, полового воспитания, профилактики заболеваний и другими вопросами. В 1927-1930 годах в Вене было открыто шесть таких клиник, в том числе и на личные средства В. Райха. В своих мемуарах В. Райх рассказывает, что эти клиники буквально осаждались тысячами мужчин и женщин. Дело кончилось тем, что руководство партии социал-демократов усмотрело в существовании этих клиник опасность, способную отвлечь массы от политической борьбы, и в 1930 году они были закрыты. В. Райх, ставший к этому времени членом партии коммунистов и перебравшийся в Берлин, и здесь принялся создавать свои клиники. Небезынтересно, что на новом месте, в Берлине, он оказался членом той же партийной ячейки, что и Артур Кестлер.

Параллельно с активной практической работой В. Райх стремился и теоретически оправдать союз социализма и психотерапии. Этой теме посвящено шесть его книг, вышедших в 1929-1935 годах. В 1929 году появляется его брошюра «Диалектический материализм и психоанализ» (2-е издание), в которой автор заложил основания фрейдомарксизма. В ней В. Райх пытается убедить марксистов прежде всего в том, что психоанализ вовсе не есть «диверсионный идеологический маневр разлагающейся

буржуазии», а напротив, разделяет марксизмом ряд существенных предпосылок. Подобно К. Марксу, пишет В. Райх, З. Фрейд исходил из реальных человеческих потребностей, таких, как любовь и голод, прослеживал их судьбу во враждебной человеку среде. Психоанализ, пытался доказать В. Райх, — стихийно-диалектическое учение. Основным понятием З. Фрейда оказывается понятие психического конфликта. И К. Маркс, и З. Фрейд подчеркивали в первую очередь антагонизмы, существующие между отдельными компонентами общества или компонентами психики. Если марксизм представляет собой критику капиталистической системы хозяйства, то психоанализ — критику буржуазной морали. Буржуазное общество, конечно, сделало все, чтобы свести на нет значение психоанализа, а когда это не удалось — нейтрализовать его критику. Профессия психоаналитика стала доходным бизнесом, а обсуждение своих «комплексов» — модной темой для салонных разговоров: после выхода книги З. Фрейда «Я и Оно» психоаналитики начали утверждать, что не все сводится к сексу. По мнению американского ученого П. Робинсона, В. Райх сравнивал перерождение теории психоанализа с перерождением марксизма в буржуазном обществе [1, 5, 7].

В свое время, продолжал В. Райх, К. Маркс сам признавал наличие разрыва между экономическим базисом и его надстройкой, в результате чего отдельные социальные группы могут действовать вопреки своим реальным интересам (например, французские крестьяне в 1789 и 1848 годах). Подобную автономность идеологии можно объяснить, если обратиться к психологическому анализу, которого при жизни К. Маркса еще не было. Дело в том, что идеологии не просто отражают экономическое развитие, но внедряются в психику индивида, укореняясь в структуре характера. Сама же структура характера формируется в раннем возрасте, и в ней воплощаются идеологические формы ещё более раннего времени.

Не ограничиваясь смелым утверждением, что идеологии укореняются в самой структуре личности, В. Райх стремится проследить сам ход этого процесса. Характер формируется в детстве в результате конфликтов и кризисов семейной жизни. Семья, будучи сама ячейкой общества, производной от известных экономических отношений, формирует в процессе воспитания именно тот тип структуры характера, который поддерживает экономический строй общества в целом. Поэтому для понимания того, как экономические реальности преобразуются в политические, моральные или религиозные идеи, следует обратиться к типу семьи, к практике воспитания, присущим той или иной культуре или эпохе. Можно было бы ожидать,

что вслед за этим В. Райх перейдет к историческому анализу типов семьи и семейных отношений в разных обществах. Однако для кропотливой исторической работы, которой не пренебрегали крупнейшие социальные теоретики, ему явно не хватало терпения и интеллектуальной дисциплины [1, 10].

Единственным опытом применения В. Райхом своих социальных теорий остаётся его книга «Массовая психология фашизма». Здесь за десять лет до Э. Фромма и за двадцать лет до «Авторитарной личности» Т. Адорно В. Райх утверждает, что фашизм возник не просто в результате махинаций немецких капиталистов или воздействия на массы присущей А. Гитлеру харизмы. Его истоки следует искать в психологической структуре немецких масс. При чтении книги В. Райха трудно избавиться от ощущения, что она послужила основным источником идеи для Эриха Фромма, хотя тот об этом ни где не упоминает. В. Райх, равно как и Э. Фромм, выводит психологические основы нацизма из амбивалентного отношения к власти, характерного для немецких средних слоев. Мелкий буржуа в одно и то же время влечётся к власти и бунтует против неё. Поэтому он особенно легко подчиняется абсолютной диктатуре мятежной организации, занимая позицию фюрера к тем, кто находится ниже. Этот «авторитарный синдром» достиг своего апогея в результате экономического кризиса Веймарской республики, но истоки его далеко — во времена Реформации. По иронии судьбы этот взгляд В. Райха оказался близок попыткам апологии немецкой элиты у таких консервативных авторов, как Ф. Мейнеке и Г. Рихтер, которые в своем страстном желании реабилитировать немецкие культурные, политические и военные круги возлагают на массы всю ответственность за нацизм [12].

Характерная черта мелкой буржуазии, пишет В. Райх, это совпадение семейной и экономической структуры. В семейной ферме или мастерской авторитет отца усиливается его экономической властью. Он может эффективнее контролировать поведение детей, чем отец в пролетарской семье, где дети отрываются от родителей самим процессом производства. Именно жесткое сексуальное подавление подростков в среде среднего класса порождает авторитарную фиксацию, которая послужила питательной почвой для нацизма.

Переходя к обычным для него универсальным обобщениям, В. Райх затем сводит всю историю к двум основным типам семьи: матриархальной, которой соответствует здоровый генитальный характер, и патриархальной, поддержанной институтом моногамии. Последнюю он называет настоящей фабрикой по выработке авторитарных и консервативных

структур. Фашизм — лишь открытое выражение той болезни, которой человек страдал давно. Вообще, утверждает В. Райх, переход к патриархату, который связан с концом первобытного коммунизма К. Маркса, есть самая большая катастрофа в человеческой истории. Правда, связно объяснить её причины он никогда не мог. Главное зло патриархальной семьи — сексуальное подавление подрастающего поколения, причем не ради морального назидания, как утверждает религия, и не для защиты культуры, как считал З. Фрейд в книге «Зло цивилизации», но ради единственной цели — поддерживать эксплуататорские режимы [5, 12].

Поскольку сексуальное подавление в семье служит источником всех других форм угнетения, социальная революция неотделима от сексуального освобождения. Оно не есть простое приложение к политическим свободам. Напротив, сама революция бывает обречена на провал, если только она не сопровождается отменой репрессивной морали. Подтверждение этому В. Райх находит в русской революции. В начале её, напоминает он, предпринимались попытки сексуальных реформ, подрывавшие авторитет патриархальной семьи. Однако в целом воспитание оставалось сексуально-негативным. Основная структура характера в широких массах оставалась той же, заявляет В. Райх, какой была при царизме, в результате чего социалистическая демократия «переродилась» в диктатуру.

В. Райх также выступает в защиту прав женщин. Его феминизм выражается не менее четко, чем мизогиния З. Фрейда. В. Райх резко критикует идеал супружеской верности. Современный компульсивный брак он считает злом, поскольку каждый индивид всегда вправе искать себе нового сексуального партнера. Однако на первый план В. Райх выдвигает защиту сексуальных прав детей. Ребенок есть для него воплощение естественности и социальности. Лишь грубое подавление его природы превращает его в невротика, ведет к развитию детской преступности, извращений и политической апатии. Поэтому будущее общество обязано обеспечить легальную защиту ребенка от тирании родителей, гарантировав ему неурезанное право на мастурбацию и сексуальные игры с детьми своего возраста [1, 2, 5, 13].

