

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

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ  
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ  
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY  
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание  
Основан в 1995 году

**№ 2 (34), 2014 г.**

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

# ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

---

---

**ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР В. А. Абрамов**

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:**

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

**РЕДАКЦІЙНА РАДА:**

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

Засновник і видавець:

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

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

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

Рекомендовано до друку та поширення через мережу інтернет Вченою радою Донецького національного медичного університету ім.М.Горького (протокол № 2 від 21.03.2014р.).

Адреса редакції:

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

e-mail: [psychea@mail.ru](mailto:psychea@mail.ru), [dongournal@mail.ru](mailto:dongournal@mail.ru)

сайт журналу: [psychiatry.dsmu.edu.ua](http://psychiatry.dsmu.edu.ua)

## СОДЕРЖАНИЕ

## CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ	3	CONTENTS
ПРОБЛЕМНЕ СТАТЬИ		PROBLEM ARTICLE
<b>Абрамов В.А., Денисов Е.М., Пырков С.Г., Путьятин Г.Г.</b> Психиатрия как объект социальной политики государства	5	<b>Abramov V.A., Denisov E.M., Pyrkov S.G., Pyutyatin G.G.</b> Psychiatry as object of social politics of the state
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		ORIGINAL INVESTIGATION
<b>Косенко К.А.</b> Оцінка ефективності впливу психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії, на рівень їх соціального функціонування та якості життя	13	<b>Kosenko K. A.</b> Evaluation of impact psychotherapeutic interventions in complex treatment of women with paranoid schizophrenia, at different models of family interaction, to the level of their social functioning and quality of life
<b>Спирина И.Д., Леонов С.Ф., Варшавский Я.С., Шустерман Т.И.</b> Патоморфоз биполярного аффективного расстройства в терминальной стадии вич-инфекции с оппортунистическим экстрапульмональным туберкулезом (описание клинического случая)	22	<b>Spirina I.D., Leonov S.F., Warshavsky Ya.S., Shusterman T.Y.</b> Pathomorphosis of bipolar affective disorder in terminal stage of hiv-infection with opportunistic extrapulmonary tuberculosis (clinical case)
<b>Резніченко Н. Ю.</b> Досвід лікування хворих на хронічні алергодерматози з використанням аутогенних тренінгів як ефективного методу психокорекції	28	<b>Reznichenko N. Yu.</b> Experience of treatment of patients with chronic allergic dermatoses with the use of autogenous training as an effective method of psycho-correction
<b>Малтапар О.К., Абрамов В.Ал.</b> Особенности нервно-психической напряженности и механизмов психологической защиты у больных шизофренией в условиях долговременной принудительной изоляции и многоаспектной депривации	34	<b>Maltapar O.K., Abramov V.Al.</b> Features of mental stress and psychological defense mechanisms in patients with schizophrenia during long-term seclusion and multidimensional deprivation
<b>Омельянович В. Ю.</b> Анализ характерологических особенностей кандидатов на службу в органы внутренних дел, склонных к употреблению наркотических веществ	47	<b>Omelyanovich V.Yu.</b> Analysis of characterological traits of candidates for service in internal affairs agency, who are prone to take drugs
<b>Бабюк И.А., Ракитянская Е.А., Шульц О.Е.</b> Медикаментозная коррекция пограничных психических расстройств при травмах нижних конечностей	53	<b>Babiuk I.A., Rakityanskaya E.A., Shults O.E.</b> Correction of border with injuries destruction of lower limb
НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ		SCIENTIFIC REVIEWS
<b>Осокина О.И.</b> Экзистенциальный потенциал личности больных шизофренией и экзистенциальная исполненность их жизни	57	<b>Osokina O.</b> Existential potential of patients with schizophrenia and existential fulfillment of their life
<b>Денисов Е.М.</b> Оценка риска агрессивного поведения психически больных	68	<b>Denisov E.M.</b> Risk assessment of aggressive behaviour of psychiatric patients

- Кутько И.И., Терёшин В.А., Пересадин Н.А.** Психотерапевтические и деонтологические аспекты применения творческого наследия и биографических данных писателя и врача А.П. Чехова в клинической практике (Обоснование Чеховотерапии) **78**
- Kutko I.I., Terioshin V.A., Peresadin N.A.** Psychological and ethical aspects of the use of the creative heritage and biographical data writer and physician A.P. Chekhov in clinical practice (justification of chekhovtherapy)

УДК 616.89:364.26/.27

*В.А. Абрамов, Е.М. Денисов, С.Г. Пырков, Г.Г. Пуятин***ПСИХИАТРИЯ КАК ОБЪЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ГОСУДАРСТВА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: социальная политика государства, социальный институт, психиатрическая помощь

*Институт психиатрии и социум*

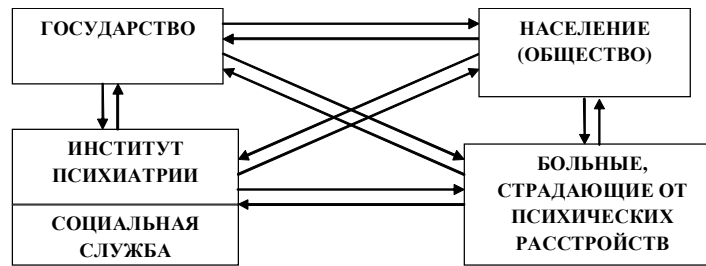
Группа социально незащищенных или социально уязвимых граждан в нашей стране довольно полиморфна и многочисленна. Общим критерием для отнесения к этой группе является невозможность взять ответственность за собственное благополучие на себя и самостоятельно адаптироваться к сложившейся ситуации. К числу социально наиболее незащищенных относятся и значительные контингенты больных с психическими расстройствами. Их уязвимость предполагает взятие государством серьезных обязательств по их социальной интеграции, социальной реабилитации и социальной защите.

История социальной политики государств по отношению к лицам с психическими расстройствами демонстрирует множество моделей: от нацистских приемов стерилизации, уничтожения и нормативного декларирования их социальной опасности до патерналистских моделей и призывов к гуманизму и правовому регулированию психосоциальной помощи. В нашей стране исторически сложилось так, что государство переложило всю тяжесть этих проблем на психиатрическую службу, демонстрируя в различные периоды развития общества в целом толерантное отношение, однако никогда психиатрия не являлась социально приоритетной сферой деятельности, а интересы пациента никогда не ставились выше интересов общества.

Какую же нишу в современной социальной политике нашего государства занимают проблемы психического здоровья? Известно, что отношение к проблемам психического здоровья – неотъемлемый компонент формирования гражданского (правового) общества. Социальная политика в этой области предусматривает деятельность государства по управлению системой психиатрической помощи населению, направленной на удовлетворение соответствующих интересов и потребностей. Более того, государство использует психиатрическую систематику для регуляции социальных

процессов в других сферах деятельности (законодательство, юриспруденция, социальная политика, образование, социальное обеспечение и т. п.). Практика психиатров непосредственно связана с многочисленными декларациями о правах человека и их защите. В этом смысле, как отмечают В. И. Полтавец и И. М. Грига (1997) [4], психиатрия является социальным институтом, основывающимся на ценностях и требованиях современного общества. Однако в настоящее время можно констатировать, что психиатрия не в состоянии решить множество проблем, связанных с оказанием психиатрической помощи, поскольку в отличие от других отраслей здравоохранения – она в огромной степени является социальной практикой, базирующейся на социально-гуманитарной методологии и зависящей от состояния общества в целом, от характера связей внутри него, отношений между различными социальными институтами и общественными группами и социальной политикой государства в этой области.

Конструктивное реформирование системы психиатрической помощи невозможно без проведения солидного исторического и социологического анализа системных концептуальных принципов и ценностей, которые отличают философию и практику психиатрической помощи и требований, предъявляемых к новым ее структурам и содержанию общественным строем и культурой [5]. Наиболее приоритетной сферой анализа современного уровня и перспектив развития психиатрической помощи является оценка взаимосвязей психиатрии как общественно-института и социума как такового. В цепи этих связей наиболее существенными элементами (потенциальными «субъектами») являются государство, население (общество), институт психиатрии (психиатрическая служба) и больные, страдающие от психического расстройства. Эти связи сложны, малоизученны, но именно они определяют пути дальнейшего развития системы оказания психиатрической помощи (Рис 1).



**Рис. 1** Взаимосвязи института психиатрии и социума

В Украине эти «зоны» отношений между субъектами решения социально психиатрических вопросов являются наиболее проблемными и характеризуются конфликтом интересов. Ниже представлены особенности этих отношений, требующие существенной коррекции.

1. Государственный уровень. Социальная политика характеризуется отсутствием концепции, государственной стратегии и национальной целевой программы развития и совершенствования помощи; невмешательством в политику психиатрического здравоохранения; невосприимчивостью прогрессивных идей в области психического здоровья и способов их реализации; несовпадением ценностей лиц, формирующих политику в области охраны психического здоровья, с ценностями, которых придерживается большая часть населения. На всех иерархических уровнях общественной структуры отсутствует глубокое понимание социальной значимости адекватной модели организации психиатрической помощи: проблемы психического здоровья нации не являются приоритетным направлением социальной политики социально-экономического развития государства.

Государство в значительной степени дистанцировалось от реального управления сферой психического здоровья и формирования политики в области психиатрии. Ответственность за состояние психического здоровья населения делегирована Минздраву Украины, который не придерживается принципа о том, что отношение к психиатрическим проблемам является показателем цивилизованности государства, его приверженности общечеловеческим ценностям. Деятельность института психиатрии (психиатрической службы) рассматривается с узкопрофильных позиций, ориентированных на использование медико-биологической модели и преимущественно институализированных форм помощи.

По отношению к больным с психическими расстройствами государство осознает низкий уровень социальной защищенности этой части населения, законодательно гарантирует (чаще на

уровне деклараций и неоправданных ограничений) различные формы социально-правовой защиты и при этом демонстрирует недостаточное внимание к решению вопросов их социального восстановления, социальной интеграции и улучшения качества жизни.

Ниже (рис. 2) представлены основные векторы социальной политики государства в сфере оказания психиатрической помощи в Украине в сравнении с общеевропейскими стандартами.

2. Население. Лица с психическими расстройствами воспринимают общество как агрессивную, дискриминирующую их среду, которая потенцирует реализацию многочисленных рисков для их жизнедеятельности. В свою очередь, общество относится к этим лицам как к некомпетентным, социально опасным, заслуживающих отчуждения и социально-поведенческой отгороженности.

3. Институт психиатрии. Характеризуется неясностью целей деятельности, низким уровнем удовлетворения потребностей и ожиданий общества, низким уровнем доверия, социального престижа и авторитета. По отношению к лицам с психическими расстройствами допускается (поощряется) медиализация психиатрических проблем, преимущественное использование в лечебно-диагностическом процессе медико-биологических подходов, недооценка личностно-ориентированных ценностно-гуманистических аспектов психиатрической помощи, формирование зависимости от службы.

4. Пациенты. Негативный аспект взаимоотношений пациентов с институтом психиатрии характеризуется стигматизацией и самостигматизацией больных, изоляционно-ограничительными подходами к оказанию психиатрической помощи, отношениями зависимости и взаимных манипуляций.

Таким образом, анализ специфических отношений между потенциальными субъектами психиатрической помощи показывает, что они в значительной степени неструктурированы, нерегламентированы или вовсе отсутствуют. Более

того, эти отношения не позволяют даже формулировать конкретные задачи, релевантные соответствующим целям, что, в конечном счете, создает «полосу отчуждения» между населением

и больными. Поэтому регламентация и структурирование этих отношений – необходимая объективная предпосылка для любых моделей совершенствования психиатрической помощи.

Направление социальной политики		Современная украинская модель	Общеввропейские стандарты
Идентификация психиатрии		Узкопрофессиональная сфера деятельности	Многоаспектная медико-социальная сфера деятельности
Тип социальной политики государства		Толерантно-индифферентная позиция	Позиция активной поддержки
Уровни социальной политики	Мед. обслуживание	Традиционные формы с тенденцией к институционализированной помощи	Разветвленная сеть деинституционализированной психиатрической помощи
	Социальная реабилитация	Патерналистические и опекуно-попечительские модели	Альтернативные формы социальных реабилитационных центров с многопрофильной деятельностью
	Социальная защита	Пособия по инвалидности	Универсальная система социальных услуг
Финансирование помощи		Остаточный принцип финансирования	Адресные ассигнования на психиатрическую помощь и социальную поддержку
Преобладающий подход к идентификации пациента		Медикобиологический	Биопсихосоциальный (личностно-ориентированный, ценностно-гуманистический)
Приоритет интересов		Интересы общества	Интересы пациента
Направленность интересов		Социальная безопасность	Социальная интеграция больного
Отношение к психиатрии в обществе		Неприоритетная сфера профессиональной деятельности	Разветвленная система многопрофильных услуг, соответствующих потребностям человека
Государственная программа действий		Отсутствует	Как правило, утверждается
Возможность правового регулирования психиатрической помощи		Нарушения прав, интересов и свобод пациента неизбежны	Реальная возможность правового регулирования
Возможность координации		Минимальная	Широкая возможность координации на правительственном и неправительственном уровнях
Общий результат социальной политики		Стигматизация, социальное исключение пациента.	Обеспечение равных возможностей для участия в социальной жизни и развитии

**Рис. 2** Психиатрия как объект социальной политики

Специфическими образованиями, обеспечивающими относительную устойчивость социальных связей и отношений в обществе в целом, являются социальные институты. Так, государство представляет собой важнейший социальный институт организованного общества. Система образования, здравоохранение, наука, экономика, организованные формы религии, институт брака, избирательная система, политические партии и движения, обеспечивающие установление и поддержание политической вла-

сти, профессиональные союзы и ассоциации и другие виды систематической деятельности, обеспечивающие общественные потребности, выступают в качестве социальных институтов. Социальный институт определяется как основной компонент социальной структуры общества, интегрирующий и координирующий множество индивидуальных действий людей, упорядочивающий социальные отношения в отдельных сферах общественной жизни. Согласно С. С. Фролову [3], «социальный институт – это организо-

ванная система связей и социальных норм, которая объединяет значимые общественные ценности и процедуры, удовлетворяющие основным потребностям общества». По мнению М. С. Комарова [1], социальные институты представляют собой «ценностно-нормативные комплексы, посредством которых направляются и контролируются действия людей в жизненно важных сферах – экономике, политике, культуре, семье и др.».

Социальные институты могут быть охарактеризованы с точки зрения их внешней, формальной («материальной») структуры, а также их внутренней, содержательной деятельности. С внешней точки зрения социальный институт выглядит как совокупность лиц, учреждений, снабженных определенными материальными средствами и осуществляющих конкретную социальную функцию. С содержательной стороны – это установленный набор целесообразно ориентированных стандартов поведения определенных лиц в определенных ситуациях.

Итак, социальный институт есть определенная организация социальной деятельности и социальных отношений, осуществляемая посредством взаимосогласованной системы целесообразно ориентированных стандартов поведения, возникновение и группировка которых в систему обусловлены содержанием конкретной, решаемой социальным институтом задачи. Осуществляя свои функции, социальные институты поощряют действия входящих в них лиц, согласующиеся с соответствующими стандартами поведения, и подавляют отклонения в поведении от этих стандартов, т. е. контролируют, упорядочивают поведение индивидов.

В институциональной системе нашего общества в качестве одного из социальных институтов функционирует институт психиатрии – устойчивый комплекс формальных и неформальных правил, принципов, норм, установок, регулирующих взаимодействие людей в сфере оказания психиатрической помощи и организующих их в систему ролей и статусов. Другими словами, психиатрия как социальный институт – это специфические относительно самостоятельные механизмы регуляции, которые осуществляют контроль за поведением индивидов посредством применения специальных (добровольных и недобровольных) мер и способов психиатрического вмешательства в соответствии с принятыми нормами и стандартами. С социологической точки зрения институт психиатрии представляет: 1) статусно-ролевую систему; 2)

совокупность обычаев, традиций и правил поведения; 3) формальную и неформальную организацию; 4) совокупность норм и учреждений, регулирующих оказание психиатрической помощи; 5) обособленный комплекс социально-профессиональных действий.

С внешней стороны (формальной) институт психиатрии выглядит как совокупность лиц и учреждений, снабженных определенными материальными средствами для осуществления психиатрической помощи. С внутренней (содержательной) стороны – это определенный набор норм, ценностей, целесообразно ориентированных стандартов поведения специалистов в определенных клинических ситуациях, которые должны соответствовать ожиданиям пациентов и их родственников.

Любой социальный институт обеспечивает выполнение конкретной социальной потребности. Цель создания института психиатрии предполагает обеспечение граждан гарантированным уровнем и надлежащим качеством психиатрической помощи, правовой и социальной защитой лиц, страдающих психическими расстройствами. Его деятельность считается функциональной и успешной, если она соответствует интересам и ожиданиям общества и определенным нормам и правилам. Это соответствие достигается путем интернализации этих норм, исходя, как это предусмотрено законодательством, из приоритета прав и свобод человека и гражданина. При этом подлинное значение, подлинный характер института психиатрии проявляется на уровне реально получаемых результатов его функционирования.

Основная функция института психиатрии – это та польза, которую он приносит обществу, создавая возможность для удовлетворения потребностей пациентов в достижении ими оптимального психического здоровья или состояния социального и психического благополучия. Реализация этой специфической функции обеспечивается наличием в рамках этого института целостной системы стандартизованных образцов поведения, т. е. ценностно-нормативной структуры и регулируемых взаимоотношений между всеми заинтересованными сторонами.