Любопытно, что в этой сексуальной утопии весьма четко проступают авторитарные тенденции. В будущем «нерепрессивном» обществе, по мнению В. Райха, должна функционировать особая сексуальная администрация во всех учреждениях и организациях, где обязательно будут работать квалифицированные сексологи, задача которых наблюдать за правильной сексуальной деятельностью всех

членов общества. Сами они подчиняются центральной организации, вырабатывающей общую сексуальную политику («сексополь»). По существу вся эта утопия носит чисто пуританский характер. «Сексуальная революция» (термин В. Райха) должна положить конец всякой порнографии, извращениям, сквернословию, поскольку исчезнет потребность направлять подавленные сексуальные импульсы в незаконные каналы.

В. Райху в свое время не удалось убедить европейских левых включить сексуальные реформы в свои программы. В 1932 году он был исключен из коммунистической партии Германии. Коммунисты и социал-демократы запретили распространять среди своих членов публикации работ и статей В. Райха и его сторонников. Вскоре В. Райх был исключен и из Международной психоаналитической ассоциации. С приходом к власти фашистов В. Райх, перебравшись в Данию, стремится организовать здесь новое политическое течение. Один из его последователей баллотируется в рейхстаг от партии Социалистических сексуальных реформ. Однако вскоре вся эта деятельность закончилась высылкой В. Райха из страны [2, 5, 13].

В 1934 году В. Райх организует в университете в Осло (куда его пригласили на работу) свою лабораторию и приступает к серии биопсихических экспериментов. Здесь происходит его быстрый отход, как от психоанализа, так и от марксизма. И З. Фрейд, и К. Маркс, по его словам, одинаково видели в реальности борьбу несовместимых противоречий, будь то противоречия между влечениями или между классами. Между тем эти антагонизмы лишены глубоких основ в человеческой природе, будучи сами порождением политических идеологий.

Очень трудно, отмечает П. Робинсон, найти подходящую характеристику для работ В. Райха последнего периода из-за их крайней экстравагантности. Можно было бы сказать, что они несут на себе уже печать даже не утопии, а просто безумия, однако в них сохраняется последовательная логика, и между ранними работами и книгами последних лет пролегает непрерывная линия развития.

С середины 30-х годов XX века из психоанализа выделяется культурно или социально ориентированный неофрейдизм. Неофрейдисты обвиняли ортодоксов в игнорировании социальных и культурных факторов формирования личности. Ортодоксы с не меньшим успехом обвиняли их в отрицании внутриспсихических и биологических факторов развития. В. Райх не примкнул ни к одному из этих лагерей, оставаясь загадкой для обоих. В. Райх раньше, чем К. Хорни и Э. Фромм, писал о культурных факторах формирования личности, и он же довел учение

3. Фрейда о психической энергии до логического конца, утверждая физическую реальность либидо, что было уже равно неприемлемо для всех. В результате серии весьма необычных опытов в университете Осло он приходит к выводу, что при сексуальном возбуждении биоэлектрический заряд сексуальных органов возрастает, тогда как страх и вообще отрицательные эмоции влекут за собой приливы электрической энергии к мозгу. Эта электрическая теория сексуальности, нарушавшая, правда, все известные законы электричества, стала только переходной ступенью к «открытой» в 1939 году особой жизненной энергии — оргону [1, 5].

Орган — райховский вариант жизненной энергии Анри Бергсона или «жизненной силы» Иоганна Кеплера — в отличие от этих метафорических выражений для жизненной силы оказывается чем-то предельно конкретным — особым веществом голубого цвета, его можно наблюдать, например, в синеве неба или голубых отливах красных кровяных телец, а также измерять счетчиком Гейгера. В термине «оргон», «оргоническая энергия» В. Райх соединил корни слов «организм» и «оргазм». Он считал, что космическая оргоническая энергия функционирует в живых организмах как специфическая биологическая энергия. В этом своем качестве она управляет всем организмом и выражается в эмоциях так же, как в чисто биофизических движениях органов.

Широкие исследования оргонической энергии и смежных тем, предпринятые В. Райхом, игнорировались большинством критиков и учёных. Его открытия противоречили многим принятым теориям и аксиомам физики и биологии. Кроме того, его работы местами и экспериментально подтверждены слабо. Вместе с тем полученные им результаты никогда не были опровергнуты или хотя бы тщательно проверены и серьезно рассмотрены кем-то из учёных. Один из психологов, работавших с В. Райхом, отмечает: «В течение более чем двадцати лет с тех пор, как В. Райх объявил об открытии оргонической энергии, не было сообщений о достойном доверия повторения ни одного определяющего эксперимента, который бы опроверг результаты Райха... Факт состоит в том, что, несмотря на насмешки, поношения и попытки ортодоксов «похоронить» Райха и оргономику (а частично и благодаря им), ни в одной научной публикации нет опровержения его экспериментов, тем более — систематического опровержения огромной научной работы, подтверждающей его положения» [1, 5].

Оргоническая энергия обладает следующими основными свойствами:

- 1) она свободна от массы, не имеет ни инерции, ни веса;
- 2) она присутствует всюду, хотя и в различной концентрации, даже в вакууме;
- 3) она является средой электромагнитных и гравитационных взаимодействий, субстратом большинства фундаментальных природных феноменов;
- 4) она находится в постоянном движении и может быть наблюдаема в соответствующих условиях;
- 5) высокая концентрация оргонической энергии привлекает оргоническую энергию из менее концентрированного окружения (что «противоречит» закону энтропии);
- 6) оргоническая энергия образует единицы, становящиеся центрами творческой деятельности. Это могут быть клетки, растения и животные, а также облака, планеты, звезды, галактики [1].

В 50-х годах XX века В. Райх уже объявил орган первичной субстанцией и основой всего существующего, причем, утверждая, что сама материя возникает в результате сексуального соединения двух потоков оргонной энергии. Никакая фантазия физика не могла бы вообразить подобной теории «единого поля», которая охватывала бы все аспекты реальности — от симптомов шизофрении до движения Млечного пути. Вся история космоса начинает выступать у В. Райха как титаническая борьба энергий оргона и атома.

Вольнодумец и антиклерикал в начале своей карьеры, В. Райх испытывает теперь симпатии к религии, которую уже не рассматривает лишь как один из «препаратов опия». Западная наука, пишет он, отняла у космоса жизнь, истолковав его по законам мертвой механики. Только в религии сохранилось осознание мировых жизненных сил в искаженной и мистифицированной форме. В. Райх даже истолковал христианскую теологию в свете теории оргона. Так, бог представляет собой антропоморфную проекцию, в основе которой лежит осознание человеком океана космического оргона. Христос не что иное, как архетип генитального характера, сохранившего прямую связь с космическими оргонными силами. Сама «оргономика» В. Райха выступает как теологическая система, в одно и то же время фантастическая и детально разработанная; это и тотальная интерпретация реальности, и универсальная система терапии [1].

Тогда же он проводит эксперименты с «аккумуляторами оргона» — специальными аппаратами, накапливающими «энергию» и помогающими излечению многих заболеваний. По сути дела, это было повторение известных опытов Франца Антона Месмера (1734-1814). История повторялась. Австрийский писатель Стефан Цвейг писал: «В продолжение целого столетия Франц Антон Месмер, этот Винкельрид

современной психотерапии, занимал место на позорной скамье шарлатанов и мошенников, рядом с Калиостро, графом Сен-Жерменом, Джоном Ло и другими авантюристами той эпохи. Напрасно суровый одиночка среди немецких мыслителей протестует против позорного приговора университетской науки — напрасно превозносит Шопенгауэр месмеризм как самое содержательное с философской точки зрения из всех открытий, хотя бы даже оно задавало порою загадок больше, чем разрешало их» [14].

Перу В. Райха принадлежат следующие основные научные работы: «Die Funktion des Orgasmus. Zur Psychopathologie und zur Soziologie des Geschlechtslebens» (1927); «Диалектический материализм и психоанализ» (1929); «Генитальный и невротический характеры» (1929), «Charakter Analyse» (1933); «Massenpsychologie des Faschismus» (1933); «Die Bione» (1938); «Bion Experiments on the Cancer Problem» (1939); «Die sexuelle Revolution» (1945); «Rede an den kleinen Mann» (1946); «The Orgone Energy Accumulator» (1951); «Selected Writings. An Introduction to Orgonomy» (1968); «Äther, Gott und Teufel» (1984) и многие другие [10].

Анализирую личностные особенности В. Райха, необходимо подчеркнуть, что его отец был весьма властным, деспотичным человеком с крайне вспыльчивым и раздражительным характером... Был влюблен в жену, однако изводил её своей ревностью [15, с. 6].

«Авторитарная атмосфера, в которой рос и воспитывался Райх, по-видимому, оказала на него сильное влияние. Амбивалентное отношение к отцу (любовь и ненависть) в детстве выражалось у Райха в предположении о том, что он в действительности не сын его отца.

...Четырнадцатилетний Вильгельм, обнаружил интимную связь матери с одним из своих репетиторов, рассказал об этом отцу... Известен результат — его мать покончила с собой... Скандалы, слухи, сплетни о нём, конфликты с друзьями и властями были постоянными спутниками его жизни. ...Райх... в начале 1927 года просит Фрейда стать его аналитиком... Отказ Фрейда был крайне болезнен для Райха — у него началась глубокая депрессия... В то же самое время Райх заболевает туберкулезом и проводит несколько месяцев в санатории в Давосе (Швейцария). Можно предположить психосоматическую причину этого заболевания... В сентябре 1937 года в норвежских газетах началась кампания, направленная против Райха... После начала кампании подозрительность и недоверчивость Райха значительно обострились. Он стал бояться, что все хотят украсть у него его научные идеи. Именно в этот момент он ввёл правило, за выполнением которого

неукоснительно следил до конца жизни: все его коллеги, с которыми он работал, должны были записывать свои идеи, ставить подпись и дату... Газетные статьи, обвиняющие Райха во всех смертных грехах, старая боль, связанная с отношением к матери и отцу, подавленная агрессия и неуверенность в себе стали проявляться в усилении ревности. Эльза Линденберг, вторая жена Райха, не давала для этого никакого повода. Он же был уверен, что она изменяет ему. Эльза, не выдержав приступов его ревности, вынуждена была уйти... Вспышки агрессии, направленные на сотрудников, приводили к ещё большей изоляции Райха. В 1938 году он пришел к тому результату, к которому, возможно, бессознательно мазохистически стремился — к ощущению глубокого внутреннего одиночества и отчаяния... В 1954 году Федеральное продовольственное и лекарственное управление США запретило Райху производство и распространение оргонных аккумуляторов. Райх игнорировал запрет и продолжал свою деятельность. В мае 1956 года состоялся суд, на котором он был признан виновным. Его приговорили к двум годам тюремного заключения. Все книги Райха, в которых развивалась его оргонная теория, по постановлению суда были сожжены, а сделанные приборы-аккумуляторы уничтожены. 3 ноября 1957 года, в возрасте 60 лет, Вильгельм Райх умер от инфаркта в Федеральной тюрьме США» [15, с. 6-7, 17, 28-31].

«...Тема одиночества проступает во многих его письмах и дневниковых записях, определяя его восприятие мира, людей и самого себя. Вот лишь некоторые из его высказываний на этот счет: «...Я не «фанатик» и не «сумасшедший». Просто я погряз в своей работе так, что это постепенно, но верно добивает меня».

Следовательно, по мнению А.В. Шувалова, у В. Райха можно диагностировать параноидное расстройство личности, так как на фоне психопатологически отягощенной наследственности встречаются практически все критерии этого вида психопатии: подозрительность; чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; повышенная ревнивость; тенденция постоянно быть кем-то недовольным; воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, не соответствующее фактической ситуации [16, с. 849-851].

В последние годы жизни, несмотря на внешние успехи, у В. Райха нарастает чувство тревоги за судьбу своего учения и вместе с тем, видимо, развивается мания преследования. У него растет опасение, что «грязные умы» используют его авторитет, чтобы поднять ещё невиданную волну грязи и порнографии. Спустя восемь лет после его кончины эти опасения сбылись. Идеологи «новых левых», в

частности, битников, вроде Аллена Гинзберга и Уильяма С. Берроуза, подняли его имя на щит после почти полного забвения и, сумев соединить аргументацию В. Райха и его пафос с проповедью гомосексуализма, всевозможных половых извращений, а затем и потребления наркотиков, объявили его своим прямым идейным предшественником [1, 10].

Следует также заметить, что в 1954 году Федеральная организация по надзору за пищевыми продуктами и медикаментами возбудила против В. Райха дело о передаче в аренду непроверенного медицинского аппарата, именуемого «оргономным аккумулятором». Пораженные члены комиссии обнаружили, что этот аппарат представляет собой деревянный ящик, обитый железом изнутри и разделенный на шесть отделений, вроде телефонных будок, куда сажали пациентов для насыщения их оргоном. Никаких признаков оргона обнаружить, однако, не удалось. На суде В. Райх держался вызывающе, утверждая, что суд не может компетентно судить о полученных им результатах. Когда выяснилось, что подсудимый — бывший коммунист, дела его стали совсем плохи. Он был приговорен к двум годам лишения свободы за обман и шарлатанство, а также за неуважение к суду. Суд решил также уничтожить все его

приборы и книги медицинского содержания. Таким образом, книги В. Райха уже в третий раз отправлялись на костер.

3 ноября 1957 года на восьмом месяце заключения В. Райх скончался от сердечного приступа в федеральной тюрьме Lewisburg (единственное тюремное учреждение того времени, в котором проводилось психиатрическое лечение), штат Пенсильвания и был похоронен в Orgonon [11].

Таким образом, профессор В. Райх внес весомый научный вклад в развитие мировой психиатрии, психологи и психоанализа, обогатив их крупнейшими достижениями. Его высокая принципиальность как гражданина и учёного, широта научных интересов и оригинальность мышления, добросовестность и настойчивость в работе являются наилучшим примером для молодежи, которая решила посвятить себя науке. Вне сомнения, творческая биография и научные достижения В. Райха имеют большой интерес для отечественной и мировой науки и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании, в том числе и его блистательная бунтарная деятельность. К сожалению, приходится лишь констатировать, что в Украине учение В. Райха должным образом пока не изучается и не развивается.

Литература

1. Гуревич П. Судьба и учение Вильгельма Райха / П. Гуревич [Электронный ресурс] Сайт: People's History // Режим доступа: <http://www.peoples.ru/science/psychology/reich>.
2. Курпатов А.В. Сексуальный Рейх Райха (сумасшедший гений или гений сумасшествия?) / А.В. Курпатов [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.orgonomic.narod.ru/w/aboutr/kurpatov2.htm>.
3. Шевченко Н., Пахмурный В. Жизнь и смерть доктора Райха / Н. Шевченко, В. Пахмурный // Еврейский обозреватель. — Февраль 2005. — № 3/94 [Электронный ресурс] // Режим доступа: obozrevatel@jewukr.org.
4. Райх В. Посмотри на себя, маленький человек / В. Райх. — М., 1997. — 111 с.
5. Myron Sharaf. Fury on Earth. A Biography of Wilhelm Reich. — New York: St Martin's Press/Marek, 1983. — 550 p.
6. Армалинский М. Вильгельм Райх — чудной психоаналитик с «красной нитью» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.mipco.com/win/GEr142.html>.
7. Овчаренко В.И. Райх (Reich) Вильгельм // Новейший философский словарь / Сост. А.А. Грицанов. — Мн.: Изд. В.М. Скакун, 1998. — С. 562-563.
8. Wilhelm Reich. The Function of the orgasm. Sex-Economic Problems of Biological Energy. Translation by Vincent R. Carfangno. — New York: The Noonday Press, 1999. — 400 p.
9. Ларионов М. Вильгельм Райх и красная реконкиста / М. Ларионов [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.situation.ru/app/rs/lib/reich/larinov_reich.htm.
10. Вергасов Ф. Вильгельм Reich-Райх [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.pseudology.org/Psychology/Reich_Wilhelm.htm.
11. The Wilhelm Reich Museum. Orgonon. Rangeley, Maine [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.wilhelmreichmuseum.org/biography.html>.
12. Райх В. Массовая психология фашизма // Свободная мысль. — 1992. — № 10. — С. 113-121.
13. Райх В. Сексуальная революция. — СПб.-М., 1997. — 352 с.
14. Цвейг С. Врачевание и психика. Месмер. Бекер-Эдди. Фрейд. — М.: Изд-во политической литературы, 1992. — 394 с.
15. Рассохин А.В. Вильгельм Райх: по ту сторону осуждения и поклонения // Райх В. Характероанализ. Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков. — М., 1999. — С. 6-7, 17, 28-31.
16. Безумные грани таланта: Энциклопедия патографий / Авт.-сост. А.В. Шувалов. — М.: ООО «Издательство АСТ»; ООО «Издательство Астрель»; ОАО «ЛЮКС», 2004. — С. 849-851.