В разных странах институт психиатрии функционирует в рамках различных парадигм и далеко не гармонизированных моделей психиатрической помощи. При этом, помимо явных, отчетливо выраженных (эксплицитных) функций (поддержание существующего социального порядка за счет лечения психических боль-



ных и встраивание их в существующий общий порядок) институт психиатрии обладает побочным эффектом его деятельности или латентными (скрытыми) функциями. Этими функциями может быть все то же поддержание социального порядка, но уже за счет осуществления практик социального отлучения. Это противоречие рассматривается Р. Мертон (2006) [2] как некая латентная функция, а не как случайное следствие несовершенства той или иной модели психиатрической помощи. Речь идет о нарушении нормального взаимодействия института психиатрии с социальной средой и возникновении ситуации, когда потребности общества в оказании психиатрической помощи перестают находить адекватное отражение в структуре и функциях института психиатрии.

Таким образом, институт психиатрии кроме выполнения основных функций может производить и нежелательные, а иногда однозначно негативные последствия (стигма, дискриминация, социальное исключение больных). Такое функционирование института психиатрии, когда наряду с пользой для общества он одновременно наносит ему вред, называется дисфункцией института. В Украине дисфункция института психиатрии проявляется в несоответствии содержания предлагаемой помощи характеру социальных потребностей населения. Эти явления происходят как во внешней среде (материальной, организационной), так и в содержании его деятельности. С организационной точки зрения дисфункция института психиатрии выражается в недостатках подготовленных кадров, материальных средств, организационных несовершенствах и т. д. С более важной содержательной точки зрения, дисфункция в деятельности института психиатрии выражается в неясности целей его деятельности, неопределенности функций, падении доверия к нему, его социального престижа и авторитета. Из этого следует, что традиционные формы помощи, используемые институтом психиатрии, не в состоянии избавить больных от страданий и существенно улучшить качество их жизни.

#### *Приоритетные направления совершенствования качества психиатрической помощи*

В настоящее время в Украине сложилась благоприятная ситуация для существенного улучшения качества предоставляемой психиатрической помощи. Закон Украины «Про порядок проведения реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7 липня 2011 року

№3612-VI создает предпосылки для взвешенной оценки недостаточной эффективности традиционных, сложившихся на протяжении десятилетий, подходов к оказанию психиатрической помощи и разработки новой, учитывающей европейские стандарты концепции, позволяющей реально улучшить качество жизни и уровень благополучия больных с психическими расстройствами. Эта концепция должна содержать ответы на важные для нашего общества вопросы.

Какие социальные ценности и потребности стимулируют необходимые изменения содержания, структуры и условий оказания психиатрической помощи? Какие вызовы для современной философии психиатрии предъявляет общество? Какие ожидания общество связывает с предстоящими реформами психиатрической помощи?

Без ответов на эти вопросы, а также без глубокого анализа современных требований, предъявляемых к системе психиатрической помощи и её ценностно-гуманистическим основам изменившимся общественным строем, культурными особенностями, правовым самосознанием граждан, современным уровнем научных представлений о её целях и содержании, новая модель психиатрической помощи, не будет отражать ожиданий общества и не станет по-настоящему «рабочей моделью». Качественно новая система психиатрической помощи предполагает замену традиционно устоявшихся, но мало эффективных форм, на научно признанные модели, которые, помимо структурной реорганизации, включают новые подходы к содержанию лечебно-диагностического процесса, реально влияющие на качество жизни пациентов. Ее научное обоснование не должно противоречить закрепленной Конституцией Украины гражданской социально-политической модели развития общества с ее демократичными ценностями и ориентацией на свободу личности. Поэтому основная цель реформ в психиатрии заключается в гуманизации психиатрической помощи, а ее главным приоритетом является соблюдение и защита прав, свобод и законных интересов человека и гражданина.

Однако, построение научных теорий, обосновывающих ту или иную модель организации психиатрической помощи, связано со значительными трудностями в связи с гипотетическими представлениями о природе (этиологии, патогенезе) большинства психических расстройств, консенсусным (атеоретическим) характером классификационных подходов, отсутствием чет-

ких критериев эффективности психиатрической помощи, непреодолимыми противоречиями и невозможностью баланса между необходимостью мер, направленных на защиту общества от посягательств со стороны пациентов и моральной неприемлемостью изоляции и дискриминации больных.

Возможность преодоления этих трудностей и противоречий связана исключительно со сферой доказательной психиатрии, которая опирается на эмпирические факты, отражающие целостные представления о структурно-функциональной организации психиатрической помощи, а также с гуманистическими подходами к ее оказанию. В основу этих представлений и концептуальных подходов к созданию качественно новой системы психиатрической помощи, на наш взгляд, могут быть положены следующие факты:

1. В возникновении и развитии психических расстройств принимают участие биологические, личностно-психологические и социальные факторы.

2. Целостное представление о пациенте возможно только при использовании многоосевого подхода к диагностике с определением уровня функциональной недостаточности больного, индивидуальных ресурсов личности и возможности социальной поддержки.

3. Результат (эффективность) лечения и качество жизни больного непосредственно связаны с использованием мультимодального интегративного медико-социального вмешательства.

4. Уровень стигматизации и самостигматизации, в значительной степени определяющий клинический и социальный прогноз больных и качество их жизни, является критерием разнообразия и интенсивности дегуманизирующих психиатрических вмешательств.

5. Уровень социальной опасности больных и безопасность общества при оказании психиатрической помощи имеют мультифакторную обусловленность и в большей мере связаны с качеством психиатрической помощи, чем с особенностями психопатологических расстройств.

Исходя из этого, новая модель организации психиатрической помощи должна предусматривать не только структурные изменения, но и изменения концептуальных и мировоззренческих подходов к её содержанию. Все элементы структурно-функциональной реорганизации психиатрических служб будут действенными и эффективными только в случае использования новой концепции психиатрической помощи включаю-

щей:

- создание дестигматизирующих условий оказания психиатрической помощи;
- ориентацию на ценностно-гуманистические, личностно-центрированные подходы к лечебно-диагностическому процессу;
- использование диагностических конструкций, отражающих целостное представление о пациенте;
- интегративные терапевтические подходы, нацеленные на восстановление социальной компетентности больных и их интеграцию в сообщество.

Стратегические направления психиатрической помощи предполагают выделение политического, организационного, финансово-экономического и функционального вектора. Политический вектор включает отношение к психическому здоровью как к важнейшей составляющей политики государства в области здравоохранения и глубокое понимание на всех уровнях власти социальной значимости адекватной организации системы психиатрической помощи и необходимости ее соответствия международным стандартам и государственному законодательству. Финансовый вектор заключается в экономическом регулировании деятельности службы, использовании ресурсосберегающих технологий стационарной и амбулаторной помощи, постепенном переходе от стационарно ориентированной ресурсоемкой помощи к общинной (коммунальной), совершенствовании внебюджетного ее финансирования. Организационный вектор обеспечивает развитие альтернативных форм стационарной и амбулаторной помощи, свободных от изоляции, принуждения и стигматизации. Функциональный вектор – личностно-ориентированный, ценностно-гуманистический подход к оказанию психиатрической помощи, направленный на удовлетворение нужд и потребностей пациента.

Критерием упорядоченности и жизненности новой системы психиатрической помощи является гармонизация её нормативных документов и содержания. Гармонизация – это процесс интеграции системы психиатрической помощи в единое общеевропейское пространство с сохранением собственного опыта и национального своеобразия. В частности, стратегии оказания психиатрической помощи должны быть гармонизированы с рекомендациями ВОЗ и ВПА, европейскими консенсусами, международной диагностической системой, критериями психического здоровья (выздоровления) ВОЗ, нацио-

нальным законодательством. Процесс гармонизации обеспечивает полное балансирование всех структурных компонентов системы, устранение асимметрии и противоречий внутри системы и достижение организационно-функционального континуума. Ведущим вектором этого процесса является устранение очевидного дисбаланса между законодательно закреплёнными принципами оказания психиатрической помощи и реальным использованием их в клинической практике. Гармонизации подлежат следующие направления лечебно-диагностической деятельности:

- Гармонизация диагностических технологий – использование международных диагностических стандартов, отражающих целостные представления о больном, и включающих многоосевую версию МКБ-10, использование стандартизованных методов клиничко-психопатологического исследования и исследования личности, постановку функционального и реабилитационного диагноза.

- Гармонизацию лечебно-реабилитационного процесса – совершенствование содержания клинических протоколов оказания психиатрической помощи на основе принципов доказательной медицины и ценностно-гуманистических подходов; внедрение в клиническую практику европейских стандартов, ориентированных на приоритетное использование методов психосоциального лечения.

- Гармонизация этико-правовой помощи – обеспечение правового регулирования психиатрической помощи как основы реформирования отрасли, её главной концепции и сферы профессиональных действий медперсонала на основе современных цивилизованных подходов к защите прав пациентов, регламентированных Европейской системой защиты и многочисленными международными декларациями по правам больных с психическими расстройствами, в частности: «Принципами защиты лиц с психическими заболеваниями и улучшения психиатрической помощи» (приняты Генеральной Ассамблеей ООН в 1992 г.) и «Положением и взглядами Всемирной психиатрической Ассоциации о правах и юридической защите психически больных» (приняты Генеральной Ассамблеей ВПА в 1996 г.).

- Гармонизация стратегий научных исследований и организации психиатрической помощи – выполнение Европейского плана действий по охране психического здоровья, направленного на использование интегрированных подходов к

оказанию психиатрической помощи; предупреждение стигматизации и дискриминации больных; расширение их прав; содействие интеграции больных в общество.

О полной гармонизации психиатрической помощи можно говорить только в случае стандартизации различных её сфер (в рамках биопсихосоциальной концепции):

- структурно-организационные стандарты;
- диагностические стандарты;
- этико-правовые стандарты;
- стандарты биологического лечения;
- стандарты психосоциальной реабилитации;
- стандарты социальной поддержки больных;
- стандарты процедуры оценки качества психиатрической помощи.

Принятие государственных стандартов о необходимом уровне психиатрической помощи является основополагающим требованием к функционально-содержательной стороне лечебно-диагностического процесса. Такое направление преобразований будет способствовать преодолению:

- дегуманизации психиатрической помощи, ориентированной только на устранение симптомов болезни (медицинская модель), и не влияющей на жизнедеятельность пациента, его личностное функционирование, социальное благополучие и качество жизни;

- насыщенности психиатрической помощи феноменами, не имеющими отношения к надлежащей медицинской практике (изоляция, принуждение, патернализм, стигматизация, госпитализм, дискриминация);

- несоответствия между затратами и низкой эффективностью психиатрической помощи (раритетность исхода «выздоровление», хронизация болезни, высокий уровень регоспитализации и инвалидности);

- ограниченности выбора форм и методов лечения, зависимости пациентов от стационарно-изолирующих форм помощи;

- приоритетного использования психофармакотерапии, не имеющей научного обоснования и сопровождающейся нейротоксическими эффектами;

- несоответствия традиционной модели психиатрической помощи реальным нуждам и запросам пациентов и их семей;

- маргинализации психиатрии как сферы медицинской деятельности; снижения имиджа (достойности) профессии психиатра.

Таким образом, уровень взаимодействия государства и общества, характер и содержание

этих отношений являются важнейшими критериями жизнеспособности и адекватности используемой модели психиатрической помощи. Приоритетная форма социального взаимодействия института психиатрии как общественно-института и социума как такового – социальное партнерство, позволяющее всем субъектам этого взаимодействия свободно выражать свои интересы и находить цивилизованные способы их реализации. Наиболее оптимальными механизмами социального партнерства вообще и в системе психиатрической помощи, в частности, являются механизмы социального участия, от-

ражающие процесс вовлечения всех заинтересованных лиц в решение проблем и социального согласия, характеризующийся принципиальным единством их взглядов, действий и целей. Реализация этих механизмов олицетворяет стабилизирующий, консолидирующий и гармонизирующий контекст социального взаимодействия, противопоставляет деструктивным и дезорганизующим процессам в решении проблем психического здоровья граждан и обеспечивает реальную возможность достижения относительно-баланса интересов всех участников этого процесса.

*В.А. Абрамов, Е.М. Денисов, С.Г. Пирков, Г.Г. Пуятин*

## **ПСИХІАТРІЯ ЯК ОБ'ЄКТ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ДЕРЖАВИ**

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті показано перспективи розвитку та вдосконалення якості психіатричної допомоги, оцінка взаємозв'язку психіатрії як суспільного інституту і соціуму. Представлені основні напрямки соціальної політики держави у сфері надання психіатричної допомоги в Україні. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 2 (34). — С. 5-12).

*V.A. Abramov, E.M. Denisov, S.G. Pyrkov, G.G. Pyutyatin*

## **PSYCHIATRY AS OBJECT OF SOCIAL POLITICS OF THE STATE**

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

In the article there was indicated of development and improvement of quality of mental health services, an assessment of communication of psychiatry as public institute and society. There was presented the main directions of social politic of the state in the sphere of mental health services in Ukraine. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 5-12).

### *Литература*

1. Комаров М.С. Введение в социологию. М.- Наука. – 1994.
2. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура / Р. Мертон // М.-АСТ.- 2006.- 880 с.
3. Фролов С.С. Общая социология. М. – 2008. – 384 с.
4. Полтавец В.И. Культуральные аспекты современной

- психиатрии / В.И. Полтавец, И.М. Грига // Вісник асоціації психіатрів України. – 1997. – 1. – с.92-105
5. Novella E.J. Theoretical accounts on deinstitutionalization / E.J. Novella // Medicine, Health Care And Philosophy. – 2008. – 11. – p. 303-314

Поступила в редакцію 11.01.2014

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

*К. А. Косенко***ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХОДІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ПРИ РІЗНИХ МОДЕЛЯХ РОДИННОЇ ВЗАЄМОДІЇ, НА РІВЕНЬ ЇХ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, Одеський обласний психоневрологічний диспансер

Ключові слова: параноїдна шизофренія, родинна взаємодія, психотерапевтичні заходи, жінки

У світовій та вітчизняній науковій літературі досить всебічно розглядається питання психотерапії хворих на параноїдну шизофренію. В цілому зазначається, що підходи до застосування психотерапевтичних заходів повинні будуватися на знаннях щодо загальних засад терапії, її мети завдань та можливості оцінювання кінцевого результату. Окремо зазначається, що найбільш ефективними при роботі з пацієнтами, хворими на параноїдну шизофренію, є поєднання сімейних та поведінкових психоосвітніх втручань, бо психоосвітня сімейна психотерапія – одна зі складових психосоціальної реабілітації, найбільш відповідна загальної гуманістичної спрямованості партнерської моделі надання психіатричної допомоги. До того ж, саме сім'я, поряд з самим пацієнтом і мультидисциплінарною бригадою фахівців (лікар-психіатр, лікар-психолог, соціальний працівник і т.і.), розглядається як один з активних учасників терапевтичного процесу [1 – 6].

Між тим, для успішного використання сімейного реабілітаційного ресурсу, необхідні дослідження, спрямовані на визначення специфічних властивостей внутрішньосімейного функціонування в сім'ях психічнохворих з різними моделями родинної взаємодії, для розробки в подальшому тактики їх психосоціальної реабілітації з акцентом на виявлені особливості ресурсних можливостей сім'ї.

Виходячи з вищенаведеного, нами здійснене дослідження, метою якого було – на основі вивчення психосоціальних особливостей жінок, хворих на шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії, та клініко-психопатологічних закономірностей перебігу захворювання, розробити систему психотерапевтичних заходів, спрямовану на відновлення функціонування хворої

у родині в комплексному лікувально-реабілітаційному процесі.

Основу роботи склали результати клініко-психопатологічного й психодіагностичного дослідження 150 жінок, хворих на параноїдну шизофренію, яке було проведено протягом 2010 – 2013 рр. на базі Одеського обласного психоневрологічного диспансеру. Обстежені хворі були розділені на групи в залежності від моделі родинної взаємодії: основна група 1 (ОГ1) – 35 жінок з параноїдною шизофренією, які мають здорового чоловіка; основна група 2 (ОГ2) – 40 жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, мають здорового чоловіка та дітей; основна група 3 (ОГ3) – 35 жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, проживають із власними батьками (власної родини та дітей не мають); основна група 4 (ОГ4) – 40 жінок з параноїдною шизофренією, які проживають із дорослими дітьми.

Клініко-психопатологічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z кодів (вісь–3) МКХ–10 та обстеження із застосуванням опитувальника МКХ–10 «Оцінювальний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром) та шкали PANSS.

Поглиблене вивчення соціального функціонування проводилося за допомогою Психіатричної шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale, 1998) [7], ЯЖ оцінювалась за допомогою опитувальника якості життя, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruirperez, Liu & Yoon (1999) [8].

Дослідження особливостей родинного функціонування жінок, хворих на параноїдну ши-

зофренію, виконувалося за допомогою наступного методичного забезпечення: «шкали структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини», «шкали структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича», методики «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта», розроблених під керівництвом проф. В. А. Абрамова (2009) [9], а також опитувальника «Тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами» (Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич, 2011) [10].

В результаті роботи виявлено, що не передбачений характер сполучення психопатологічних проявів призводить до виникнення «неякісного» родинного функціонування внаслідок паралельної дії симптомів. Такі симптоми мають спонукаючу дію щодо інших симптомів, тим самим являючись «локомотивом» порушень родинного функціонування, призводячи до зниження міцності соціальної родинної ролі. Така дія руйнує зв'язки між «навичками родинного функціонування» як у сфері окремої соціальної ролі, так й у міжсоціальному рольовому родинному функціонуванні (декілька пов'язаних за змістом соціальних ролей). Виявлено, що збереження у жінок тих чи інших навичок соціального функціонування істотно залежить від моделі родинної взаємодії, данні навички повинні ставати «базовими», відштовхуюсь від рівня збереженості яких, необхідно планувати стратегію «відновлення родинної взаємодії».

Виявлено, що модель родинної взаємодії, де жінки мають здорового чоловіка та дітей, більш схильна підтримувати у жінок вищий рівень адаптованості щодо виконання обов'язків соціального та родинного функціонування. Найгіршим варіантом моделі родинної взаємодії є ситуація, коли доросли жінки проживають із власними батьками. Найвища якість життя діагностовано у пацієнток, які мають здорового чоловіка та дітей (сер. бал – 7,2); на другому місці за якістю життя – хворі, що проживають з психічно здоровим чоловіком (сер. бал – 6,0); на третьому місці за рівнем якості життя опинились жінки, що проживають з дорослими дітьми (сер. бал – 4,1); на останньому місці – хворі, які проживають у батьківській родині, не маючи власної (сер. бал – 3,1). Найбільший вагомий та впливовий зв'язок між шкалами якості життя у всіх групах встановлено між психологічним / емоційним благополуччям та міжособистісною взаємодією ( $r = 0,95$ ), самообслуговуванням та незалежністю у діях ( $r = 0,96$ ) та соціо-емоційною підтримкою ( $r = 0,94$ ). Встановлено, що на

першій план психотерапевтичної допомоги жінкам з параноїдною шизофренією виходять проблеми відчуття психологічної або емоційної самотності у родині. Самотність створює причино-наслідкове коло порушень родинного функціонування, а саме: самотність – обмеження спілкування у родині - порушення родинної комунікації – дезадаптованість жінки – фрустраційна реакція – неможливість вирішення проблем – замкнутість – самотність. Отримані дані лягли в основу розробки системи психотерапевтичних заходів, спрямованої на відновлення функціонування хворої у родині в комплексному лікувально-реабілітаційному процесі, з урахуванням моделі сімейної взаємодії.

На основі аналізу родинного функціонування, встановлені деякі особливості в залежності від моделі родинної взаємодії обстежених. Хворі, що проживають із власною родиною зі здоровими чоловіками та/або без дітей, у більшому відсотку випадків мають гармонійний тип родинних стосунків, більш сприятливе відношення до себе та до прийому ними медикаментозної терапії з боку родичів, та, в цілому, більший ресурс сімейної підтримки, у порівнянні із жінками, які проживають або із дорослими дітьми, або батьками. Отримані дані лягли в основу розробки системи психотерапевтичних заходів, спрямованої на відновлення функціонування хворої у родині в комплексному лікувально-реабілітаційному процесі, з урахуванням моделі сімейної взаємодії.

Отже, система психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, в залежності від моделі їх родинної взаємодії, складається із: а) загальних підходів до комплексної допомоги, загальних засад до психофармакотерапії; б) базових підходів до психотерапії та психосоціальних заходів; в) засад роботи із родинами жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, в залежності від моделі родинної взаємодії; г) змісту тематичного плану психоосвітньої сімейної психотерапевтичної роботи з родинами жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, з урахуванням моделі родинної взаємодії; д) тренінгів з розвитку навичок незалежного життя у жінок, яка страждають на параноїдну шизофренію, в залежності від моделі родинної взаємодії.

Динаміка стану пацієнток оцінювалася після проведення психотерапевтичних заходів. Контроль ефективності психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, здійснювався за допомогою суб'єктивного та об'єктивного критеріїв, а

сама: 1) методики оцінки якості життя, запропонованої Н. Mezzich зі співав. (1999); 2) шкали психіатричної інвалідності WHO/DAS (1998). Дані, отримані у процесі оцінки запропонованих заходів, вивчалися за впливом кількісних та якісних характеристик на родинну адаптацію, а саме за рівнем (середнім балом та індексом) успішності пацієнток у основних сферах соціального функціонування – міжособистісної, відношення з родиною та у суспільстві, організації життєдіяльності в побуті та ін. Із усіх досліджених жінок, хворих на параноїдну шизофренію (n=150), терапевтичну групу склали хворі, які приймали участь у запропонованих заходах що розроблені за результатами власних досліджень (80 осіб). У свою чергу, терапевтична група згідно мети дослідження була розподілена на 4 підгрупи:

1. Терапевтична група 1 (ТГ1) - 20 жінок, які страждають на параноїдну шизофренію та мають здорового чоловіка.

2. Терапевтична група 2 (ТГ2) - 20 жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, мають здорового чоловіка та дітей.

3. Терапевтична група 3 (ТГ3) - 20 жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, проживають із власними батьками (власної родини та дітей не мають).

4. Терапевтична група 4 (ТГ4) - 20 жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, проживають із дорослими дітьми.

Контрольну групу (КГ) склали 70 жінок, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні. Періодами оцінювання було обрано 3 місяця та 6 місяців. Дані періоди обрані виходячи із того, що через 3 місяця вже можливо фіксувати зміни в усіх сферах функціонування, а не лише в окремих, що піддаються більш легкому впливу та змінам. В свою чергу, через 6 місяців можливо цінити «остаточний ефект» заходів, враховуючи «звикання» до заходів та часткову втрату первинного «ефекту».

Першим етапом оцінки ефективності запропонованих заходів стає оцінювання якості життя хворих за суб'єктивним показником методикою оцінки якості життя Н. Mezzich із співав. Дані розподілу хворих ТГ1, ТГ2, ТГ3, ТГ4 та КГ за оцінюванням якості життя відображено у табл. 1 – 3.

Таблиця 1

**Розподіл хворих за оцінюванням якості життя ОГ1 та ОГ2**

Показники	ТГ1				ТГ2			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	С.б	%	С.б	%	С.б	%	С.б	%
Фізичне благополуччя	7	10,8	7	9,9	7	9,3	7	7
Психологічне / емоційне благополуччя	6	9,2	7	9,9	7	9,3	8	6
Самообслуговування та незалежність у діях	6	9,2	8	11,3	8	10,7	8	6
Працездатність	6	9,2	7	9,9	7	9,3	7	6
Міжособистісна взаємодія	7	10,8	7	9,9	8	10,7	8	7
Соціо-емоційна підтримка	7	10,8	8	11,3	8	10,7	8	7
Суспільна та службова підтримка	6	9,2	7	9,9	8	10,7	8	6
Самореалізація	8	12,3	8	11,3	7	9,3	7	8
Духовна реалізація	6	9,2	6	8,5	7	9,3	8	6
Загальне сприйняття ЯЖ	6	9,2	6	8,5	8	10,7	9	6
Середній бал, (%)	6,5 (100,0%)		7,1 (100,0%)		7,5 (100,0%)		7,8 (100,0%)	

З даних представлених у табл. 1 – 3 видно, що в цілому, як через 3, так і через 6 місяців, вплив запропонованих психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, на показники якості життя за різними сферами, у порівнянні із стан-

дартними заходами, є істотним. За усіма оцінюваними сферами якості життя середній бал у ТГ1, ТГ2, ТГ3 та ТГ4 значно відрізнявся від такового у хворих КГ. Виявлено, що в цілому середній бал якості життя у всіх групах через 3 та 6 місяців мав тенденцію до підвищення.

Розподіл пацієнтів за оцінюванням якості життя ОГ3 та ОГ4

Показники	ТГ3				ТГ4			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	С.б	%	С.б	%	С.б	%	С.б	%
Фізичне благополуччя	4	10,0	6	10,7	5	9,8	6	4
Психологічне / емоційне благополуччя	4	10,0	5	8,9	5	9,8	5	4
Самообслуговування та незалежність у діях	4	10,0	6	10,7	6	11,8	7	4
Працевдатність	4	10,0	6	10,7	4	7,8	7	4
Міжособистісна взаємодія	4	10,0	6	10,7	5	9,8	6	4
Соціо-емоційна підтримка	4	10,0	5	8,9	6	11,8	7	4
Суспільна та службова підтримка	4	10,0	6	10,7	4	7,8	6	4
Самореалізація	4	10,0	5	8,9	5	9,8	6	4
Духовна реалізація	4	10,0	6	10,7	5	9,8	7	4
Загальне сприйняття ЯЖ	4	10,0	5	8,9	6	11,8	6	4
Середній бал, (%)	4,0 (100,0%)		5,6 (100,0%)		5,1 (100,0%)		6,3 (100,0%)	

Таблиця 3

Розподіл хворих за оцінюванням якості життя у КГ

Показники	3 міс. (n=70)		6 міс. (n=70)	
	С.б.	%	С.б.	%
Фізичне благополуччя	5	11,1	5	10,2
Психологічне / емоційне благополуччя	4	8,9	5	10,2
Самообслуг-я та незалежність у діях	5	11,1	5	10,2
Працевдатність	3	6,7	5	10,2
Міжособистісна взаємодія	4	8,9	5	10,2
Соціо-емоційна підтримка	5	11,1	5	10,2
Суспільна та службова підтримка	4	8,9	5	10,2
Самореалізація	5	11,1	5	10,2
Духовна реалізація	5	11,1	5	10,2
Загальне сприйняття якості життя	5	11,1	4	8,2
Середній бал, (%)	4,5 (100,0%)		4,9 (100,0%)	

Так, через 3 місяця середній показник якості життя дорівнював у ТГ1 - 6,5 балів, - ТГ2 – 7,5 балів, ТГ3 – 4,0 балів, ТГ4 – 5,1 балів, КГ – 4,5 балів. У свою чергу через 6 місяців, відповідно, ТГ1 - 7,1 балів, - ТГ2 – 7,8 балів, ТГ3 – 5,6 балів, ТГ4 – 6,3 балів, КГ – 4,9 балів. В цілому «ко-

ефіцієнт» ефективності запропонованих заходів у порівнянні із стандартними, за суб'єктивним показником якості життя хворих склав через 3 місяця – у ТГ1 - 45,0%, - ТГ2 – 52,0%, ТГ3 – 39,0%, ТГ4 – 43,0%; через 6 місяців – у ТГ1- 41,0%, - ТГ2 – 48,0%, ТГ3 – 35,0%, ТГ4 – 39,0%.



В цілому у жінок параноїдною шизофренією всіх групах, достовірно значні досягнення за суб'єктивним показником спостерігалися в усіх сферах якості життя, а саме: фізичному благополуччі ( $p<0,05$ ), психологічному / емоційному благополуччі ( $p<0,05$ ), самообслуговуванні та незалежності у діях ( $p<0,05$ ), працездатності ( $p<0,05$ ), міжособистісної взаємодії ( $p<0,05$ ), соціо-емоційної підтримки ( $p<0,05$ ), суспільної та службової підтримки ( $p<0,05$ ), самореалізації

( $p<0,05$ ), духовної реалізації ( $p<0,05$ ), загальному сприйнятті якості життя ( $p<0,05$ ).

Другим етапом оцінки ефективності запропонованих заходів стало дослідження показника соціального функціонування за об'єктивним показником – шкалою психіатричної інвалідності DAS. Дані розподілу хворих ОГ1, ОГ2, ОГ3, ОГ4 та КГ за показниками соціального функціонування відображено у табл. 4 – 6 (оцінка проводилася у останній день госпіталізації).

Таблиця 4

**Розподіл хворих за середнім індексом соціального функціонування у ОГ1 та ОГ2**

Соціальне функціонування	ТГ1				ТГ2			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	С.б.	%	С.б.	%	С.б.	%	С.б.	%
Поведінкова дисфункція	2	20,0	2	22,2	1	14,3	1	16,7
Соціальні ролі	3	30,0	3	33,3	2	28,6	2	33,3
Дисфункція пацієнтів у лікарні*	2	20,0	2	22,2	2	28,6	1	16,7
Модифікуючі чинники	3	30,0	2	22,2	2	28,6	2	33,3
Підсумковий бал адаптації, (%)	2,5 (100,0%)		2,3 (100,0%)		1,8 (100,0%)		1,5 (100,0%)	

Таблиця 5

**Розподіл хворих за середнім індексом соціального функціонування у ОГ3 та ОГ4**

Соціальне функціонування	ТГ3				ТГ4			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	С.б.	%	С.б.	%	С.б.	%	С.б.	%
Поведінкова дисфункція	3	25,0	3	30,0	3	25,0	2	20,0
Соціальні ролі	3	25,0	2	20,0	3	25,0	3	30,0
Дисфункція пацієнтів у лікарні*	3	25,0	3	30,0	3	25,0	2	20,0
Модифікуючі чинники	3	25,0	2	20,0	3	25,0	3	30,0
Підсумковий бал адаптації, (%)	3,0 (100,0%)		2,5 (100,0%)		3,0 (100,0%)		2,5 (100,0%)	

З даних, представлених у табл. 4 – 6 видно, що в цілому, як через 3, так і через 6 місяців, вплив запропонованих психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, на показники соціального функціонування за різними сферами у порівнянні із стандартними заходами, як і в ситуації з якістю

життя, є істотним. За усіма оцінюваними сферами соціального функціонування середній бал у ТГ1, ТГ2, ТГ3, ТГ4 та КГ значно відрізнявся. Виявлено, що в цілому середній бал адаптації у всіх групах через 3 та 6 місяців мав тенденцію до зниження (феномен «звикання до заходів»). Так, через 3 місяця середній показник адаптації за

методикою дорівнював у ТГ1 - 2,5 балів, - ТГ2 - 1,8 балів, ТГ3 - 3,0 балів, ТГ4 - 3,0 балів, КГ - 3,3 балів. Через 6 місяців, відповідно, ТГ1 - 2,3 балів, - ТГ2 - 1,5 балів, ТГ3 - 2,5 балів, ТГ4 - 2,5 балів, КГ - 3,0 балів. В цілому «коєфіцієнт» ефективності запропонованих заходів

у порівнянні із стандартними, за показником рівню соціального функціонування хворих склав через 3 місяця - у ТГ1 - 44,0%, - ТГ2 - 52,0%, ТГ3 - 40,0%, ТГ4 - 42,0%; через 6 місяців - у ТГ1- 40,0%, - ТГ2 - 47,0%, ТГ3 - 34,0%, ТГ4 - 38,0%.

Таблиця 6

**Розподіл хворих за середнім індексом соціального функціонування у КГ**

Показники	3 міс. (n=70)		6 міс. (n=70)	
	С.б.	%	С.б.	%
Поведінкова дисфункція	3	23,1	3	25,0
Соціальні ролі	3	23,1	3	25,0
Дисфункція пацієнтів у лікарні*	4	30,8	3	25,0
Модифікуючі чинники	3	23,1	3	25,0
Підсумковий бал адаптації, (%)	3,3 (100,0%)		3,0 (100,0%)	

В цілому, у жінок усіх терапевтичних груп, о значні досягнення за об'єктивним показником спостерігалися в усіх сферах соціального функціонування, а саме: у поведінкової дисфункції ( $p < 0,05$ ), виконанні соціальних ролей ( $p < 0,05$ ), дисфункції пацієнтів у лікарні ( $p < 0,05$ ), оцінки модифікуючих чинників ( $p < 0,05$ ).

Як видно, успішність соціального функціонування жінок усіх груп у різних сферах соціального функціонування була відносно високою. Проте необхідно відмітити, що успішність соціального функціонування за деякими соціальними сферами у терапевтичних групах була очевидно вище, а саме:

1. У сфері родинної міжособистісних відносин достовірна позитивна динамка спостерігалася на 2-ому місяці проведення запропонованих психотерапевтичних заходів, а саме: у ТГ1 - 47,0%, - ТГ2 - 58,0%, ТГ3 - 35,0%, ТГ4 - 40,0%. У КГ - на 4-ому місяці проведення заходів - 28,0%.

2. Достовірна позитивна динаміка в сфері працездатності на протязі усього терміну дослідження та спостереження:

а) через 3 місяців після виписки зі стаціонару задовільний рівень працездатності мали у ТГ1 - 66,0%, - ТГ2 - 76,0%, ТГ3 - 48,0%, ТГ4 - 52,0%. У КГ - 40,0%; низький рівень працездатності відзначався у ТГ1 - 34,0%, - ТГ2 - 24,0%, ТГ3 - 52,0%, ТГ4 - 48,0%. У КГ - 60,0%.

б) через 6 місяців після виписки зі стаціона-

ру задовільний рівень працездатності мали: у ТГ1 - 60,0%, - ТГ2 - 70,0%, ТГ3 - 44,0%, ТГ4 - 47,0%. У КГ - 35,0%; низький рівень працездатності відзначався у ТГ1 - 40,0%, - ТГ2 - 30,0%, ТГ3 - 56,0%, ТГ4 - 53,0%. У КГ - 65,0%.

Викладене вище дозволяє стверджувати, що вплив запропонованих психотерапевтичних заходів на ефективність соціального функціонування в цілому та родинне функціонування, зокрема, попереджує нівелюванню та закріплює досягнення хворої в усіх сферах життя.

Третім етапом оцінки ефективності запропонованих заходів стало дослідження показника дотримання прийому підтримуючої психофармакотерапії. Даний показник вивчався нами через 3 та 6 місяців участі у психотерапевтичній програмі. Отримані результати щодо прийому підтримуючої психофармакотерапії хворими жінками, які страждають на параноїдну шизофренію, представлені у табл. 7 - 9.