УДК 616.89(089) (477.54) (024)

Психиатрия при нацизме: расстрел немецкими оккупантами пациентов Сабуровой дачи. Сообщение 8



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

Петрюк П. Т.¹, Петрюк А. П.²

¹ Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

² Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

² Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача)

Резюме. У роботі висвітлюється питання масового знищення пацієнтів Сабурової дачі і червоноармійців, звіряче поводження з душевнохворими цієї установи та його персоналом, а також з лікарняними та інститутськими приміщеннями німецько-фашистських окупантів.

Ключові слова: Сабурова дача, душевнохворі, знищення.

Psychiatry at Nazism: shooting of patients of the Saburova dacha the German invaders. Report 8

Petryuk P. T.¹, Petryuk O. P.²

¹ Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

² Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

² Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha)

Resumé. The questions of mass elimination of patients of the Saburova dacha and red army soldiers are lighted in work, atrocious handling mentally ill this establishment and by his personnel, and also with the hospital and institutes apartments of German-fascist invaders.

Key words: Saburova dacha, mentally ill, elimination.

*Беспам'ятство — руйнівливо,
пам'ять — созидательна.
Д.С. Лихачев*

Общеизвестно, что нацистская программа умерщвления «Т-4» («Акция Тюрнгартенштрассе 4») предусматривала в рамках расовой гигиены «очищение» арийской расы от людей, существование которых, как утверждалось в рамках господствующих представлений, влияло на появление здорового потомства, — прежде всего это коснулось пациентов психиатрических клиник, а также тех лиц с психическими расстройствами, которые выявлялись через врачей амбулаторного звена и частных психиатров.

Оправдательным мотивом служила высокая стоимость содержания и лечения, что было использовано нацистской пропагандой с целью вызвать ненависть к «психически неполноценным», как к бесполезным членам общества, на лечение которых уходят средства налогоплательщиков. Поначалу практиковалась стерилизация больных согласно «Закону о предотвращении (рождения) больного потомства». Считалось, что люди с психическими расстройствами и наследственно больные не могут приносить пользу обществу и в целях экономии государственных средств должны быть ликвидированы [1].

Когда нацистская «расовая гигиена» стала осуществляться, категории лиц и групп,

считавшихся «биологически угрожающими здоровьем страны», были существенно расширены, иногда в них включали даже лесбиянок как не дающих потомства. В конце концов, нацистские порядки проведения расовой гигиены достигли высшей точки в холокосте. Под прикрытием Второй мировой войны и используя войну как предлог, национал-социалисты ещё более радикализировали расовую гигиену. Вместо положительной евгеники управления воспроизводством и браком они просто устранили лиц, которых считали биологической угрозой. Уничтожению подлежали все евреи, как «загрязняющие» расу, цыгане, в качестве социально опасных элементов общества, и некоторые другие меньшинства. Даже после издания приказа по прекращению программы уничтожения продолжалось. В медицинских клиниках, ставших центрами по уничтожению людей, стали умерщвлять не только пациентов, но и направляемых туда нетрудоспособных узников концентрационных лагерей и больных представителей «низшей расы» — «остарбайтеров», т. е. бесплатной рабочей силы: евреев Восточной Европы и людей, пригнанных в Германию на работу (в основном женщин и детей) из СССР. Сами отделы по транспортировке из программы уничтожения «Т-4» были переведены в систему концлагерей. Чиновники из «Т-4», Франц Штангль и Кристиан Вирт, стали начальниками лагерей смерти Трешлинка и Белжец, которые стали образцом для всех лагерей [2, 3].

В чудовищной истории холокоста есть глава, о которой часто забывают. Это убийство более чем 100 000 психически больных людей — главным образом в нацистской Германии, но также в странах, которые были оккупированы нацистами во время Второй мировой войны. Уничтожение психически больных людей играло ключевую роль в развитии машины уничтожения как до прихода к власти нацистов, так и во время нацистского владычества. Оно ясно показывает связи между немецкой наукой, немецкой бюрократией, немецкой медициной и национал-социалистическими мясниками [4, 5].

Впервые о нацистской программе уничтожения неизлечимо больных, а также представителей «неполноценных» народов — евреев, цыган, поляков и русских, было заявлено 14 июля 1933 года в декрете о «Защите здоровья нации», которая состояла из трех пунктов: умерщвление неизлечимо больных, непосредственное уничтожение с помощью «особого обращения» (*Sonderbehandlung*) и опыты по массовой стерилизации.

В 1935 году А. Гитлер заявил, что в случае войны, он намерен осуществить программу эвтаназии, поскольку считает, что «подобная программа обеспечила бы эффект в общем исходе войны гораздо более спокойный и быстрый, и что открытое сопротивление церкви не сыграло

бы той роли, которую можно было бы от нее ожидать». 1 сентября 1939 года А. Гитлер издал секретный указ об умерщвлении «неизлечимо больных». Он не только распространялся на многочисленные категории инвалидов, хронических больных, умственно неполноценных, но мог также произвольно применяться в отношении политических противников нацистского режима [6].

Небезынтересно, что Клаус Дёрнер, один из главных исследователей в этой области, предлагает идею о том, что основная мотивация совершавших преступления немецких докторов заключалась в стремлении к «успеху» своей терапевтической деятельности: т. е. лечить излечимых и убивать неизлечимых, чтобы не сталкиваться со своими неудачами. Это объяснение похоже на правду, т. к. некоторые из самых активных врачей-преступников были ведущими реформаторами психиатрии в двадцатых и начале тридцатых годов XX века. Но есть несколько аргументов, опровергающих данную гипотезу. Основным аргументом против этого объяснения состоит в том, что убийство пациентов осуществлялось не медицинским путем, это была не эвтаназия в ее строгом медицинском смысле, это было не «убийство из сострадания». Оно осуществлялось особо жестоким и бесчеловечным образом без каких-либо намеков на сострадание или чувства собственного достоинства. Иными словами здесь присутствуют, как правило, неумеренная жестокость, безнравственность и жажда убийства [7].

Война и оккупация фашистскими захватчиками территории Украины нанесли огромный ущерб всему народному хозяйству республики. Известно также, что фашистские захватчики в Украине, Белоруссии, Латвии и ряде областей РСФСР, находившихся во временной немецкой оккупации, уничтожили душевнобольных, разрушили стройную систему существующего здравоохранения, в том числе и психиатрические больницы. Здесь уместно вспомнить о тысячах душевнобольных, которых немецко-фашистские оккупанты расстреливали, отравляли в душегубках, уничтожали химическими веществами, применяя новые методы на них в чем не повинных людях. Всего немецко-фашистскими захватчиками на оккупированных территориях СССР уничтожено около 20 000 душевнобольных. При этом полностью были уничтожены такие психиатрические больницы, как Игринская, Полтавская, Ставропольская, Ростовская. Разрушено значительное количество корпусов в больницах Харькова, Киева, Симферополя, Смоленска, Могилева, Минска, Елгавы, Даугавпилса и других городов. Больные, содержащиеся в психиатрических больницах, были уничтожены, имущество и оборудование разграблено [8-11].

На второй день после нападения немецко-фашистских захватчиков на нашу Родину,

коллектив Украинского психоневрологического института (УПНИ), охваченный патриотическим порывом, обсудил вопрос об организации комплексного психоневрологического госпиталя с нейрохирургическими койками на базе института. Созданный в предельно сжатый срок госпиталь получил № 3352. Директор института майор медицинской службы Н.М. Зеленский стал также и начальником вновь созданного госпиталя. На работу в госпитале были направлены лучшие специалисты института. Среди них: заслуженный деятель науки проф. Т.И. Юдин, проф. З.И. Гейманович, проф. М.С. Лебединский, проф. А.Л. Лещинский, доценты Н.Б. Чибукмахер, Н.И. Погибко, Д.Г. Шмелькин, А.И. Вольфовский, к.м.н. М.С. Горбачев, Р.А. Голубева, врачи с большим стажем работы: Г.В. Кобец, И.С. Розенцвейг, Е.Д. Майоров, С.Б. Пейсахзон, Ф.Г. Гуревич, А.Е. Бреслав, Ф.А. Бреслав, М.С. Клименко и другие. В качестве консультантов — проф. А.И. Гейманович, проф. В.П. Протопопов, проф. Б.С. Бейлин, проф. Л.Б. Литвак, доц. М.Е. Соболев.

В целях освобождения мест для приема раненых 400 душевнобольных были переведены в дом отдыха. Руководителем невропсихиатрического отдела стал заслуженный деятель науки проф. Т.И. Юдин, имевший уникальный психиатрический опыт, в том числе и в области военной психиатрии. Научная работа института была перестроена в интересах фронта. Все было посвящено изучению травматических поражений центральной и периферической нервной системы.

На Сабуровой даче к тому времени уже был накоплен значительный опыт работы в военных условиях и военно-медицинский научный задел. Как известно, во время войны с Турцией в 1876 году был построен лазарет для раненых, где находилось от 200 до 300 раненых и больных. Во время Первой мировой войны на Сабуровой даче был организован госпиталь с койками невропсихиатрического профиля. В 1920-е годы А.И. Гейманович опубликовал статьи «Общественные психиатрические больницы и войны», «О душевных заболеваниях военного времени», «Война и нервная система». В 1930 году он сделал доклад «Неврология войны». Несколько позже появились экспериментальные работы, посвященные травме головного мозга, их авторами были А.И. Гейманович, З.И. Гейманович и Л.О. Смирнов. В феврале 1938 года состоялась V сессия нейрохирургического совета, которая была полностью посвящена оборонной тематике. В 1939 году на нейрохирургическом декаднике был заслушан доклад А.И. Геймановича «Контур неврологии войны». Им же совместно с Л.Б. Литваком на V оборонной сессии нейрохирургического совета был сделан доклад «Ранения периферических нервов». В 1943 году З.И. Геймановичем

было подготовлено и издано две монографии на военную тематику — «Военно-травматическое поражение позвоночника и спинного мозга» и «Огнестрельные повреждения периферических нервов и их лечение».

Кроме этого, УПНИ издал ряд томов научных работ, посвященных военной тематике: «Травматическое поражение центральной и периферической нервной системы. Посвящен XV-летию со дня провозглашения Украинской Советской Социалистической Республики. — Т. 12. — 1943», «Травматическое поражение центральной и периферической нервной системы. Посвящен бессмертным славным героическим бойцам за освобождение Советской Украины от немецко-фашистских захватчиков. — Т. 13. — 1943», «Травматическое поражение центральной и периферической нервной системы. Посвящен первой годовщине освобождения г. Харькова от немецко-фашистских захватчиков. — Т. 14. — 1945», «25 лет Украинского психоневрологического института. Посвящен второй годовщине освобождения г. Харькова от немецко-фашистских захватчиков. — Т. 15. — 1945», «Травматическое поражение центральной и периферической нервной системы. Посвящен 25-летию Украинского психоневрологического института. — Т. 16 — 1946».

Таким образом, в УПНИ часто звучала военно-травматическая тематика еще задолго до начала войны. 6 августа 1941 года была проведена Первая объединенная конференция госпиталя и института, посвященная огнестрельным повреждениям периферических нервов. С этого момента научная тематика госпиталя и института стала единой [12, 13].

В ночь на 25 сентября 1941 года институт и госпиталь были эвакуированы в г. Тюмень Омской области. Через 10 дней после прибытия был организован прием первых раненых и больных. Регулярно, 2 раза в месяц, созывались научные конференции, кроме того, были и межгоспитальные конференции. Финансировали госпиталь Совнарком СССР и Наркомздрав СССР [12, 13].

Эвакуировать больных Сабуровой дачи возможности не было. В последний момент перед погрузкой госпиталя в эвакоэшелон было принято решение оставить Александра Алексеевича Игнатова в оккупированном городе в качестве главного врача больницы и директора УПНИ. Как вспоминает его сын, Игнатов Юрий Александрович, это произошло так: «В кабинет пришел директор УПНИ Изельсон и сказал отцу: «Ты русский, беспартийный, тебе оставаться!». У матери была истерика, но отец был законопослушный, и тогда решили остаться всей семьей». У еврея или заметного коммуниста выжить в оккупацию, а тем более спасать больных шансов практически не было. В итоге, под началом

А.А. Игнатова в оккупированном городе работала психоневрологическая больница, где было 2 профессора, 2 доцента и 26 врачей. В начале оккупации было 1400 больных, к 16 декабря 1941 года их осталось 480. 18 декабря данного года фашисты всех больных в одном белье вывезли в район нынешней станции метро им. Академика Барабашова и расстреляли. Уничтожение психически неполноценных лиц было составной частью расовой «теории» германского фашизма. Всему персоналу, в том числе профессорам и врачам, предложили работать уборщиками в немецком госпитале.

В феврале 1943 года во время кратковременного (месячного) освобождения г. Харькова на Сабуровой даче в здании института был организован эвакогоспиталь № 2 на 600 раненых, главным врачом которого вновь стал А.А. Игнатов, с ним работало 5 врачей. Немецкие оккупанты, вернувшись, расстреляли 72 раненых красноармейцев, которых не успели эвакуировать, прямо на территории института.

После окончательного освобождения г. Харькова 23 августа 1943 года А.А. Игнатов написал отчет о своей работе на Сабуровой даче в годы оккупации, который был сдан в органы НКГБ. Оценка работы Александра Алексеевича на оккупированной территории под немецким контролем, которая после войны долго проверялась в соответствующих органах, со стороны Советской власти в целом была нейтральной: к А.А. Игнатову не было предъявлено претензий как к пособнику оккупантов, но и его самоотверженный труд по лечению больных в таких нечеловеческих условиях тоже никак не был отмечен. Более того, на его научной работе был поставлен крест. Тоненькая тетрадка с его отчетом о маленьком эпизоде большой войны хранится в больничном музее — музее Сабуровой дачи

Следует подчеркнуть, что Александр Алексеевич был главным врачом на Сабуровой даче очень недолгий срок, но это были совершенно особые годы — период немецко-фашистской оккупации г. Харькова, кратковременного его освобождения в феврале 1943 года, повторной оккупации и первый год после окончательного освобождения. Этот человек навсегда вошел в историю Сабуровой дачи, как достойный и гуманный представитель отечественной психиатрии.

А.А. Игнатов начинал свою трудовую деятельность в Харьковской психиатрической больнице (в то время она именовалась «4 Советской психоневрологической больницей им. Я.М. Свердлова») в 1923 году в должности санитаря, с 1926 года по 1931 год работал фельдшером. В 1931 году он окончил Харьковский медицинский институт и стал работать в должности врача-психиатра, занимаясь также и научной работой в области генетики и иммунологии при шизофрении. После эвакуации основного состава

УПНИ 25 сентября 1941 года из г. Харькова в г. Тюмень Омской области, А.А. Игнатов остался в городе, где исполнял обязанности главного врача Сабуровой дачи по декабрь 1941 года.

После того, как душевнобольные Сабуровой дачи были расстреляны 18 декабря 1941 года, больница перестала существовать, но в феврале 1942 года А.А. Игнатов стал главным врачом психиатрической больницы, которая находилась на территории Городского психоневрологического диспансера (ул. Сумская, 4), где находилось до 30 больных.