За аналізом даних представлених у табл. 7 - 9, можна зробити наступні узагальнення:

а) кількість жінок, що не порушували призначену схему психофармакотерапії, виявилась вірогідно вище у ТГ2, ТГ1, ТГ4 та ТГ3 як через 3, так й через 6 місяців дослідження у порівнянні із жінками КГ;

б) кількість жінок, що частково або грубо порушували призначену схему психофармакотерапії була вищою у КГ, як через 3, так і через 6 місяців;

в) кількість жінок, що повністю не приймали призначену психофармакотерапію через 3 та

6 місяців також спостерігалась достовірно вище у КГ.

Таблиця 7

**Результати дослідження хворих, щодо прийняття підтримуючої психофармакотерапії у ОГ1 та ОГ2**

Порушення схеми психофармакотерапії	ТГ1				ТГ2			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Не порушувалася	13	65,0	11	55,0	15	75,0	12	60,0
Частково	4	20,0	5	25,0	3	15,0	4	20,0
Грубе	2	10,0	3	15,0	2	10,0	3	15,0
Не приймалася	1	5,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0
Всього	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0

Таблиця 8

**Результати дослідження хворих, щодо прийняття підтримуючої психофармакотерапії у ОГ3 та ОГ4**

Порушення схеми психофармакотерапії	ТГ3				ТГ4			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Не порушувалася	10	50,0	9	45,0	12	60,0	10	50,0
Частково	4	20,0	4	20,0	3	15,0	4	20,0
Грубе	3	15,0	4	20,0	3	15,0	3	15,0
Не приймалася	3	15,0	3	15,0	2	10,0	3	15,0
Всього	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0

Таблиця 9

**Результати дослідження хворих, щодо прийняття підтримуючої психофармакотерапії у КГ**

Показники	3 міс. (n=70)		6 міс. (n=70)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Не порушувалася	28	40,0	25	35,7
Частково	19	27,1	18	25,7
Грубе	12	17,1	14	20,0
Не приймалася	11	15,7	13	18,6
Всього	70	100,0	70	100,0

В цілому, за результатами досліджень можна узагальнити наступне:

1. Внаслідок застосування психотерапевтичних заходів з урахуванням моделі родинної взаємодії, ситуація у родині змінилася на концентрування допомоги жінки з врахуванням родинного оточення, порозумінні членів родини та

жінки щодо змісту вимог друг до друга. В цілому, тип взаємодії у родині вдалося гармонізувати: у більшості родин він характеризувався як конструктивний (гармонічний). В цілому, по відношенню до жінки у родині зменшилася тривога, невдоволеність, протидія її соціалізації. Контакт із жінкою став більш продуктивним, а

вимоги та очікування більш реальними.

2. Знизилася загальна напруга жінок за рахунок зменшення (у порівнянні із етапом включення у всіх ТГ - до 67%, у КГ – 46%) використання деструктивних форм психологічного захисту (агресії, збуджено-емоційних, афективних проявів, відчуття провини, дратівливості). Встановлено, що вплив запропонованих психотерапевтичних заходів з врахуванням родинної взаємодії призводить до застосування жінками більш адаптивних типів пристосування у родині (з превалю-

ванням критичних уявлень та аналізу самооцінки над деструктивними - хаотичними за виникнення без аналізу самооцінки та критичної оцінки).

3. Дотримання жінками режиму підтримуючої терапії було вірогідно вище у всіх ТГ, у порівнянні із КГ. Виявлено, що за рахунок проведених заходів щодо підтримувальної терапії, а саме її конструктивному впливу, спостерігається мінімізація наслідків хвороби на здатність жінки до родинної взаємодії.

*К. А. Косенко*

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ СЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, НА УРОВЕНЬ ИХ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Одесский областной психоневрологический диспансер

На основе анализа на основе изучения психосоциальных особенностей 150 женщин, больных шизофренией, при различных моделях семейного взаимодействия, и клинико-психопатологических закономерностей течения заболевания, разработана система психотерапевтических мероприятий, направленных на восстановление функционирования больного в семье в комплексном лечебно-реабилитационном процессе. В результате применения психотерапевтических мероприятий с учетом модели семейной взаимодействия, ситуация в семье изменилась на концентрирование помощи женщины с учетом семейного окружения, согласия членов семьи и женщины по содержанию требований друг к другу. В целом, тип взаимодействия в семьях удалось гармонизировать: в большинстве семей он характеризовался как конструктивный (гармоничный). В целом, по отношению к женщине в семье уменьшилось тревога, недовольство, противодействие ее социализации. Контакт с женщиной стал более продуктивным, а требования и ожидания более реальными. Снизилась общая напряженность женщин за счет уменьшения (по сравнению с этапом включения во всех терапевтических группах - до 67%, в контрольной группе - 46%) использования деструктивных форм психологической защиты (агрессии, возбужденно-эмоциональных, аффективных проявлений, чувства, раздражительности). Установлено, что влияние предложенных психотерапевтических мероприятий с учетом семейной взаимодействия приводит к применению женщинами более адаптивных типов приспособления в семье (с превалированием критических представлений и анализа самооценки над деструктивными-хаотичными без анализа самооценки и критической оценки). Соблюдение женщинами режима поддерживающей терапии было достоверно выше во всех терапевтических группах, по сравнению с контрольной группой. Выявлено, что за счет проведенных мероприятий по поддерживающей терапии, а именно ее конструктивному влиянию, наблюдается минимизация последствий болезни на способность женщины к семейной взаимодействию. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 2 (34). — С. 13-21).

*К. А. Косенко*

## **EVALUATION OF IMPACT PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS IN COMPLEX TREATMENT OF WOMEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA, AT DIFFERENT MODELS OF FAMILY INTERACTION, TO THE LEVEL OF THEIR SOCIAL FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE**

Kharkiv medical academy of postgraduate education, Odessa regional psychoneurological dispensary

Based on the analysis by studying the psychosocial characteristics of 150 women with schizophrenia, with different patterns of family interaction, and clinical and psychopathological patterns of disease, developed a system of psychotherapeutic interventions aimed at restoring the functioning of the patient in the family in a comprehensive treatment and rehabilitation process. Due to the use of psychotherapeutic interventions based on the model of family interaction, family situation has changed for the concentration of care for women with regard to family environment, understanding family members and women with respect to the content requirements of each other. In general, the type of interaction in families managed to harmonize: most families he described as constructive (harmonic). Overall, relative to women in the family decreased anxiety, frustration, resistance of socialization. Contact with a woman become more productive, and the requirements and expectations more realistic. Decreased total voltage by reducing women (compared with stage include all therapeutic groups - up to 67% in the control group - 46%) the use of destructive forms of psychological defense (aggression, excited and emotional, affective symptoms, guilt, irritability). It was established that the effect of the proposed psychotherapeutic interventions with regard to family interaction leads to the use of women more adaptive types of adjustments in the family (with a prevalence of critical concepts and analysis of destructive self-esteem - for the occurrence of chaotic without an analysis of self-assessment and critical evaluation). Compliance with maintenance treatment in women treatment was significantly higher in all treatment groups compared with the control group. We found that due to the conducted measures for maintenance treatment, namely its constructive influence, there is minimization of the disease on the ability of women to family interaction. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 13-21).

## Література

1. Екзистенційно-гуманістична психотерапія у системі функціонального відновлення хворих з першим психотичним епізодом (методичні рекомендації) / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна [і співавт.]. – Донецьк ; К. : МОЗ України, НАМН України. – 36 с.
2. Інсайт-орієнтована психотерапія у хворих з першим психотичним епізодом (методичні рекомендації) / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна [і співавт.]. – Донецьк ; К. : МОЗ України, НАМН України. – 28 с.
3. Маркова М. В. Сімейна психотерапія як базовий психотерапевтичний ресурс в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, К. А. Горшкова // Психічне здоров'я. – 2012. – № 2 (35). – С. 63 – 69.
4. Діхтяр В. О. Оптимізація сімейної психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. н. : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / В. О. Діхтяр. – Київ, 2010. – 24 с.
5. Ряполова Т. Л. Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности / Т. Л. Ряполова // Архив психиатрии. – 2008. – № 4. – С. 15 – 21.
6. Чабан О. С. Психотерапия пациентов с шизофренией / О. С. Чабан // Тавр. журн. психиатрии. – 2006. – № 2. – С. 64 – 120.
7. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. – Geneva : WHO, 1988. – 96 p.
8. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак, [и др.]. – Х.: РИФ АРСИС, ЛТД, 2004. – 239 с.
9. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
10. Лутова Н. Б. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич. – СПб, 2011. – 19 с.

Поступила в редакцию 24.03.2014

УДК 616.98: 578.3 – 002.5

*И.Д. Спирина, С.Ф. Леонов, <sup>1</sup>Я.С. Варшавский, Т.И. Шустерман*

**ПАТОМОРФОЗ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА В  
ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ОППОРТУНИСТИЧЕСКИМ  
ЭКСТРАПУЛЬМОНАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ  
(ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», <sup>1</sup>Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница»

Ключевые слова: патоморфоз, биполярное аффективное расстройство, ВИЧ-инфекция, экстрапульмональный туберкулез

Результаты эпидемиологических исследований позволяют отнести пациентов с психическими расстройствами в группу повышенного риска в отношении инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Так, частота встречаемости у них ВИЧ-инфекции варьирует в диапазоне от 3,1 до 23,5 %, что более чем в восемь раз превышает аналогичный показатель в общей популяции [1]. Основным индикаторным заболеванием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) является туберкулез, особенно экстрапульмональный. Именно туберкулез является основной причиной летальных исходов, связанных с ВИЧ-инфекцией, и среди причин смерти, как вторичное заболевание, составляет более 60% [2].

Достаточно многочисленную группу риска составляют больные с биполярным аффективным расстройством (БАР) [1]. Сексуальные эксцессы, приводящие к ВИЧ-инфицированию, обычно наблюдаются во время маниакальных и смешанных состояний. Повышенная общительность, влюбчивость, снижение контроля поведения на фоне приподнятого настроения определяют легкость вступления больных в случайные половые связи. Для БАР, особенно в маниакальных эпизодах, характерно злоупотребление психоактивными веществами, что также увеличивает риск ВИЧ-инфицирования [3].

При развитии органического поражения головного мозга, вызванного ВИЧ-инфекцией и оппортунистической туберкулезной интоксикацией, происходит видоизменение клинической картины БАР с появлением атипичности аффективных эпизодов и прогрессирующим снижением когнитивных функций [4,5].

В качестве иллюстрации приводим описание клинического случая.

С.В.А., 47 лет, житель г. Днепропетровска, находится на стационарном лечении в отделении №31 коммунального учреждения «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» с 22.08.2013 по настоящее время.

АНАМНЕЗ: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие соответственно возрастным нормам. Окончил 10 классов средней школы и Днепропетровский металлургический институт. В армии не служил, проходил обучение на военной кафедре. В течение 5 лет работал на трубном заводе, затем занимался частным бизнесом. Последние 7 лет не работает, является инвалидом 2 группы по общему (инфекционному) заболеванию. Разведен, имеет сына 22-х лет, который проживает в Италии. Отношений с бывшей женой не поддерживает, с сыном периодически созванивается. Проживает с престарелой матерью. С 23 лет начал систематически употреблять кустарно изготовленные препараты опия, «друг предложил попробовать, я согласился», употреблял их на протяжении полугода, «потом закодировался». В дальнейшем наркотические вещества не употреблял. После прекращения наркотизации злоупотреблял алкоголем на протяжении 2 лет, прошел лечение от алкогольной зависимости в областном наркологическом диспансере. Последние 5 лет алкоголь не употребляет. В июне 2010 г. диагностирована ВИЧ-инфекция, серопозитивный результат подтвержден референс лабораторией, О-1990. С 01.08.2011 г. и по настоящее время состоит на диспансерном учете в Днепропетровском городском центре профилактики и борьбы со СПИДом с диагнозом: ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия. С 27.07.2011 и по настоящее время получает антиретровирус-

ную терапию (тенвир, алувиа). В октябре 2011 г. у пациента при обследовании выявлен туберкулез грудного отдела позвоночника, по поводу которого лечился стационарно в Днепропетровском областном клиническом лечебно-профилактическом объединении «Фтизиатрия». В настоящее время находится на учете у фтизиатра по месту жительства с диагнозом: ВЗЗТБ (09.04.2013 г.) грудного отдела позвоночника, категория 5.1. Дано заключение, что в отделениях общего профиля находиться может.

Впервые психическое состояние изменилось в мае 1997 г., когда появилась повышенная активность, приподнятое настроение, стал разговаривать на религиозные темы, постился. Заявлял, что у него «много энергии», чувствовал, что супруга «ворует» ее у него. Перестал общаться с женой, высказывал мысли о разводе, завел любовную связь с сотрудницей. Говорил, что на нем «печать Божья», что он «прозрел, понял смысл жизни». В связи с изменившимся состоянием с 20.05.1997 по 18.08.1997 года находился на лечении в КУ «ДКПБ», установлен диагноз: реактивный психоз, аффективно-бредовый синдром. После проведенной психофармако- (антипсихотические препараты, транквилизаторы, стабилизаторы настроения) и психотерапии выписан с выздоровлением.

После выписки чувствовал себя удовлетворительно, начал работать экспертом в частной фирме. Работа нравилась, однако, нагрузки были значительными, характер деятельности имел абсолютно новый характер. В мае 1999 г. был в командировке в г. Одессе, где приходилось общаться с коллегами-иностранцами, отмечалась вынужденная бессонница, волнение, большая ответственность. По возвращению домой возникло психотическое состояние, когда стал растерянным, на улице раздавал деньги прохожим, вновь повысилось настроение, писал стихи любовно-лирического содержания, мог мысленно общаться с Богом. С 21.05.1999 по 20.08.1999 г. повторно находился на стационарном лечении в КУ «ДКПБ» с диагнозом: реактивный психоз, аффективно-бредовый синдром. Выписан с выздоровлением.

После выписки из стационара поведение было адекватным, упорядоченным, настроение ровным. Продолжал заниматься предпринимательской деятельностью. Летом 2001 года, после расставания с очередной девушкой, настроение снизилось, ухудшился сон, снизилась работоспособность, появилась утомляемость, раздражительность, рассеянность, головные боли. В

связи с ухудшением состояния самостоятельно обратился за медицинской помощью, с 08.08.2001 по 14.09.2001 г. лечился в КУ «ДКПБ» с диагнозом: реактивное состояние. Выписан с выздоровлением и восстановленной трудоспособностью. После выписки продолжал работать, с работой справлялся. Психическое состояние ухудшилось в 2004 году, когда после смерти отца, отмечалась клиническая субдепрессия, амбулаторно принимал антидепрессанты. Через 1 месяц настроение нормализовалось, приступил к работе.

В 2006 году предпринимательская деятельность свернулась, из-за потери работы настроение резко снизилось, стал рассеянным, медлительным, заторможенным, забывчивым. Отмечались ранние пробуждения в 2 часа ночи с последующим отсутствием сна, отсутствовал аппетит, резко похудел. С 23.08.2006 по 09.10.2006 г. находился на лечении в КУ «ДКПБ», получал лечение антидепрессантами, антипсихотическими препаратами, электросудорожную терапию (3 сеанса). Ранее перенесенные реактивные состояния ретроспективно расценены как аффективные, выставлен диагноз: биполярное аффективное расстройство, умеренный депрессивный эпизод. После выписки принимал поддерживающее лечение (рисполепт, карбамазепин), состояние оставалось удовлетворительным.

В апреле 2010 г. без видимой причины повысилось настроение, появилась чрезмерная активность, высказывал идеи переоценки собственной личности, прекратил прием поддерживающего лечения. Появился неадекватный смех, спал по 2-3 часа в сутки, бродил по городу, имел случайные половые связи. С 30.04.2010 г. по 25.06.2010 г. находился на стационарном лечении в КУ «ДКПБ» с диагнозом: биполярное аффективное расстройство, маниакальный эпизод. В отделении настроение было приподнятым, на лице неадекватная улыбка. Чувствовал «прилив энергии», замечал на себе «одобряющие» взгляды окружающих, считал себя «неформальным лидером в политике и экономике». Писал стихи, посвященные любви и жизни, считал их «эстетической революцией».

Во время пребывания в отделении у больного развилась правосторонняя верхнедолевая пневмония, был переведен на лечение в инфекционное отделение. В отделении лабораторной диагностики КУ «Днепропетровский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» проведено исследование сыворотки крови пациента на наличие антител к ВИЧ методом иммуно-

ферментного анализа, образец крови был расценен как содержащий антитела к ВИЧ. На фоне проводимого медикаментозного лечения (рисполепт 4 мг/сут, галоприл 5 мг/сут, сибазон 10 мг/сут, вальпроком 1000 мг/сут, литосан 400 мг/сут, противовирусное лечение, антибиотики) и психотерапии состояние улучшилось, настроение выровнялось, поведение стало упорядоченным, появилось осознание болезни. В качестве поддерживающей терапии рекомендован прием рисполепта-квиклета 4 мг/сут и вальпрокома 500 мг/сутки под наблюдением участкового врача-психиатра. Также была рекомендована явка к инфекционисту по месту жительства. В дальнейшем лечился стационарно в городском центре профилактики и борьбы со СПИД, назначена антиретровирусная терапия.

В декабре 2012 г., во время прохождения лечения в ДОККЛПО «Фтизиатрия» по поводу туберкулеза позвоночника, психическое состояние вновь изменилось, вел себя неадекватно, отказывался соблюдать строгий постельный режим, абсолютно необходимый для успешного выздоровления, не выполнял инструкции, отрицал у себя наличие туберкулеза. Отмечалась растерянность, дезориентировка во времени и месте, сообщал о себе неправдивые и противоречивые анамнестические данные. Самостоятельно удалил мочевой катетер, установленный урологом по поводу недержания мочи. В связи с неадекватностью состояния 21.12. 2011 г. был переведен для дальнейшего лечения в туберкулезное отделение КУ «ДКПБ ДОС».