Во время первого освобождения г. Харькова на территории Сабуровой дачи, как уже отмечалось нами выше, в помещении УПНИ был развернут госпиталь на 600 коек, где было 7 врачей. Отступая, немецкие фашисты расстреляли 72 военнопленных прямо на территории Сабуровой дачи. После освобождения г. Харькова, 25 августа 1943 года А.А. Игнатов был вновь назначен главным врачом Сабуровой дачи. К концу 1944 года в больнице было около 300 психически больных. Затем вернулся из эвакуации УПНИ во главе с Н.М. Зеленским. А.А. Игнатов стал работать рядовым врачом-психиатром на Сабуровой даче, где и проработал до 1969 года. Последние годы жизни он работал психиатром в психоневрологическом диспансере г. Харькова, который в то время размещался на улице Петровского, 3. Александр Алексеевич безвозмездно отдал свою богатейшую библиотеку Харьковскому научно-исследовательскому институту неврологии и психиатрии [12].

Приводим отчет А.А. Игнатова о работе УПНИ в годы оккупации:

«В день занятия немцами г. Харькова в Институте функционировали все его точки за исключением научно-исследовательского раздела.

Было около 1200 больных. Младший и средний медсостав был в соответствии со штатами. Старших медработников, не успевших эвакуироваться, оставалось 29, а именно: профессора Хоминский, Платонов, доценты Соболев, Насонов, врачи Игнатов, Добромислов, Петрова, Смага, Мищенко, Солодка, Емельянова, Потеня, Тольбизова, Жеребцова, Золотова, Хаэт, Яблонская, Сквороднева, Кашпур, Верлика, Полупан, Наумова, Стрелян, Леус, Набокова, Дьяченко, Гугмарева, Стрельникова, Яршев Н.А., зав. аптекой Яршев А.И. Доцент Соболев и зав. аптекой Яршев А.И. в то время были больны и находились в клиниках.

На материальном складе был почти годовой запас угля, там же сохранялось достаточное количество горючего (жидкости). Продуктовый склад имел месячный запас продуктов. Медикаментов и перевязочного материала было настолько достаточно, что их хватило и после изгнания оккупантов. Все вещи больных были в порядке. В клиниках и отделениях было не

менее 3 смен нательного и постельного белья. Твердый инвентарь был в полной сохранности.

С первых чисел ноября немцы начали понемногу занимать Институт под лазарет. Вначале был занят клинкорпус, позднее здание клиники Браиловского и Лещинского. В самом начале под их контроль попали кочегарка, электростанция, кухня. До 18 декабря 1941 года рядом с организованным немцами лазаретом, существовал и Институт.

Больные, выселенные из зданий клиники, частично были размещены в оставшихся, частично ютились в помещениях приспособленных для этого, так 1-я клиника была размещена в здании швейной мастерской. Ели 1 раз в день и то похлебку из ячневой крупы.

На день 18 декабря 1941 года в Институте оставалось 470 больных, остальные были выписаны домой и переведены в еврейскую общину. 18 декабря утром во двор Института заехало более 10 грузовых автомашин с отрядом эс-совцев. Переводчик заявил мне как директору Института, что больные должны быть перевезены в Полтаву. На погрузку дано было 2 часа. За 2 часа все больные были вывезены из Института, причем вывезены в одном белье, без обуви.

Вывозились и трупы умерших больных. Наряду с душевнобольными были вывезены и неврологические больные. Больной в то время крупозной пневмонией наш сотрудник Раков и находившиеся в соматическом отделении тоже были вывезены. Машины очень быстро возвращались, что дало повод думать не об эвакуации. По мере освобождения клиник и отделений от больных немцы хозяйничали там. Сотрудники подверглись проверке относительно принадлежности их к партии, нации, армии. Последнее не повлекло за собой никаких последствий и было приостановлено, когда был вывезен последний больной. Впечатление было — отвлечение внимания, но все же было подмечено, что больные вывозятся в направлении совершенно обратном, а именно по Липцевской дороге. Техническому персоналу было предложено остаться на своих местах, врачам и мне, в том числе было предложено работать уборщиками в лазарете. В тот же день я покинул территорию Института, куда в переходное время я переселился с семьей, жил я в кабинете клиники Лещинского.

Нужно упомянуть некоторые факты небезразличные и характеризующие как оккупантов, так и наших людей. Во-первых, немцы, как только заняли Институт, сейчас же ограбили продуктовый склад, оставив незамеченным ячмень в количестве 3 тонн, который и послужил продуктом питания наших больных. Немцы грабили и сотрудников, живших на территории Института. Позднее ограблению подвергся и материальный склад, угольные склады. Когда оккупанты занимали под лазарет помещение фельдшерской

школы, они выбрасывали на улицу ценное оборудование, в том числе и учебные микроскопы. Когда проф. Хоминский привлек свое внимание к этому, случайно проходя, получил пинок от главного врача лазарета.

Считаю нужным указать, что судебный отдел, рабочие отделения были приспособлены под конюшни. Несмотря на то, что на складе было достаточно топлива, немцы жгли мебель и ценные заготовки мастерских. Что касается наших людей, то считаю долгом отметить факт, когда дежурный врач Дьяченко, зав. отделением Посолов со всем своим штатом, скрыли отрезанных от своих частей 8 бойцов. Все они были приняты как душевнобольные в отделение и на другой день выписаны.

Не хочу упустить и того, что санитар Перемышлев во время второго нашего отступления спас у себя ампутанта офицера нашей армии, несмотря на строгие репрессии в то время. Он лечил его и держал у себя до окончательного освобождения г. Харькова от оккупантов.

Когда немцы отступали в последний раз, они все уничтожали на территории Института, и то, что главный корпус не пострадал, мы обязаны группе наших сотрудников, а именно — Бутенко, Радину. Они загасили очаги пожара, который немцы попытались разжечь в двух точках огромного здания.

С января 1942 года по распоряжению Управы, на базе диспансера была открыта психбольница, в мае она была переведена в помещение лаборатории УВО, в одно из зданий бывшей лечебницы Платонова. Здание было не приспособлено, разрушено, содержались больные за счет родных. Достаточно указать, что мизерный паек был дан только в конце 1942 года. Больница имела две палаты, женскую и мужскую. Лечение было симптоматическим. Смертность была огромная по причине, главным образом, недоедания. Из врачей работал я, Мищенко, Ершов, Жеребцова, Стрелян. Средний персонал был в количестве 6, санитаров насчитывалось около 20. Зарплату платила Управа по ставкам, установленным нашим здравоохранением. На питание отпускалось около 6 руб. в день на больного, на хоз. расходы по мере установлению необходимости. Больница имела свои подсобные хозяйства, которые в 1943 году дали возможность больных лучше питать, смертность за счет этого снизилась.

О работе больницы ниже прилагаю данные за 1942 год и за 1943 год. Данные сданы в органы НКГБ.

Примечания:

1. В 1943 году в феврале месяце, во время первого освобождения г. Харькова от оккупантов, на базе Института был организован эвакуогоспиталь № 2, в котором я работал начальником госпиталя. Из врачей работали

- Добромыслов, Насонов, Петрова, Смага. Количество коек доходило до 600.
2. В 1941 году по приказу наркома от 19 октября, я был оставлен директором Института. Изельсон был временно командирован в Ворошиловград.
 3. За время оккупации были убиты доц. М.Е. Соболев, пропала без вести Яблонская, умер от голода Потебня, покончила жизнь самоубийством Золотова, была убита доктор Хаэт.
 4. Считаю долгом упомянуть, что в начале заведовал здравотделом Добровольский, паралитик, который очень плохо относился к нашему учреждению, памятуя судьбу своей дочери.
 5. Всего уничтожено больных было 470 и погребено в районе сельхоза. Раненные больные ЭГ № 2 (около 70), не успевшие эвакуироваться, были расстреляны. Их могилы находятся на территории Института.

Приложение за 1942 год:

1. Поступило больных всего 182 (в том числе мужчин 76, женщин 106). Выписано всего 75 (в том числе женщин 26, мужчин 49). Умерло всего 65 (в том числе мужчин 32, женщин 33). Состоит на 01.01.43 года 42 больных.
2. Общее число дней проведенных больными. Всего — 11186 (в том числе мужчин 4412, женщин 6774).
3. Среднее количество больных (среднесуточное) — 36,68.
4. % отношение между полами — 41,7 м./58,3 ж.
5. % выписавшихся к общему количеству больных — 41,2.
6. % умерших к тому же количеству — 35,7.
7. Среднее количество дней, проведенных одним больным — 61,5» [14].

Начальник управления НКГБ Харьковской области, подполковник государственной безопасности Тихонов в своей докладной записке «О зверском расстреле в Харькове немецкими фашистами 470 психо- и нервнобольных» на имя Народного комиссара Государственной безопасности УССР, комиссара Государственной безопасности тов. Савченко писал: «В результате опроса медицинских работников города Харькова, ряда сотрудников Психоневрологического института (бывшая Сабурова дача) и населения посёлка им. Кирова установлен факт массового умерщвления немцами психических и нервных больных, находившихся на излечении в институте.

18 декабря в 6 часов 30 минут в Психоневрологический институт, на территорию бывшей Сабуровой дачи (просп. Академика Павлова, 46), прибыло 10 грузовых крытых автомашин без подножек с 50-60 гестаповцами, большая часть которых владела русским языком.

Прибывший с машинами офицер, вызвав главного врача института, доктора А.А. Игнатова, приказал ему срочно подготовить больных для немедленной отправки в Полтаву якобы с целью «создания для них лучших условий». В связи с ограблением института немцами с первых дней оккупации Харькова, больные скудно питались один раз в день.

Одновременно было предложено закрыть все двери, из корпусов никого не выпускать, а медицинскому и обслуживающему персоналу неотлучно находиться при своих отделениях.

Гестаповцы оцепили выход с территории института, часть Салтовского шоссе между городом и посёлком им. Кирова и не пропускали на эту территорию посторонних. Затем началась погрузка больных на автомашины.

Перед выводом больных на улицу, корпуса оцеплялись. Вывод и погрузка больных производились с большой поспешностью, гестаповцы торопили обслуживающий персонал. В результате больных выводили на улицу босиком, в нижнем белье, выносили завернутыми в простыни, одеяла и в таком виде погружали на машины. Многие больные, видя такое отношение к себе, инстинктивно почувствовали грозящую им опасность, заволновались, а некоторые из них подняли крик.

По мере загрузки машины отправлялись на восточную окраину города по Салтовскому шоссе к ранее оцеплённому гестаповцами большому оврагу, расположенному в 1,5-2 км от института между посёлком им. Кирова и русским кладбищем. Машины подъезжали кузовом к краю оврага, на дне которого был специально вырыт ров. В этот ров сбрасывались больные и тут же расстреливались из автоматов.

Через 15-20 минут машины возвращались в институт для погрузки очередной партии больных. Двое больных, умерших накануне ночью и находившихся ещё в палате, были также погружены в машину и увезены к оврагу. Таким образом, в течение 1,5-2 часов было зверски расстреляно 470 больных, в числе которых было более 20 человек выздоровевших.

С целью отвлечения внимания медицинского и обслуживающего персонала от происходящего, гестаповцы, по мере освобождения отделений от больных, инсценировали опрос и регистрацию сотрудников института, предлагая при этом медперсоналу и, в том числе врачам, работу в качестве уборщиц в немецком лазарете. Затем гестаповцы силой оружия вынудили главного врача института Игнатова выдать им справку о том, что больные в количестве 470 человек отправлены им в г. Полтаву. Забрав все паспорта и ценности больных, хранившиеся в кассе института, гестаповцы покинули территорию Сабуровой дачи» [15].

Немецкие варвары разрушили Сабурову дачу почти целиком. Лучшее и самое большое

здание клинического корпуса было частично взорвано и полностью сожжено. Частично разрушен главный корпус. Полностью разрушено здание IV и V психиатрических клиник, т. е. то здание, в котором в 1820 году впервые на территории Сабуровой дачи было организовано отделение для душевнобольных. Совершенно было сожжено помещение V психиатрической клиники, разрушены три домика 11 отделения, разрушены помещения III неврологической клиники, детской неврологической и детской психиатрической клиник. Помещение бывшего 10 отделения немецкими варварами было превращено в гараж. Разрушены и полностью сожжены помещения электростанции, центральной котельной. Разрушены помещения кухни и прачечной. Полностью разрушены помещения мастерских и все здания профилактория. Такова была мрачная картина разрушений на Сабуровой даче [13].

20 апреля 1944 года коллектив Института и госпиталя вернулся из эвакуации в Харьков. Ужасная картина варварского разрушения почти всех зданий Института предстала перед глазами сотрудников. Началось восстановление разрушенных зданий и сооружений. Госпиталь стал обслуживать инвалидов войны из 8 областей Левобережной Украины [12, 13].

Таким образом, вышеприведенные материалы свидетельствуют о том, что нацистская программа «Т-4» по умерщвлению душевнобольных не прошла, к сожалению, мимо Сабуровой дачи, где было уничтожено особо жестоким и бесчеловечным образом без каких-либо намеков на сострадание около 470 её пациентов. Вне сомнения, вопрос умерщвления душевнобольных Сабуровой дачи нуждается в дальнейшем тщательном исследовании.

Литература

1. Strous R.D. Психиатры Гитлера: целители и научные исследователи, превратившиеся в палачей, и их роль в наши дни (расширенный реферат). Врачи и их преступления против человечества в нацистской Германии / R.D. Strous [Электронный ресурс] // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8. — № 5 // Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/index.shtml>.
2. Программа умерщвления Т-4 [Электронный ресурс] // Википедия // Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/>.
3. Полян П.М. Жертвы двух диктатур: Жизнь, труд, унижение и смерть советских военнопленных и оstarбайтеров на чужбине и на родине / Предисл. Д. Гранина / П.М. Полян. — М.: РОССПЭН, 2002. — 895 с.
4. Устранение бесполезных [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://tumbalalaika.memo.ru/articles/artn13/n13_09p12.htm.
5. Мельников Д.Е. Конвейер смерти: Тайны СС и гестапо / Д.Е. Мельников, Л.Б. Черная. — М.: Вече, 2005. — 479 с.
6. Эвтанази́и, программа [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://virtlib.odessa.net/encyclopedia/reich/page_slovar_ei.shtml.
7. Кранах М. Уничтожение психически больных в нацистской Германии в 1939-1945 гг. / М. Кранах // Независимый психиатрический журнал. — 2006. — № 3. — С. 5-12.
8. Шабанов А.Н. Состояние психоневрологической помощи и мероприятия по ее улучшению / А.Н. Шабанов // Неврология и психиатрия. — 1949. — Т. XVIII. — № 1. — С. 5-15.
9. Коваленко П.И. Достижения и задачи в области организации психоневрологической помощи в УССР / П.И. Коваленко // Проблемы организации психоневрологической помощи: Тр. Украинского НИ психоневрологического института. — Т. 77. — Х.: Изд-во Укр. НИПНИ, 1958. — С. 7-21.
10. Сочнева З.Г. Психиатрическая помощь в Латвии в годы Великой Отечественной войны / З.Г. Сочнева // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны: Сборник научных трудов под общ. ред. М.М. Кабанова и проф. В.В. Ковалева. — Л.: Изд-во Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1985. — С. 119-121.
11. Федотов Д.Д. О гибели душевнобольных на территории СССР, временно оккупированной фашистскими захватчиками в годы Великой Отечественной войны / Д.Д. Федотов // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. — 1965. — Т. 12. — С. 443-459.
12. Смирнова С.Н. Сабурова дача в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. / С.Н. Смирнова // Очерки истории Сабуровой дачи / С.Н. Смирнова. — Х.: Ранок, 2007. — С. 57-69.
13. Зеленский Н.М. 150 лет Сабуровой дачи / Н.М. Зеленский. — К.-Х.: Госмедиздат УССР, 1946. — 160 с.
14. Игнатов А.А. Краткие сведения о работе УПНИ в годы оккупации (дневник А.А. Игнатова) / А.А. Игнатов [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://saburovadacha.org.ua/pages/doctor/aa_ignatov.htm.
15. Зеленина Е. Оккупация: Рассекречены документы трагических эпизодов в истории Харьковщины / Е. Зеленина // Время. — 23.08.2001. — № 93 (14918). — С. 3.