При осмотре контакт носил формальный характер, дезориентирован в месте и времени, себя называл правильно. Был благодушным, спокойно говорил о своем заболевании ВИЧ-инфекцией, не проявлял озабоченности своим будущим. Мать пациента сообщала, что в последнее время заметила у сына снижение памяти, когда он стал путать даты, с трудом вспоминал важные события своей жизни. Появилось немотивированное благодушие, суетливость, исчезновение чувства стыда, мог дома ходить обнаженным, мочился на глазах у окружающих, отмечалось периодическое недержание мочи.

В отделении: пассивен. Инициативы в общении не проявляет. Дезориентирован в месте и времени. Гипомимичен. Речь замедлена по темпу. Настроение несколько снижено. Бреда, галлюцинаций не выявлено. Мышление ригидное. Память снижена на текущие события. Пассивно подчиняем, но постельный режим соблюдать отказывается. Время проводит в палате, ни с кем

не разговаривает. Безразличен к происходящему, на свиданиях с матерью не интересуется домашними делами.

В анализе крови СОЭ 38 мм/ч. Анализ мочи, кала – без особенностей. В мазке из ротоглотки – обильный рост кандид.

12.01.2012 г. произведена компьютерная томография органов грудной клетки, выявлена деструкция смежных частей тел грудных позвонков (7,8) с разрушением межпозвоночного диска и формированием натечника.

12.01.2012 г. выполнена МРТ головного мозга: объемно-очаговой патологии головного мозга не выявлено. Признаки атрофического процесса головного мозга.

Консультирован невропатологом: энцефалопатия 3 ст. на фоне дисметаболии, ВИЧ-инфекции со снижением уровня высшей нервной деятельности, амиостатическим синдромом, нарушениями функции тазовых органов центрального генеза, двусторонней пирамидной и сенсорной недостаточностью.

Консультирован инфекционистом: ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия с проявлениями ВДТБ грудного отдела позвоночника, деструкция +, МБТ 0, М 0, К 0, рез. 0, гист. 0, кат. 1, ког. 4 (2011) и орофагеального кандидоза.

Консультация фтизиатра: впервые диагностированный туберкулез (13.12.2011 г.) грудного отдела позвоночника, деструкция +, МБТ -, М-, К-, рез.0, гист.0, кат.1, ког.2 (2011).

После проведенного психотропного и симптоматического лечения психическое состояние улучшилось, стал более спокойным, упорядоченным. Выставлен диагноз: органическое поражение головного мозга сложного генеза (ВИЧ-инфекция, туберкулезная интоксикация), формирующийся дементный синдром. Пациент 15.03.2012 г. выписан из отделения для дальнейшего стационарного лечения по поводу туберкулеза позвоночника в условиях ЛПО «Фтизиатрия» с рекомендацией продолжения приема антиретровирусной терапии. После выписки из стационара чувствовал себя удовлетворительно, амбулаторно наблюдался у психиатра, фтизиатра и инфекциониста по месту жительства. Принимал поддерживающее психотропное лечение и антиретровирусную терапию.

Состояние ухудшилось в начале августа 2013 г., когда несколько приподнялось настроение, появилась раздражительность, периодически конфликтовал с матерью, временами не помнил, куда нужно идти, усилилась слабость. По настоянию матери обратился за консультативной по-



мощью к психиатру по месту жительства, был направлен в КУ «ДКПБ ДОС» для стационарного лечения.

При поступлении предъявлял жалобы на бессонницу, раздражительность, снижение памяти, слабость.

Психический статус: внешний вид неопрятный, выглядит старше своих лет. Контакт формальный, грубо ориентирован в календарном времени, знает, что находится в больнице, однако, профилю больницы назвать не смог, себя называет верно. На вопросы отвечает не всегда в плане заданных. Настроение приподнято, эмоционально неадекватен, «я рад, что я в больнице». Бреда, галлюцинаций не выявлено. Мышление обстоятельное, несколько замедлено по темпу. Память снижена на текущие и отдаленные события. Анамнестические сведения сообщает непоследовательно, сбивчиво, без сопоставления дат и событий своей жизни. Говоря, что «давно» переболел туберкулезом, а «сейчас» болеет СПИДом, благодушен. В суждениях легковесность. Заявляет, что намерен написать «книгу» о своей семье. Формально настроен на лечение.

В отделении жалуется на периодические головные боли, слабость. В течение дня несобран, растерян, ничем не занят. Пассивен, бездеятелен. За внешним видом не следит. Походка шаткая. Настроение приподнято, переоценивает свои возможности и способности, «хочу книгу про свою семью написать, у меня получится, я раньше стихи писал, а сейчас прозу». Память снижена на текущие события. По несколько раз в день здоровается с лечащим врачом, не помнит, что ел во время приема пищи. Не знает имен больных в его палате. На свиданиях с матерью благодушен, домашними делами не интересуется. Лечение получает, осложнений нет.

Общий анализ крови, мочи, кала – без изменений. Реакция Вассермана (27.08.2013 г.) – отрицательная. Результат исследований методом иммуноферментного анализа, подтверждающих наличие антител к ВИЧ (04.09.2013 г.) – положительный. Маркеры вирусных гепатитов – не обнаружены. Биохимический анализ крови на билирубин – 27,9 мкмоль/л.

ЭКГ (02.09.2013 г.) – синусовая тахикардия, гипертрофия левого желудочка, умеренные диффузные изменения миокарда.

ЭЭГ (02.09.2013 г.) – негрубые изменения ЭЭГ с преобладанием низкоамплитудных островолновых элементов в теменно-височной области, без четкой латерализации. Снижение об-

щего уровня функциональной активности мозга.

Консультация психолога: больной речевому контакту доступен. Настроение приподнятое, часто маломотивированно улыбается. На поставленные вопросы отвечает обстоятельно. Объясняет, в больницу приехал, чтобы «отдохнуть», «и мать от меня отдохнет». При этом свои отношения с матерью оценивает как хорошие. Знает, что инфицирован ВИЧ, относится к этому крайне легкомысленно. Строит оптимистические планы на будущее, без учета существующей реальности (создать собственную семью, написать книгу). Критика снижена.

В ситуации исследования отмечается выраженное желание показать себя с лучшей стороны. В инструкциях уточняет различные малозначимые детали. Формально корригируем, но всегда ищет внешнеоправдательные причины – экстернальный локус контроля.

Память снижена в умеренной степени. Кривая механического запоминания торпидна (по 6 слов, при отсроченном воспроизведении – 3 слова). Часто повторяет одни и те же слова, приносит посторонние искажения. Воспроизведение текста прочитанного рассказа с ошибками, смысл прочитанного понимает верно. Недостаточность активного внимания в виде трудностей концентрации, неустойчивости, труднопереключаемости.

При исследовании мыслительной деятельности выявляется незначительное снижение уровня всех мыслительных процессов. Уровень процессов обобщения с элементами конкретизации. Конструктивный праксис снижен незначительно. По данным MMSE число баллов равняется – 26 (когнитивные нарушения).

Самооценка неадекватно завышена. Считает себя здоровым (3), умным (3), с хорошим характером (2), счастливым (3). Уровень притязаний завышенный, ригидный, не соответствует уровню реальных достижений. По данным шкалы оценки мании по Янгу число баллов равняется 20 (гипомания). По данным MMPI (mini-mult) профиль низкорасположенный. Индекс «F-K» равен 12 – стремление показать себя в лучшем свете, отрицание эмоционально насыщенных проблем. Наибольшие значения по шкалам психопатии (55T) и гипомании (52T), наименьшие – по шкале депрессии (32T). Недостаточная способность к интериоризации социальной нормы. Постоянное влечение к внешней возбуждающей ситуации.

Таким образом, на фоне недостаточности ак-

тивного внимания выявляется снижение памяти в умеренной степени, незначительное снижение уровня всех мыслительных процессов. Гипомания. Недостаточная способность к интериоризации социальной нормы.

В результате проведенного объективного клинического исследования, с учетом данных анамнеза и заключения экспериментально-психологического исследования был установлен клинический диагноз:

Органическое биполярное аффективное расстройство вследствие ВИЧ-инфекции IV клинической стадии с оппортунистическим экстрапульмональным туберкулезом, гипоманиакальный эпизод. F06.31

В отделении получает лечение: рисперон 2 мг/сутки, вальпроком 600 мг/сутки, циклодол 2 мг/сутки, алувиа по 2 таб. 2 раза в день, тенвир 1 таб. утром, симптоматическая терапия - улучшение.

Таким образом, представленный клинический случай свидетельствует о патоморфозе биполярного аффективного расстройства, вызванном поражением центральной нервной системы вирусом иммунодефицита человека и оппортунистической инфекцией, с трансформацией в органическое аффективное расстройство. Экзогенная органическая симптоматика определила переход с аффективного на субаффективный уровень (гипомания). Существенной особенностью клинической картины является атипичный характер гипомании с наличием эйфорически приподнятого настроения при несколько замедленном темпе мышления и отсутствии повышения двигательной активности. У пациента после клинической манифестации ВИЧ-инфекции произошло быстрое снижение когнитивных функций с развитием выраженного психоорганического синдрома с переходом в деменцию легкой степени.

*І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, <sup>1</sup>Я.С. Варшавський, Т.Й. Шустерман*

## **ПАТОМОРФОЗ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ В ТЕРМІНАЛЬНІЙ СТАДІЇ ВИЧ-ІНФЕКЦІЇ З ОПОРТУНІСТИЧНИМ ЕКСТРАПУЛЬМОНАЛЬНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ (ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)**

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», <sup>1</sup>Комунальний заклад «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня»

Пацієнти з психічними захворюваннями, в тому числі й биполярним афективним розладом, складають групу ризику щодо інфекції, викликаной вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). ВІЛ-інфекція та опортуністична туберкульозна інтоксикація видозмінюють клінічну картину психічного розладу. У статті наведено клінічний опис патоморфоза биполярного афективного розладу у термінальній стадії ВІЛ-інфекції з екстрапульмональним туберкульозом та подальшим розвитком органічного ураження головного мозку. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 2 (34). — С. 22-27).

*I.D. Spirina, S.F. Leonov, <sup>1</sup>Ya.S. Warshavsky, T.Y. Shusterman*

## **PATHOMORPHOSIS OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER IN TERMINAL STAGE OF HIV- INFECTION WITH OPPORTUNISTIC EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS (CLINICAL CASE)**

State Establishment “Dnepropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine”, <sup>1</sup>Communal Institution “Dnepropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital”

Patients with mental disorders, including bipolar affective disorder (BAD), are at risk to infection caused by the human immunodeficiency virus (HIV). Sexual excesses that lead to HIV infection, usually seen during manic and mixed states. For BAD, especially in manic episodes, substance abuse is characterized, which also increases the risk of HIV infection.

With the development of organic brain damage caused by HIV infection and opportunistic tuberculosis intoxication, modification of the clinical picture of BAD occurs with the appearance of atypical affective episodes and progressive decline in cognitive function.

This article contains a description of the clinical pathomorphosis of bipolar affective disorder in the terminal stage of HIV-infection with extrapulmonary tuberculosis and the subsequent development of organic brain damage.

The patient, S.V.A., 47 years old, is treated in Dnepropetrovsk clinical psychiatric hospital from 22.08.2013 to the present. Anamnesis: heredity of mental illness is not burdened. Early development was without peculiarities. The patient does not work. At age 23, he used opioids intravenously during 6 months, previously also abused by alcohol. HIV has been diagnosed in June 2010. In October 2011, tuberculosis of the spine was discovered.

The patient has been mentally ill since 1997, when he first appeared manic symptoms (inpatient psychiatric treatment). Later he was repeatedly treated in a psychiatric hospital for affective symptoms. In 2006 he was diagnosed with bipolar affective disorder. In December 2012 the patient was treated in the hospital about tuberculosis of spine when mental state changed abruptly. He began to behave himself inappropriately, there was disorientation in place and time, he was confused. Due to the changed condition the patient was transferred to a psychiatric hospital. In the department the patient was indifferent, allpsychic disorientation remained, there was loss of memory on the current events. The diagnosis: organic brain impairment of complex origin (HIV-infection, tuberculosis intoxication), forming dementia. After discharge he was observed by a psychiatrist, phthisiologist and infectionist on a residence, took supportive psychotropic medication and antiretroviral therapy.

Psychic condition worsened in August 2013, when the mood was upbeat, irritation appeared, the patient periodically clashed with his mother. Due to the changed state he has been hospitalized in a psychiatric hospital.

In the department a slight increase in mood was noted, the patient declared that he was going to write "a book" about his family. At the same time, in the department he was uncollected, inactive, passive. Memory is reduced on current events, he does not know the names of patients in his ward. The patient has been consulted by a psychologist, failure of active attention, moderate memory decline, a slight decrease of all mental processes and hypomania were identified. Clinical diagnosis: organic bipolar disorder as a result of HIV of IV clinical stage with opportunistic extrapulmonary tuberculosis, hypomanic episode F 06.31.

Thus, the presented clinical case demonstrates pathomorphosis of bipolar affective disorder caused by impairment of the central nervous system due to human immunodeficiency virus and opportunistic infection with the transformation into an organic affective disorder. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 22-27).

### *Литература*

1. Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: учеб. пособие / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, В.А. Солдаткин [и др.]. – Ростов н/Д.: ГБОУ ВПО РОСТГМУ Минздравсоцразвития России, 2013. – 372 с.

2. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюллетень. - №37. – К., 2012. – 82 с.

3. Жабенко Н.Ю. Психічні розлади у хворих інфікованих ВІЛ (клініка, діагностика, психокорекція): автореф. дис. на здобуття вчен. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія». – Х.:

АМНУ, 2012. – 20 с.

4. Незнанов Н.Г. Распространенность и характер психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных С.-Петербурга / Н.Г. Незнанов, Н.Б. Халезова // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 2, № 2. – С.17-19.

5. Fernandez F. Neuropsychiatric aspects of human immunodeficiency virus (HIV) infection / F. Fernandez // Curr. Psychiatry Reports. – 2002. – Vol. 4. – P. 228–231.

Поступила в редакцию 12.03.2014

УДК 616.5-002-056.3-036.12:615.851.101

*Н. Ю. Резніченко***ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ З  
ВИКОРИСТАННЯМ АУТОГЕННИХ ТРЕНІНГІВ ЯК ЕФЕКТИВНОГО МЕТОДУ  
ПСИХОКОРЕКЦІЇ**

Комунальна установа «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер»

Ключові слова: хронічні алергодерматози, лікування, аутогенний тренінг

В останні роки дослідниками в медичній галузі велика увага приділяється якості життя пацієнтів з різними захворюваннями, впливу хвороби на психологічний стан людини, розвиток у неї депресії, невротизації, збільшення тривожності [1,2]. Крім того, є певна низка патологічних станів (в тому числі і дерматологічних), які виникають на фоні існуючих психологічних змін особистості. Так, нерозривно пов'язаними з психологічними змінами, а деколи - й з психіатричними відхиленнями, є невротичні ексориації, патомімія, прояви дерматозойного марення на шкірі. Однак, дослідження, проведені нещодавно, доводять наявність психологічних змін (в першу чергу - зростання тривожності та розвиток депресії) у хворих на вугрову хворобу, atopічний дерматит, псоріаз, червоний плескатий лишай, кропив'янку та інші гострі та хронічні дерматози [17, 20].

Причина полягає в тому, що негативні емоційні імпульси дестабілізують функціональний стан систем через підкіркові структури, що призводить до функціональних розладів різних органів та систем - перманентних соматоформних дисфункцій [20]. А вони, в свою чергу, є основною ланкою в патогенезі багатьох захворювань, які характеризуються дизрегуляцією взаємовпливів центральної нервової, вегетативної нервової, гормональної та імунної систем, та призводять до порушення вегетативного забезпечення функціонування різних ефекторних систем організму в підтримці гомеостазу [18, 20, 24]. При цьому зростання темпу життя та її стресогенності призводять до більш агресивного перебігу дерматозів і значним чином ускладнюють лікування захворювання.

Отже, гострі або хронічні стресові ситуації, тривале нервове перенапруження може провокувати розвиток або загострення дерматозів. В той же час, наявність висипань на шкірі, особливо на її відкритих ділянках (об-

личчі, волосистій частині голови, верхніх кінцівках), може бути причиною психоемоційних змін особистості. Таким чином формується патологічно замкнуте коло, коли одна його ланка провокує погіршення іншої. Розірвати такий патологічний ланцюг можливо за допомогою психотерапії.

Перспективним і простим у виконанні методом профілактики та лікування хронічних дерматозів, на наш погляд, є використання аутогенного тренінгу (концентрованої саморелаксації) за Шульцем. Він являє собою аутосуггестивний метод з переключенням і перенастроюванням вегетативних функцій, які зазвичай або недоступні, або важко доступні для вольової дії. Спочатку шляхом самонавіювання досягається розслаблення мускулатури - релаксація, а потім у цьому стані проводиться самонавіювання, направлене на ті чи інші функції організму. Лікувальний ефект може ґрунтуватись на дії як релаксації, так і ціленаправлених самонавіювань [3]. Метою аутогенного тренінгу за Шульцем є розірвання кола симптомів, що викликають напруження. Основними показаннями для його проведення є вегетативні розлади та функціональні/психосоматичні розлади [11]. Аутогенний тренінг за Шульцем використовується задля підвищення нервово-психічної стійкості в стресових умовах, підвищення рівню збереження здоров'я, підвищення якості та продуктивності розумової та фізичної праці, усунення психофізіологічних причин негативного психолого-виробничого клімату на підприємствах і в організаціях, підвищення якості боротьби з шкідливими звичками, нервовою та фізичною перевтомою.

Завдяки низці переваг аутогенний тренінг за Шульцем може використовуватись у дерматологічній практиці в комплексному лікуванні хворих на хронічні дерматози, серед яких - хронічні алергічні захворювання шкіри. На сьогоднішній

день багато наукових досліджень присвячено проблемі лікування хворих на хронічні алергодерматози [4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 19, 21], проте недостатня увага приділяється можливості використання психокорекції у комплексній терапії даної дерматологічної патології.

### Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилось 98 чоловіків віком 45-64 роки, хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри. Контрольну групу склали 197 здорових чоловіків без проявів дерматологічних захворювань.

Ступінь тяжкості алергодерматозів у хворих оцінювалась за загально визнаною та найбільш розповсюдженою шкалою SCORAD, яка передбачає оцінку площі ураження шкіри, визначення та оцінку інтенсивності морфологічних елементів висипки, оцінку суб'єктивних ознак захворювання (свербежу та порушень сну) [5].

Зміни психологічного стану як здорових, так і хворих на алергодерматози чоловіків старших вікових груп виявляли за допомогою карт-опитувальників. Рівень тривожності вивчали за шкалою самооцінки Спілбергера-Ханіна. [22]. Рівень невротизації оцінювався за методикою діагностики Л. І. Вассермана. [12]. Крім того, проводилось анкетування чоловіків за допомогою опитувальника "Шкала Бека для самооцінки тяжкості депресії". Оцінка якості життя у хворих на алергодерматози проводилась за загальноприйнятим опитувальником DLQI (Dermatology Life Quality Index) [23]. Він складається з 10 запитань, відповіді на які мають відображати як захворювання шкіри впливало на життя хворого протягом останнього тижня. В даній роботі використовувався авторизований український переклад опитувальника DLQI (Ukrainian version of DLQI).

З метою визначення ефективності викорис-

Отже, метою нашої роботи було вивчення психологічних змін за шкалами Спілбергера-Ханіна, Вассермана, Бека у чоловіків старших вікових груп, хворих на хронічні алергодерматози, та розробка методу їх лікування з використанням аутогенного тренінгу за Шульцем.

тання аутогенного тренінгу за методом Шульца в комплексній терапії хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри, пацієнти були безвідбірково розподілені в 2 терапевтичні групи. Терапевтичні групи не відрізнялись за віком, тяжкістю перебігу дерматозу, тривалістю його існування, попередньо проведеною терапією, наявністю супутніх захворювань та іншими клінічно значимими факторами, які могли б вплинути на інтерпретацію результатів дослідження. Всі хворі отримували базову терапію хронічних алергодерматозів, яка включала елімінаційний режим (усунення контактів з алергенами та неспецифічними подразниками, в т. ч. харчовими), догляд за шкірою (використання емолієнтів), місцеве лікування (застосування топічних глюкокортикостероїдів, топічних інгібіторів кальціоневрину, антибактеріальних засобів - за необхідності), системне лікування (H1-антигістамінні засоби, дезінтоксикаційні засоби, гіпосенсибілізуючі засоби, ферментні препарати, антибактеріальна терапія – за визначеними показаннями), фізіотерапію. I терапевтична група отримувала лише базову терапію, II терапевтична група додатково проводила курси аутогенного тренінгу за Шульцем (вправи "нижнього ступеню").

Отримані дані були оброблені статистично. Порівняння середніх арифметичних двох вибірок проводили шляхом вичислення коефіцієнта Ст'юдента. Різницю між даними вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

### Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження рівнів ситуативної та особистісної тривожності, невротизації та депресії у здорових осіб і хворих на хронічні алергодерматози надані в таблиці 1. Як видно з таблиці, у хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри відзначались статистично достовірно вищі рівні як ситуативної, так і особистісної тривожності у порівнянні з групою здорових чоловіків. Оскільки особистісна тривожність формується в ранньому віці і має певну стабільність, то отримані дані дозволяють вика-

зати думку про те, що підвищена особистісна тривожність є фоном, на якому розвиваються хронічні форми алергічних захворювань шкіри. Однак, якщо середнє значення інтегрального показника особистісної тривожності у хворих відповідало помірному рівню тривожності, то ситуативна тривожність досягала високого рівню. Отже, при потраплянні в стресові ситуації хворі на алергодерматози неадекватно реагують на фактори навколишнього середовища, що призводить до психічної напруги та змін в

діяльності нервової системи і, в свою чергу, до персистенції та рецидивування захворювання.

У хворих на алергодерматози відзначався статистично достовірно вищий рівень невротизації порівняно з групою здорових осіб (табл. 1). Якщо інтегральний показник невротизації за Л.І.Вассерманом у контрольній групі здорових чоловіків відповідав низькому рівню, то хворі на алергодерматози виявляли невротизацію середнього ступе-

ню тяжкості. Це говорить про зростання у них емоційної збудливості, в результаті чого виникають негативні переживання, такі як тривожність, напруга, подразливість, розгубленість. Виникає іпохондрична фіксація на соматичних відчуттях і особистих недоліках, в тому числі й тих, що стосуються клінічних проявів дерматологічного захворювання. Це призводить до прогресування алергодерматозу та погіршення якості життя хворого.

Таблиця 1

**Психодіагностичні показники у чоловіків, хворих на алергодерматози**

Групи обстежених	n	Ситуативна тривожність за шкалою Спілбергера-Ханіна	Особистісна тривожність за шкалою Спілбергера-Ханіна	Рівень невротизації за методикою Л.І.Вассермана	Рівень депресії за шкалою Бека
Здорові	197	41,0±0,18	38,4±0,31	6,9±0,23	6,7±0,32
Хворі на алергодерматози:	98	48,3±0,40*	43,2±0,30*	14,2±0,46*	11,6±0,57*
до лікування					
після базової терапії	36	47,0±0,69*	-	13,6±0,60*	11,0±0,75*
після базової терапії, поєднаної з аутогенним тренінгом	15	44,1±0,65*ав	-	10,0±1,00*ав	8,0±0,69*ав

Примітки: \* - достовірна різниця (P<0,05) при порівнянні з відповідними показниками у здорових; а- достовірна різниця (P<0,05) при порівнянні з відповідними показниками у групі до лікування; в- достовірна різниця (P<0,05) при порівнянні з відповідними показниками у групі після базової терапії.

У хворих на хронічні алергодерматози спостерігався також статистично достовірно вищий рівень інтегрального показника депресії за шкалою Бека у порівнянні з контрольною групою здорових осіб (табл. 1). Здорові чоловіки в середньому не виявляли ознак депресії. При цьому середній бал оцінки за шкалою Бека у хворих на алергодерматози відповідав стану субдепресії. З одного боку, це є результатом впливу хронічного перебігу алергодерматозу на психологічний стан хворого, але, з іншого боку, наявність стану субдепресії може бути провокуючим фактором у хронізації алергічного захворювання.

Таким чином, відбувається формування патологічно замкненого кола, коли наявність алергічного захворювання шкіри призводить до підвищення тривожності, невротизації та депресії хворого, а це, в свою чергу, є провокуючим фактором рецидивування та хронізації алергодерматозу. Задля розірвання патологічного кола

нами було запропоновано включення до комплексної терапії хронічних алергічних захворювань шкіри аутогенного тренінгу за методом Шульца.

Після проведеного лікування у хворих, які увійшли до обох терапевтичних груп (з базовим лікуванням та з базовим лікуванням, поєднаним з аутогенним тренінгом), спостерігалось покращення клінічної картини захворювання, зменшення відчуття свербіжжю та покращення сну, що проявлялось зменшенням індексу SCORAD (табл. 2). Проте в групі хворих, які додатково проводили аутогенні тренінги за методом Шульца, індекс SCORAD був статистично достовірно нижчим у порівнянні з групою пацієнтів, які використовували лише базове лікування. Оскільки індекс SCORAD відображає тяжкість клінічних проявів алергічних захворювань, більш низькі його значення у хворих на фоні поєднаного використання базової терапії та

аутогенних тренінгів говорять про клінічну ефективність даних тренінгів щодо регресу

алергічних висипань і суб'єктивних проявів алергодерматозів.

Таблиця 2

**Динаміка клінічних показників та якості життя у хворих на алергодерматози протягом лікування**

Групи обстежених	n	SCORAD	$\Delta$ SCORAD,%	DLQI	$\Delta$ DLQI,%	DLQI<5,%
до лікування	98	46,9±0,89		13,3±0,41		
після базової терапії	36	23,7±1,46*	50,5±2,63	6,8±0,62*	47,6±4,43	47,2
після базової терапії, поєднаної з аутогенним тренінгом	15	16,9±1,95*a	63,5±3,83a	3,7±0,60*a	66,9±5,88a	60,0

Примітки: \* - достовірна різниця (P<0,05) при порівнянні з відповідними показниками у групі до лікування; а- достовірна різниця (P<0,05) при порівнянні з відповідними показниками у групі після базової терапії.

Крім того, як видно з таблиці 2, у хворих на хронічні алергодерматози після проведеного курсу лікування в обох терапевтичних групах спостерігалось покращення якості життя, що проявлялось зниженням індексу DLQI. Однак у хворих, які додатково використовували аутогенний тренінг, індекс DLQI був статистично достовірною нижчим, ніж у пацієнтів, які вживали лише базову терапію. У групі хворих, які пройшли додатковий курс тренінгів за методом Шульца, після лікування був вищим, хоча і не достовірно, відсоток осіб з оцінкою DLQI менше 5 балів, у порівнянні з групою хворих, які отримували стандартне лікування. Таким чином, можна констатувати факт більш вираженого покращення якості життя пацієнтів з хронічними алергодерматозами на фоні використання аутогенних тренінгів за Шульцем.

Дані тренінги мали позитивний вплив і на психологічний стан пацієнтів. Після проведеного лікування пацієнти, які практикували аутогенні тренінги, мали статистично достовірною нижчі рівні ситуативної тривожності, невротизації та депресії у порівнянні не лише з хворими до лікування, але й з групою осіб після проведеної базової терапії захворювання (див. табл. 1). Так, якщо значення інтегрального показника ситуативної тривожності у хворих на алергодерматози до початку лікування відповідало рівню високої тривожності і висока тривожність зберігалась у пацієнтів після проведеного базового лікування, то додаткове використання аутогенних тренінгів у відповідній терапевтичній групі дозволяло знизити рівень ситуативної тривожності до помірних значень. Аналогічна тенден-

ція спостерігалась і за інтегральним показником депресії за шкалою Бека. Згідно з його рівнем у хворих до лікування спостерігався стан субдепресії, який зберігався у осіб після курсу стандартного лікування. В той же час особи, які додатково до базової терапії практикували аутогенні тренінги не мали депресивних симптомів після курсу лікування. Ці дані говорять про значний позитивний ефект від використання аутогенних тренінгів за методом Шульца як щодо зменшення клінічних проявів алергодерматозів, так і щодо покращення якості життя, зменшення тривожності, депресії та невротизації пацієнтів.

**Висновки.**

1. Хворі на хронічні алергічні захворювання шкіри виявляли статистично достовірною вищі рівні ситуативної й особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна, невротизації за шкалою Вассермана та депресії за шкалою Бека у порівнянні з групою здорових чоловіків, що потребувало проведення відповідної корекції.

2. Використання аутогенних тренінгів за методом Шульца в поєднанні з базовою терапією алергодерматозів сприяло вираженому покращенню клінічної картини захворювання, що проявлялось статистично достовірною нижчим індексом SCORAD у порівнянні з групами хворих до лікування та після курсу базової терапії без психотренінгу.

3. Аутогенні тренінги за методом Шульца сприяли корекції психологічних змін у хворих на алергодерматози. Після проведеного лікування пацієнти, які практикували аутогенні тренінги, мали статистично достовірною нижчі рівні си-

туативної тривожності, невротизації та депресії у порівнянні не лише з хворими до лікування,

але й з групою осіб після проведеної базової терапії захворювання.

*Н. Ю. Резниченко*

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОГЕННЫХ ТРЕНИНГОВ КАК ЭФФЕКТИВНОГО МЕТОДА ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Коммунальное учреждение “Запорожский областной кожно-венерологический клинический диспансер”

Целью исследования было изучение психологических изменений согласно шкал Спилберга-Ханина, Вассермана, Бека у мужчин старших возрастных групп, больных хроническими аллергодерматозами, и разработка метода их лечения с применением аутогенного тренинга по Шульцу. Было обследовано 98 мужчин в возрасте 45-64 года, больных хроническими аллергодерматозами, и 197 здоровых мужчин, которые составили контрольную группу. У больных хроническими аллергодерматозами определялись статистически достоверно более высокие уровни ситуативной и личностной тревожности, невротизации и депрессии в сравнении с группой здоровых мужчин. Применение аутогенных тренингов по методу Шульца в комбинации с базовой терапией аллергодерматозов способствовало улучшению клинической картины заболевания, улучшению качества жизни, снижению уровней ситуативной тревожности, депрессии и невротизации. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 2 (34). — С. 28-33).

*N. Yu. Reznichenko*

## EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ALLERGIC DERMATOSES WITH THE USE OF AUTOGENOUS TRAINING AS AN EFFECTIVE METHOD OF PSYCHOCORRECTION

Community Institution “Zaporizhzhya Regional Dermatovenerological Clinical Hospital”

The objective of the research was to study the psychological changes according to Spielberg-Hanin, Wasserman, Beck scales among men of older age groups, who suffer from chronic allergic dermatoses, and to ground method of their treatment with the use of Schultz autogenous training. 98 men aged 45-64 years, who suffer from chronic allergic dermatoses were examined. 197 healthy men formed the control group. Statistically higher levels of situational and personal anxiety, neurotization and depression were determined in patients with chronic allergic dermatoses in comparison with the group of healthy men. The use of Schultz method of autogenous training in combination with the basic therapy for allergic dermatoses improved the clinical picture of the disease and improved life quality, reduced the levels of situational anxiety, depression and neurotization. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 28-33).

### Література

1. Абрамов В. А. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы / В. А. Абрамов, О. И. Лихолетова, Г. Г. Пугачин // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 4 (31). — С. 5 — 16.
2. Абрамов В. А. Реформирование психиатрии в Украине / В. А. Абрамов. — Киев: “Факт”. — 2000. — 183 с.
3. Авруцкий Г. Я. Лечение психически больных: руководство для врачей / Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. — М.: “Медицина”. — 1988. — 528 с.
4. Андрашко Ю. В. Антигистаминный препарат нового поколения “L-цег” в лечении больных хронической крапивницей / Ю. В. Андрашко, О. М. Галагурич // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2009. — № 2 (33). — С. 35 — 38.
5. Атопічний дерматит у дітей / М. Л. Аряев, В. А. Клименко, А. І Кожем’яка, В. О. Фьоклін. — Київ. — 2006. — 88 с.
6. Болотная Л. А. Новые подходы к наружной терапии хронической экземы / Л. А. Болотная // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2012. — № 2 (45). — С. 68 — 75.
7. Дюдюн А. Д. “Ирикар” в комплексном лечении больных атопическим дерматитом, нейродермитом и экземой / А. Д. Дюдюн, Н. Н. Полион, Н. И. Ющисин // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. — 2008. — № 1-2 (11). — С. 229 — 232.
8. Калюжная Л. Д. Европейские рекомендации по лечению атопического дерматита 2011 года: анализ современных технологий топической терапии / Л. Д. Калюжная, Г. А. Слабкий, А. В. Горбенко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2012. — № 2 (45). — С. 52 — 60.
9. Коган Б. Г. Новые европейские подходы в терапии резистентных форм аллергодерматозов / Б. Г. Коган, Е. А. Верба // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2013. — № 1 (48). — С. 137 — 143.
10. Кутасевич Я. Ф. Рациональный выбор топического стероида / Я. Ф. Кутасевич, И. А. Маштакова // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2012. — № 1 (44). — С. 55 — 58.
11. Лаукс Герд Психиатрия и психотерапия / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Меллер. — М.: “Медпресс-информ”. — 2010. — 512 с.
12. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике / Сост. В. М. Астахов, О.В. Бацьалева, И. В. Пузь / Под общей ред. В. М. Астахова. — Донецк: Норд-Пресс. — 2010. — 199 с.
13. Пritуло О. А. Опыт клинического применения препарата Алерзин в комплексной терапии аллергодерматозов / О. А. Пritуло, Д. В. Прохоров // Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. — 2011. — № 8 (47). — С. 61 - 64.
14. Проценко Т. В. Опыт проактивной терапии больных атопическим дерматитом / Т. В. Проценко, О. А. Проценко, А. С. Чорновол // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2013. — № 1 (48). — С. 118 — 122.
15. Радіонов В. Г. Досвід застосування мометазону фуорату при алергійних захворюваннях шкіри / В. Г. Радіонов, Т. І. Шварьова, Є. Д. Бесполудін // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2012. — № 2 (45). — С. 61 — 67.
16. Резніченко Н. Ю. Алергічний контактний дерматит: сучасні уявлення про лікування на основі огляду наукової літератури / Н. Ю. Резніченко // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. — 2013. — № 3. — С.69 — 72.
17. Резніченко Н. Ю. Вплив соціально-економічних та психологічних чинників на розвиток та перебіг вулгової хвороби у жінок юного віку / Н. Ю. Резніченко // Медико-соціальні проблеми сім’ї. — 2007. — т.12, № 3. — С.59—64.
18. Резніченко Н. Ю. Стан симпато-адреналової та вагоінсулярної систем у чоловіків зрілого віку, хворих на алергодерматози / Н. Ю. Резніченко // Тавричеський медико-біологічний вестник. — 2013. — т.16, № 1. — С.233—236.
19. Степаненко В. І. Імуносупресивна терапія при атопічному дерматиті / В. І. Степаненко, К. Є Іщейкін, П. П. Рижко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2005. — № 1 (16). — С. 19 — 22.
20. Терлецкий О. В. Психологическая характеристика и терапия больных псориазом / О. В. Терлецкий // Вестник психотерапии. — 2011. — № 39 (44). — С. 28 — 38.