До уваги авторів:

1. До журналу «Психічне здоров'я» приймаються матеріали, які раніше не друкувалися і не розглядалися на предмет публікації в інших виданнях.
2. Відповідальність за достовірність наданої інформації покладається на авторів.
3. Відповідно до Постанови Президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. № 7-05/1 «Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України» на розгляд до журналу «Психічне здоров'я» прийматимуться лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи:
 - постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;
 - аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
 - формулювання цілей статті (постановка завдання);
 - виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
 - висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямку.
4. Статті публікуються мовою оригіналу — українською, російською, англійською. Структура статті: резюме (не більше 120 знаків), резюме двома іншими мовами з ключовими словами, вступ, об'єкт та методи дослідження, результати їх обговорення, висновки.
5. Стаття має подаватися у 2 примірниках на папері формату А4 (інтервал друку 0151 1,5; шрифт — Times New Roman; розмір шрифту — 14, поля (верхнє і нижнє — 2,5 см, лівє — 3 см, правє — 1,5 см); орієнтація стор. — книжна) та в електронному варіанті (формат тексту — ідентично до паперового, формат файлу — RTF або Word) на дискеті 3,5 дюймів. Стаття супроводжується листом — рекомендацією установи і висновком експертної комісії. Статтю підписують усі автори і візує науковий керівник. Обсяг статті — не більше 12 друкваних аркушів, для повідомлення — не більше 3. До статті мають додаватися фотографії усіх авторів: паперові (гарної якості) або в електронному вигляді (у форматі *.jpg або *.tif на 300 dpi).
6. На окремому листку надається повна інформація про авторів з вказуванням повних імен, професійної посади, вченого ступеня та звання, телефону чи факсу для можливого зв'язку з автором.
7. Список використаної літератури та основних джерел інформації складається за стандартом ГОСТ 7.1-84. Бібліографія подається в послідовності відповідно до зустрічі в тексті. Посилання на літературні джерела у тексті слід давати у квадратних дужках відповідно до нумерації їх у списку літератури.
8. Усі фізичні величини та одиниці слід наводити за системою СІ; терміни — згідно з анатомічною, гістологічною номенклатурами; назви захворювань — згідно з МКХ-10.
9. Малюнки, фотографії подаються у 2 примірниках з підписом до них. Таблиці мають бути надруковані через 1,5 інтервали, у тексті на них даються посилання.
10. Заголовок статті повинен бути трьома мовами в наступній послідовності: УДК, назва, ініціали та прізвища авторів, заклад чи установа, з якої виходить стаття, ключові слова.
11. Редакція залишає за собою право скорочувати та редагувати прийняті до публікації матеріали, не змінюючи змісту статті.
12. Матеріали, оформлені без дотримання правил та не схвалені до друку, не розглядаються та авторам не повертаються.
13. Статті, що надходять до редакції, авторам не повертаються.

*З повагою, редакція журналу
«Психічне здоров'я»*



Перша Національна Соціальна Програма
“3 турботою про співвітчизника”

КАРБАМАЗЕПІН-ФС

КАРБАМАЗЕПІН



ГАБАНТИН 300

ГАБАПЕНТИН



ФАРМАСТАРТ

неврологія • психіатрія



Ми робимо якісне лікування доступним!

ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бул. Лепсе, 8
Тел.: (+38-044) 404-85-05 • www.phs.com.ua

10 лет успешного опыта применения
в психиатрической практике

Зипрекса®
Оланзапин
ПОМОГАЕТ ЖИТЬ

Оптимальное решение на всех этапах терапии шизофрении и биполярного расстройства

Мое будущее было
ограничено
больничными стенами

Разнообразные формы выпуска препарата Зипрекса®:

- Помогают подобрать лечение согласно индивидуальным потребностям каждого пациента^{1,2,4}
- Обеспечивают преемственность этапов терапии^{3,5}

	Комплаентность	Низкая	Высокая
Ажитация			
Высокая			
Низкая			

Теперь я хочу большего

ЗИПРЕКСА® (ZYPREXA®). Международное непатентованное название (МНН): оланзапин. Антипсихотическое средство (нейролептик). **Показания к применению.** Шизофрения у взрослых: лечение обострений, поддерживающая и длительная противорецидивная терапия больных шизофренией и другими психотическими расстройствами с выраженной продуктивной (бред, галлюцинации, автоматизмы и др.) и/или негативной (эмоциональная уплощенность, снижение социальной активности, обеднение речи) симптоматикой, а также сопутствующими аффективными расстройствами. **Биполярное аффективное расстройство у взрослых:** лечение острых маниакальных смешанных эпизодов и предотвращение рецидивов заболевания. **Противопоказания.** Установленная повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. **Способ применения и дозы.** Рекомендуемая терапевтическая доза оланзапина составляет от 5 мг до 20 мг в сутки. **Побочное действие.** К числу очень частых ($\geq 10\%$) побочных эффектов относятся сонливость и увеличение массы тела. Частые ($< 10\%$ и $\geq 1\%$) побочные эффекты, связанные с приемом оланзапина в клинических испытаниях, включали головокружение, астению, акатизию, увеличение аппетита, периферические отеки, ортостатическую гипотензию, сухость во рту и запоры. Иногда наблюдалось транзиторное, асимптоматическое повышение показателей печеночных трансаминаз (аспартат- и аланинаминотрансферазы) в сыворотке крови. **Передозировка.** Очень частыми (частота $\geq 10\%$) симптомами при передозировке оланзапина были тахикардия, возбуждение/агрессивность, расстройство артикуляции, различные экстрапирамидные расстройства и нарушения сознания разной степени тяжести (от седативного эффекта до комы). **Медицинская помощь при передозировке.** Специфического антидота для оланзапина не существует. Показано симптоматическое лечение в соответствии с клиническим состоянием и контроль над функциями жизненно важных органов. **Форма выпуска.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг и 10 мг. **Условия хранения.** Список Б. При температуре 15-30 °C в сухом и защищенном от света месте. Хранить в местах, недоступных для детей. **Срок годности.** 3 года. Не использовать по истечении срока годности. **Условия отпуска из аптек.** По рецепту. Полная информация о препарате представлена в инструкции по медицинскому применению. Информация для профессиональной деятельности специалистов здравоохранения.

1. Tran PV, Hamilton SH, Kuntz AJ, Polvin AH, Andersen SW, Beasley CM Jr, Tollefson GD: Double blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. J Clin Psychopharmacology 1997;17:407-418. 2. Beasley Jr CM et al.: A Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of olanzapine in the prevention of psychotic relapse. J Clin Psychopharmacology 2003;23:582-594. 3. P. Wright, M.P.C., Psych, M.D., et al., A Comparison of the Efficacy and Safety of Olanzapine Versus Haloperidol During Transition from Intramuscular to Oral Therapy, Clinical Therapeutics, 2003;25(3):1429-1428. 4. Kwon BJ et al.: Olanzapine Orally Disintegrating Tablets in the Treatment of Acutely Ill, Non-compliant Patients with Schizophrenia. Int J Neuropsychopharm 2003;6:97-102. 5. Adapted from Haro J et al.: Antipsychotic treatment discontinuation in the out-patient treatment for schizophrenia, 24-months results from the pan-european SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcome) study, Poster presented at XX International Congress on Schizophrenia Research, Program No. 117778, Savannah, GA, USA, April 2-6, 2005

Регистрационные номера: UA/7871/02/01, UA/7871/02/02, UA/7871/01/01, UA/7871/01/02, UA/0911/02/01 – Украина; 7556/1, 1589/7556, 8903, 1588/7555, 7555/1 – Армения; DV № 09-01414, DV № 10-00068 – Азербайджан. № 8144/07/10/12, № 8497/08, № 9945/12 – Беларусь; 17292, 11036, 11037, 17356, 17357 – Молдова.

CIS-AD-3-220612.

Эли Лилли Восток С.А.
01004, Украина, Киев, ул. Красноармейская, 9/2, офис 15
Тел.: (044) 490 25 85 /86 /87, факс: (044) 490 25 88

Lilly