21. Федотов В. П. Цетрин в комплексной терапии больных экземой курильщиков табака / В. П. Федотов, Е. И. Каданер // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. — 2008. — № 1-2 (11). — С. 301 — 302.

22. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин — НИИ ФК. — 1976. — 18 с.

23. Finlay AY. Quality of life in atopic dermatitis. *Journal of American Academy of Dermatology* 2001; 45 (1 Suppl.): S64–S66.

24. Reznichenko N. Yu. The state of sympathoadrenal and vagoinsular systems in men of mature age, who suffer from allergic dermatoses / N. Yu. Reznichenko // *Crimea Journal of Experimental and Clinical Medicine*. — 2013. — Vol.3, № 1-2 (9-10). — P.24—27.

Поступила в редакцию 16.02.2014

УДК 616.895.8.-082.4/6-085

*О.К. Малтанар, В.Ал. Абрамов***ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ И МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ И МНОГОАСПЕКТНОЙ ДЕПРИВАЦИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: механизмы психологической защиты, шизофрения, долговременная изоляция, нервно-психическая напряженность

Известно, что многие и, особенно, хронические психические расстройства сопровождаются значительным риском социальной депривации и деструктивных форм личностного функционирования больных. Это обусловлено как выраженной тенденцией к самоизоляции и неспособностью больных устанавливать полноценные социальные отношения, так и разнообразными формами индивидуального и группового стигматизирующе – депривационного давления в социуме.

Депривация (от лат. *Deprivatio* – потеря, лишение) – психическое состояние, возникновение которого обусловлено жизнедеятельностью личности в условиях продолжительного лишения или существенного ограничения возможностей удовлетворения жизненно важных ее потребностей (1). Понятие «депривация» в содержательно-психологическом плане является родственным, но не тождественным понятию «фрустрация». В отличие от фрустрации, касающейся потребности, активизированной в данный момент, уже направленной к цели и осознанием субъектом невозможности ее удовлетворения, депривация может полностью не осознаваться и представляет собой сложное, многоаспектное явление, имеющее отношение к различным сферам человеческой жизни.

По сравнению с фрустрацией, депривация, существенно более тяжелое, болезненное и иногда личностно разрушающее состояние, отличающееся качественно более высоким уровнем жесткости и устойчивости по сравнению фрустрационной реакцией. В различных обстоятельствах депривированными могут оказаться различные потребности. В связи с этим термин «депривация» традиционно рассматривается как родовое понятие, объединяющее целый класс психических состояний личности, возникающих в результате

длительного ее отдаления от источников удовлетворения той или иной потребности (2). Несмотря на разнообразие видов депривации, их проявления в психологическом плане содержательно схожи. Как правило, психическое состояние депривированной личности обнаруживается в ее повышенной тревоге, страхе, чувстве глубокой, нередко необъяснимой для самого человека неудовлетворенности собой, своим окружением, своей жизнью. Эти состояния находят свое выражение в потере жизненной активности, в устойчивой депрессии, прерываемой иногда всплесками неспровоцированной агрессии (3). В то же время в каждом отдельном случае степень депривационного «поражения» личности различна. Решающее значение здесь имеют выраженность и соотношенность двух основных групп факторов: 1) уровень устойчивости конкретной личности, ее депривационный опыт, способность противостоять воздействию ситуации, т. е. степень ее психологической «закалки»; 2) степень жесткости, модификационной мощности и мера многоаспектности депривационного воздействия (2).

А. Маслоу (4) выделяет две разновидности депривации: депривацию базовых потребностей и угрожающую депривацию. Первая легко замещается и не вызывает серьезных последствий. Вторая рассматривается как угроза личности, то есть как депривация, которая угрожает жизненным целям индивидуума, его самооценке, препятствует самоактуализации, удовлетворению базовых потребностей.

В психологии принято выделять следующие виды депривации: двигательная, сенсорная и социальная. Двигательная депривация является следствием резкого ограничения в движениях, вызванного такими специфическими условиями жизни, которые приводят к ярко выраженной хронической гиподинамии. Психологические

(собственно личностные) деформации, к которым приводит двигательная депривация, по своей глубине и труднопреодолимости ни в чем не уступают, а порой и превосходят те физиологические аномалии, которые являются прямым следствием болезни или травмы. Сенсорная депривация — следствие «сенсорного голода», т. е. психическое состояние, вызванное невозможностью удовлетворить важнейшую для любого индивида потребность во впечатлениях в связи с ограничением зрительных, слуховых, осязательных, обонятельных и др. стимулов. Депривационная ситуация здесь может порождаться комплексом экстремальных обстоятельств жизнедеятельности субъекта, препятствующих адекватному «сенсорному насыщению». В психологии подобные условия описываются с помощью термина «обедненная среда» (5).

Среда, обедненная стимулами различной модели (стимульно-сенсорный дефицит), способствует формированию депривации идентичности и ограниченной возможности для усвоения автономной (самостоятельной) роли, а, следовательно, и нарастанию самостигмы как проявления дезинтеграции идентичности (6). В формировании этих состояний существенную роль играют механизмы психологической защиты, которые, в свою очередь, определяют жесткость восприятия депривационной ситуации и вероятность формирования депривационного синдрома (1).

Психическое состояние, традиционно обозначаемое понятием «социальная депривация», является следствием по тем или иным причинам произошедшего нарушения контактов индивида с социумом. Такие нарушения всегда сопряжены с фактом социальной изоляции, степень жесткости которой может быть различной, что в свою очередь определяет меру жесткости депривационной ситуации. Формы социальной депривации различны не только по степени ее жесткости, но и по тому, кто является ее инициатором, кто именно задает депривационный характер отношений группы с широким социумом — она сама или же общество, целенаправленно создавая для решения определенных задач в той или иной мере закрытое от других человеческих сообществ объединение людей.

Типичной (классической) моделью групповой депривации является длительная изоляция больных с психическими расстройствами при осуществлении принудительного лечения в условиях закрытого психиатрического стационара. Депривационный характер взаимоотношений

этих больных с социумом обеспечивает оторванность группы больных от привычного социального окружения в силу сложившихся обстоятельств, вне зависимости от их собственного желания и вопреки их воле. Типичной особенностью групповой изоляции, по сравнению с другими формами измененных условий существования, является комплексность психических состояний, трудность отделения одного симптома от другого внутри общей «психопатоподобной» картины поведения (7).

Принудительное лечение характеризуется длительным вынужденным пребыванием группы больных в условиях ограниченного пространства, скудости сенсорных раздражителей и постоянного общения с одними и теми же людьми. К специфическим психогенным факторам групповой изоляции относятся: многоаспектность депривационных влияний, экстремальный характер условий содержания в психиатрическом стационаре, постоянная «публичность», информационная истощаемость партнеров по общению, эмоциональная напряженность, обусловленная необходимостью долгое время удерживать себя в определенной ролевой функции (7). Длительную принудительную изоляцию в психиатрический стационар можно рассматривать как депривационную ситуацию, как необходимое условие формирования депривационного синдрома, который угрожает жизненным целям индивидуума, его самооценке, препятствует самоактуализации и удовлетворению базовых потребностей (2,7). Поэтому длительная принудительная госпитализация выступает уже не просто как практика, осуществляемая ради обеспечения наилучшего лечения в условиях постоянного наблюдения за больными, а как практика реального социального отлучения. Эффект изоляции продолжает действовать и после выписки больных из стационара и проявляется в отсутствии у них социальных ниш, стигматизации и неприятию их со стороны общества (8,9).

Таким образом, социальная депривация в условиях принудительного лечения больных обусловлена их долговременной насильственной изоляцией от общества. Другими словами, долговременная изоляция является для больных условием депривации, а также условием для возникновения переживаний стресса (10,11). В шкале стрессогенности Холмса и Раге изоляция или лишение свободы по выраженности и силе отрицательных эмоций занимает третье-четвертое место и сравнимо с потерей близкого человека, разрушением жилища, последствием

катастрофы (12).

L. Weitz (13) выделил 8 вариантов «универсальных» ситуаций, являющихся стрессогенными для большинства категорий людей. К ним, в частности, относятся ситуации, которые содержат вредные стимулы окружающей среды, осознаваемую угрозу, изоляция, остракизм и разочарование. В дополнение к этому перечню М. Франкенхойзер (14) добавил ситуацию отсутствия контроля над событиями, а Р. Лазарус (15) – стрессовую ситуацию, когда угрозе подвергаются самые выжные для человека ценности и цели.

Совершенно очевидно, что в круг стрессовых ситуаций должны быть включены условия измененного существования, приводящие к отсутствию соответствия между возможностями личности и требованиями со стороны среды. В этом случае стресс рассматривается как результат предшествовавших ему факторов и их последствий. Наиболее известной концепцией данного направления является трансактная модель стресса Т. Кокса и Р. Макэя (16). Согласно данной модели, стресс наиболее точно может быть описан как часть комплексной и динамической системы взаимодействия человека и окружающей среды, как индивидуально воспринимаемый феномен, опосредованный психологическими особенностями личности.

Одним из вариантов трансактного анализа является когнитивная модель психологического стресса Р. Лазаруса (15). Согласно данной модели, «стресс развивается в том случае, когда требования, предъявляемые человеку, становятся для него испытанием или превосходят его возможности приспособляться». Развитие стресса, по его мнению, зависит не только от вынужденных условий, но также от конституциональной уязвимости человека и от адекватности его механизмов когнитивной защиты. Особое значение для появления психологического стресса имеют оценка человеком ситуации в которой он находится, переживание разочарования, конфликты или угрозы, как правило сопутствующие ограничительно-депривационным мерам.

Изоляция как один из факторов принудительного лечения больных шизофренией сопровождается стрессом разнообразных мер принуждения, эмоциональной напряженностью, прессингом психотравмирующих и фрустрационных ситуаций. Переживание психологического стресса неизбежно для каждого индивида, оказавшегося в условиях долговременной изоляции. Лишение свободы, являясь ситуационно-продолжительной психологической травмой, связан-

ной с ситуацией лишения привычных ценностей, изменением стереотипов жизни, оказывает отрицательное влияние на психику индивида, способствует появлению личностных девиаций и состояний дезадаптации (17-21).

Р.Л. Кричевский и Е.М. Дубровская (22) отмечают, что необычная экстремальная обстановка нередко способствует гораздо более яркому, чем в повседневной жизни, проявлению тех или иных групповых феноменов. Под влиянием определенных условий жизнедеятельности (например, экстремальных) в группе могут возникнуть элементы единообразия, взаимоидентификации, развиться специфический групповой язык и т.п.

М.А. Новиков (23) указывает на такие негативные аспекты изоляции как принудительный характер общения, ограниченность социальных контактов и вместе с тем их избыточность, излишне тесное общение с ограниченным кругом лиц, вынужденность изменения привычных шаблонов поведения, необходимость пересмотра многих конвенциональных представлений, ролевых ориентаций, невозможность удовлетворения ряда социальных и духовных потребностей. Длительное общение в изоляции при сниженной эффективности социального контроля приводит к развитию неинституционализированных форм социального взаимодействия. Практическая невозможность полного уединения, витринность проживания, неизбежность вторжения в «территориальные воды» друг друга в сильной степени влияют на состояние нервной системы и протекание межличностных процессов.

Если индивидуальная изоляция приводит к тревожности, неуравновешенности и неустойчивости настроения, то следствием групповой изоляции являются депрессивные состояния, враждебность, нарушение сна и ослабление когнитивных функций (18). При длительной групповой изоляции отмечаются нарушения в сфере взаимоотношений, приводящие к конфликтам и появлению в группе «отверженных» (19). Длительный информационный дефицит, возникающий при воздействии таких факторов как монотонность ощущений, и понимаемый как недостаточность или отсутствие высокозначимой сигнальной информации, может приводить к функциональным нарушениям деятельности мозга, описанным как информационный невроз (24).

Совокупным негативным последствием изоляционно-депривационных воздействий экзистенциальной изоляции является специфическая деформация личностной идентичности больного. Так, принудительная изоляция не оставляет

больному места для чувства какой бы то ни было свободы выбора порождает многочисленные несоответствия между когнициями (знаниями, представлениями, мнениями) и реальным опытом, связанным с многочисленными аспектами принуждения к подчинению. Возникающую при этом реакцию на угрозу Я-концепции (25) принято идентифицировать как состояние когнитивного диссонанса (26-28).

Таким образом, когнитивный диссонанс – это состояние, характеризующееся столкновением в сознании индивида противоречивых знаний, убеждений и поведенческих установок, относительно совокупности факторов, связанных с недобровольной изоляцией, вызывающих у него чувство напряжения, дискомфорта и переживание угрозы Я-концепции (29). При этом следует учитывать, что Я-концепция – это не некая монолитная сущность, а скорее система внутренних идентичностей или схем Я, которые соответствуют различным сферам опыта и деятельности индивида (30,31). Являясь фундаментальными элементами самоопределения, схемы Я оказывают систематическое и глубокое влияние на то, как перерабатывается информация, касающаяся Я.

Диссонанс переживается личностью как травматический опыт или в широком смысле как концептуальный диссонанс – несоответствие концептуальной системы личности («сценария будущего», конкретных ожиданий) и наличной действительности (32). Когда это несоответствие получает личностное значение, точнее, личностный смысл для конкретной личности, концептуальный диссонанс осознается как психотравма и страдания. В таких случаях, когда новый опыт, насыщенный деструктивными эмоциями, не согласуется с принципами концептуальной системы личности, когнитивный (концептуальный) диссонанс характеризуется нарушением целостности (идентичности) личности.

Состояние концептуального диссонанса, с одной стороны, способствует формированию стигматизационных эффектов, с другой стороны, активирует защитные механизмы личности, направленные на сохранение целостности концептуальной системы личности. Эти механизмы психологической защиты выступают как средство согласования возникшего нового опыта (депривационных переживаний) с представлени-

ями индивида о себе за счет искажения их в сознании (33) как уход от осознания экзистенциальной тревоги (34). Однако в связи с тем, что большинство личностных стратегий сглаживания диссонанса являются иррациональными и деструктивными, страдания пациента (душевная боль) могут усиливаться, оказывая негативное воздействие на уровень его функционирования, интенсивность самостигматизационных эффектов и стрессовых реакций.

Как известно, одним из основных признаков стрессового состояния является нервно-психическое напряжение (35). Степень его выраженности, а, следовательно, выраженности стресс-синдрома определяется особенностями когнитивной оценки ( субъективной репрезентации) стрессогенных ситуаций (15-16), изматывающих или своим постоянством или усилением психотравмирующих факторов. Таким образом, в основе «разрушающей силы» («вредности») воспринимаемых внешних стресс – факторов принудительного лечения лежат механизмы неадекватной когнитивной оценки ситуации длительной и социальной депривации. Эти механизмы чаще всего проявляются в виде разочарования (особая форма опасности и испытываемого личностью ущерба, связанная с невозможностью реализации жизненных целей) или угрозы ожиданий вредных последствий в виде утраты способа обретения смысла.

Таким образом, различные феномены, так или иначе по своему происхождению связанные с длительной изоляцией больных с психическими расстройствами (стигматизация, депривация, когнитивно-концептуальный диссонанс), включают в себя стрессогенно-психотравмирующие элементы, деструктивно влияющие на структурно-динамические особенности личности больных. Это обуславливает актуальность изучения у больных, находящихся в условиях социальной депривации, степени нервно-психического напряжения (НПН) и особенностей психологической защиты, позволяющих корректировать их поведение в различных стрессовых ситуациях.

Цель работы : оценить уровень нервно-психического напряжения и напряженности механизмов психологической защиты у больных шизофренией с долговременной и многоаспектной групповой изоляцией и социальной депривацией.

### **Материалы и методы исследования**

Обследовано 120 больных шизофренией . Основная группа состояла из 70 пациентов , на-

ходящихся на принудительном лечении в отделении усиленного режима Ждановской клини-

ческой психиатрической больницы (Донецкая область). Средняя длительность изоляции больных в этой группе составила  $5,94 \pm 0,34$  лет. Группа сравнения 50 больных шизофренией со средним сроком пребывания в общепсихиатрических отделениях  $1,88 \pm 0,12$  месяцев. Все обследованные – лица мужского пола.

Использовались следующие методы: 1) клинический (психопатологический) метод – верификация диагноза по критериям МКБ-10, включая сбор анамнеза и обследование психического статуса; 2) психодиагностические методы: опросник «Определение нервно-психического напряжения» (Т.А. Немчин) – представляет собой перечень признаков нервно-психического напряжения (НПН), содержащий 30 основных характеристик этого состояния, разделенных на три степени напряженности. По содержанию все признаки также разделены на три группы. Первая группа отражает наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны соматических систем организма. Вторая группа признаков отражает наличие или отсутствие психического дискомфорта и жалоб со стороны нервно-психической сферы. Третья группа описывает общие характеристики нервно-психического напряжения: частоту, продолжительность, генерализованность и степень выраженности состояния.

Подсчет баллов производится путем их суммирования. При этом за знак «+», поставленный против подпункта А, начисляется 1 балл, против подпункта Б – 2 балла. Против подпункта В – 3 балла. Максимальное количество баллов, которое может набрать испытуемый, равно 90, минимальная 30. Диапазон слабого или «детензивного» НПН с относительной сохранностью характеристик психического и соматического состояния располагается в промежутке от 30 до 42,5 баллов; умеренного или «интенсивного» - от 42,6 до 75 баллов; чрезмерного или «экстенсивного» - от 76 до 90 баллов.

Методика Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI), предложенная в 1979 году на основе психо-эволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности Н. Kellerman. Эта методика является адекватным диагностическим средством, позволяющим диагностировать всю систему механизмов психологической защиты (МПЗ), выявить их содержательные характеристики и оценить степень напряженности каждого из них [Мол-

чанова Е.С.]. Окончательный вариант опросника составил 97 вопросов, измеряющих 8 видов МПЗ: отрицание, вытеснение, замещение, компенсацию, реактивные образования, проекцию, интеллектуализацию и регрессию. Каждому из этих 8 МПЗ соответствовало от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции индивида, которые обычно возникают в различных ситуациях. Ответы на эти утверждения фиксировались на бланке по типу «верно-неверно» и затем подсчитывалось количество баллов по каждому виду МПЗ.

Квалификация депривационного психического состояния осуществлялась на основе следующих психодиагностических критериев:

- принудительная социальная изоляция в рамках закрытых групп вне зависимости от желания и воли человека (депривационная ситуация);
- многоаспектный характер депривационного воздействия, в условиях изоляции от стимульной среды;
- длительное ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей и полноценных контактов индивидуума с социумом;
- невозможность адекватного «сенсорного насыщения», наличие «обедненной среды» постоянного пребывания;
- деформация коммуникаций, идентификация с постоянными членами группы взаимодействия в неизменяющейся монотонной среде;
- отчуждение от привычных отношений с окружающим миром; ограничение возможностей для усвоения автономной социальной роли;
- несовпадение «ценностных ожиданий» и «ценностных возможностей» пациента;
- постоянная «публичность» и информационная истощаемость партнеров по общению;

При обработке результатов исследования учитывались нормативные данные, согласно которым напряженность механизмов психологической защиты в районе 40-50% является нормой, в то время как, показатели напряженности, превышающие 50% барьер, свидетельствуют о реально существующих, но неразрешенных, внешних и внутренних конфликтах.

Все полученные нами результаты были подвергнуты статистической обработке с вычислениями средних величин и ошибок. Для оценки достоверности различий в показателях нами был использован t-критерий Стьюдента.

### Полученные результаты и их обсуждение

Анализ данных, полученных с помощью опросника ОНПН, свидетельствует о различной

выраженности и структурно-функциональных особенностях нервно-психической напряженно-

сти в сравниваемых группах больных. В обобщенном виде эти особенности могут быть представлены следующим образом :

Слабая степень НПН (от 30 до 42,5 баллов) отличается относительной сохранностью характеристик психического и соматического состояния, ощущением физического и психического комфорта.

Умеренная (интенсивная) степень НПН (от 42,6 до 74 баллов) характеризуется умеренно выраженными неприятными ощущениями со стороны различных органов и систем и изменениями психического состояния в направлении его активации и повышения эффективности психической деятельности.

Структурно-функциональные особенности чрезмерно-выраженной напряженности (>75 баллов) характеризуются дезорганизацией психической деятельности и соматических функций, существенными отклонениями в психомоторике, нейродинамическими сдвигами, ощущением физического и психического дискомфорта, снижением продуктивности деятельности. На первый план вы-

ступают жалобы на нарушение деятельности внутренних органов, в частности, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, выделения. Чувство физического дискомфорта сопровождается отрицательным эмоциональным фоном, снижением настроения, тревогой, беспокойством, апатией, неудовлетворенностью собой, безысходностью, ожиданием неблагоприятных последствий сложившейся ситуации. Психическая составляющая чрезмерной НПН характеризуется также нарушением когнитивных функций : ухудшением сообразительности, умственной работоспособности, помехоустойчивости, координации движений. Значительно снижается объем внимания, его устойчивость, способность к концентрации и переключению внимания. Существенно нарушается продуктивность кратковременной памяти, способность к долговременной фиксации информации и решению логических задач.

Распределение больных по степени нервно-психической напряженности (дискомфорта) в сравниваемых группах больных представлено в таблице 1.

Таблица 1

**Распределение больных (абс.; %) по степени нервно-психической напряжённости в сравниваемых группах больных**

Степень НПН	Основная группа (N=70)	Группа сравнения (N=50)
Слабая (детензивная)	5 (7,2%)	25 (50%)
Умеренная (интенсивная)	16 (22,8%)	16 (32%)
Чрезмерно выраженная (экстенсивная)	49 (70%)	9 (18%)

Данные, приведенные в таблице 1, свидетельствуют о том, что в основной группе преобладают больные (70%) с чрезмерной (экстенсивной) степенью НПН (в 3,5 раз больше, чем в группе сравнения). В то же время у половины больных группы сравнения наблюдались незначительные проявления (по существу нормативные значения) НПН, которые практически отсутствовали у больных основной группы.

Анализ средних показателей общих характеристик НПН (табл. 2) также свидетельствует о достоверно ( $p < 0,05$ ) более глубоком уровне психического дискомфорта и общей степени выраженности нервно-психической напряженности у больных основной группы, чем у больных группы сравнения. Такая же закономерность выявлена и в отношении по-

казателей уровня генерализованности и продолжительности НПН. В то же время, показатели физического дискомфорта в сравниваемых группах существенных различий не имели.

Анализ распределения больных шизофренией по фактору напряженности отдельных механизмов психологической защиты существенных различий в сравниваемых группах больных не выявил: диапазон таких пациентов составил от 61,4% до 82,8 % в основной группе и от 56% до 91% - в группе сравнения. Однако по характеру выраженности напряжения МПЗ пациенты имели специфические особенности.

Показатели напряженности МПЗ у больных шизофренией с различной длительностью изоляции представлены в таблице 3.

Таблица 2

**Средние показатели (M±m) общих характеристик нервно-психической напряженности (дискомфорта) в сравниваемых группах больных**

Общие характеристики НПН	Средние показатели НПН в основной группе (N=70)	Средние показатели в группе сравнения (N=50)	P
Физический дискомфорт	2,0±0,14	1,6±0,1	>0,05
Психический дискомфорт	2,6±0,21	1,4±0,09	<0,05
Генерализованность НПН	2,8±0,32	1,2±0,08	<0,05
Частота НПН	1,8±0,12	1,4±0,09	>0,05
Продолжительность НПН	2,7±0,29	1,3±0,08	<0,05
Общая степень выраженности	2,4±0,24	1,5±0,1	<0,05

Таблица 3

**Степень напряженности механизмов психологической защиты у больных шизофренией в сравнении с нормативными показателями**

Механизмы психологической защиты	Норма	Основная группа (N=70)	Группа сравнения (N=50)
		M±m	M±m
Отрицание	3,81±0,20	8,12±1,48*	6,23±1,13*/*
Подавление	2,59±0,17	6,54±0,1*	4,77±0,43*/*
Регрессия	5,12±0,30	7,41±0,77*	6,4±0,5
Компенсация	4,38±0,18	4,48±2,36	4,98±1,92
Проекция	5,51±0,30	7,2±0,56*	7,1±1,2*
Замещение	3,12±0,20	4,41±0,43	6,07±0,83*/*
Интеллектуализация	6,32±0,19	7,89±1,25*	6,43±1,13*/*
Реактивное образование	2,80±0,23	5,76±0,88*	4,1±0,8*/*
ОНЗ	50%	66,4±0,93%	59±0,8%

\*p<0.05 – достоверность различий по сравнению с нормативными показателями; /\*p<0.05–достоверность различий показателей сравниваемых групп

Для больных шизофренией основной группы было характерно напряжение практически всех механизмов защиты (за исключением компенсации), при наибольших показателях напряженности (по сравнению с нормой) «отрицания» (8,12±1,48) и «подавления» (6,54±0,1), при нормативных показателях этих механизмов 3,81 и

2,59 соответственно. Наименее напряженными, а, следовательно, реже используемыми механизмами психологической защиты у пациентов этой группы выступают «компенсация» (4,48±2,36) при нормативном показателе 4,38 и «замещение» (4,41±1,25), при нормативном показателе 3.12. Отмечены также достаточно высокие показате-



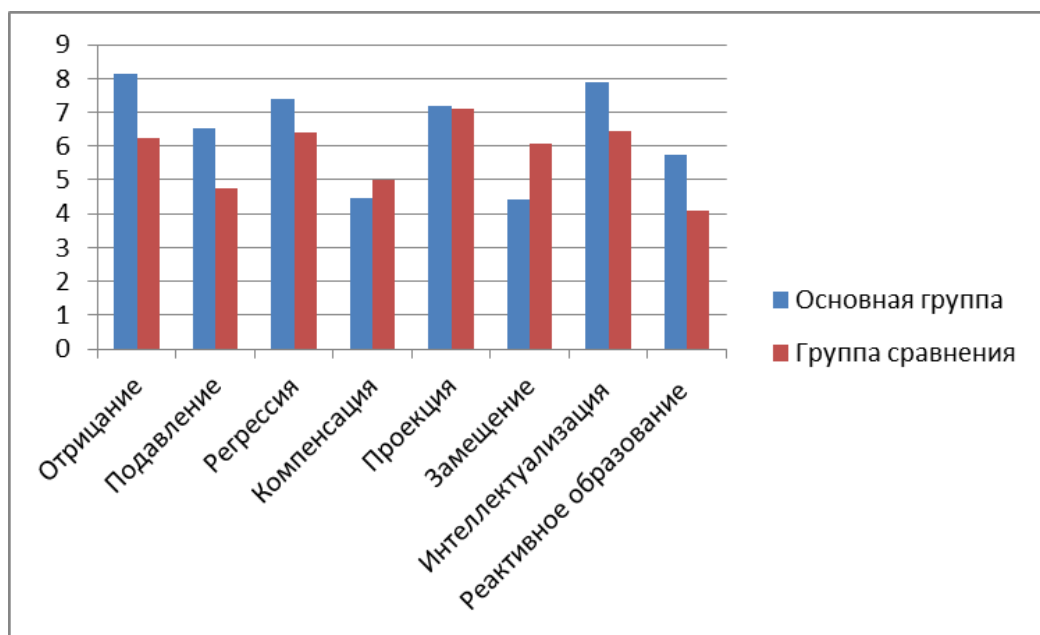
ли напряжения реактивного образования ( $5,76 \pm 0,88$ ) при нормативном показателе 2,8, и интеллектуализации ( $7,89 \pm 1,25$ ).

В группе сравнения наименее напряженными и редко используемыми механизмами являются «компенсация» ( $4,98 \pm 1,92$ ), «интеллектуализация» ( $6,43 \pm 1,13$ ) и «регрессия» ( $6,4 \pm 0,5$ ), что свидетельствует о значительном сужении профиля МПЗ. К механизмам с высоким, по сравнению с нормативными данными, уровнем напряженности отнесены «отрицание» ( $6,23 \pm 1,13$ ), «подавление» ( $4,77 \pm 0,43$ ), «проекция» ( $7,1 \pm 1,2$ ) и «замещение» ( $6,07 \pm 0,83$ ). В частности, широкое использование механизма «замещение» больными с кратковременными сроками изоляции проявляется в разряде подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие личную опасность или более доступны, чем те, которые вызвали отрицательные эмоции. В большинстве случаев замещение разряжает эмоциональное напряжение, возникающее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению цели. В этой ситуации повышается вероятность совершения

больным неожиданных, подчас бессмысленных действий, которые разряжают внутреннее напряжение.

Высокие показатели проекции свидетельствуют о частом использовании пациентами обеих групп механизма, посредством которого неосознанные или неприемлемые для личности чувства и мысли локализируются вовне и приписываются другим людям. Функцией проекции является нейтрализация болезненных для себя аспектов собственной личности, в особенности связанные с чувствами стыда, унижения, страха, агрессивности. Фиксация вовне, на окружающих вызывает у пациента искусственное ощущение непринадлежности этих переживаний себе, делая их переносимыми. Проекция обычно нарушает контакт с окружающими, вследствие излишней подозрительности в связи с якобы причиненными ими неприятностями.

При сопоставлении показателей напряженности МПЗ у исследованных контингентов больных (рис. 1) установлены достоверно более высокая напряженность «отрицания», «подавления», «интеллектуализации» и «реактивного образования» у больных основной группы.



**Рис.1** Сравнение степени напряженности МПЗ у пациентов обеих групп.

«Отрицание»- форма психологической защиты, при которой отрицается существование (в настоящем или прошлом) внешней реальности, своих переживаний, действий, намерений, достоверно очевидных для окружающих. Основной функцией отрицания является защита от негативных эмоций, связанных с признанием существования неприемлемого побуждения, внешней

угрозы, возможного неприятного представления или гнева. Отрицание как механизм психологической защиты реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искаженным восприятием реальности.

Напряженность «отрицания» реальности отражает отсутствие осознания определенных событий, элементов жизненного опыта или чувств,

болезненных в случае их осознания. Отрицание развивается с целью сдерживания эмоции приятия окружающих, если они демонстрируют эмоциональную индифферентность или отвержение. Беззащитное восприятие факта отвержения значимыми другими подвергает серьезно испытанию ощущение своей ценности (первоначально для других, затем и для себя, может привести к самонеприятию). Отрицание подразумевает инфантильную подмену приятия окружающими вниманием с их стороны. Кроме того, это механизм посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо какой-либо внутренний импульс или сторона отрицает сама себя. Как правило, действие этого механизма проявляется в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее не принимаются, не признаются самой личностью. Иными словами, информация, которая тревожит и может привести к конфликту, не воспринимается. Имеется в виду конфликт, возникающий при проявлении мотивов, противоречащих основным установкам личности, или информация, которая угрожает ее самосохранению, самоуважению или социальному престижу.

Суть механизма «подавления» - исключение из сознания смысла травмирующего события и связанных с ним эмоций. Подавление развивается для сдерживания эмоции страха, проявления которой неприемлема для положительного самовосприятия, а также грозит попаданием в прямую зависимость от окружающих. Происходит как бы сокрытие от себя факта этого негативного опыта. Страх блокируется посредством забывания реального стимула, вызвавшего страх, а также всех объектов, фактов и обстоятельств, ассоциативно связанных с ним. Этот механизм лежит в основе действия и других защитных механизмов личности. Вытесненные (подавленные) импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее сохраняют свои эмоциональные и психо-вегетативные компоненты. Типична ситуация, когда содержательная сторона психотравмирующей ситуации не осознается, и человек вытесняет сам факт какого-либо неблагоприятного поступка, но интрапсихический конфликт сохраняется, а вызванное им эмоциональное напряжение субъективно воспринимается как внешне немотивированная тревога. Наиболее часто вытесняются многие свойства, личностные качества и поступки, не делающие личность привлекательной в собственных гла-

зах и в глазах других.

Действие интеллектуализации проявляется в нахождении правдоподобных причин для оправдания действий, вызванных запретным, неприемлемым, осуждаемым побуждением, в преодолении конфликтной или фрустрирующей ситуации без переживаний. Иными словами, личность пресекает переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией при помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного. При этом способе защиты нередко наблюдаются очевидные попытки снизить ценность недоступного для личности опыта. Так, оказавшись в ситуации конфликта, человек защищает себя от его негативного действия путем снижения значимости для себя и других причин, вызвавших этот конфликт или психотравмирующую ситуацию.

Таким образом, рационализация – это защитный психологический механизм, основанный на использовании переживаний в ответ на неприятную или субъективно неприемлемую ситуацию и привлечение так называемого здравого смысла (слов, абстракций) для объяснения поведения, установок и представлений. Интеллектуализация лишь количественно снижает возможность эмпатического вчувствования в правильно идентифицируемое состояние индивидуума. В то же время внешние правдоподобные, но неверные объяснения при рационализации имеют целью увести собеседника от распознавания качества скрываемой субъектом эмоции.

Доминирующее использование механизма «реактивного образования» способствует тому, что личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Иными словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность. Это способствует предупреждению проявления неприемлемых желаний и чувств (особенно сексуальных и агрессивных) путем развития и акцентирования противоположного по смыслу отношения или поведения. Развитие этого механизма защиты связывают с усвоением человеком «высших социальных (моральных) ценностей». Реактивное образование развивается для сдерживания эмоции радости обладания определенным ценным объектом (например, собственным телом) и возможностями использования его (в частности, для агрессии). Этот механизм предполагает реали-

зацию в поведении прямо противоположной установки.

К достоверно ( $p < 0,05$ ) менее напряженным механизмам защиты, характерным для больных основной группы, можно отнести «замещение». Действие этого защитного механизма проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. В большинстве случаев замещение разрешает эмоциональное напряжение, возникшее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению поставленной цели. В этой ситуации субъект может совершать неожиданные, подчас бессмысленные действия, которые разрешают внутреннее напряжение. Такой механизм снятия напряжения и обращения агрессии на более безопасный объект не является типичным для больных с долгосрочной изоляцией и социальной депривацией. В месте с тем, низкая частота регистрации «замещения» в сочетании с высокой напряженностью «отрицания» свидетельствует, по мнению составителей опросника, о низкой агрессивности и доверчивости больных.

Показатели «регрессии», «компенсации» и «проекции» в сравниваемых группах существенно не отличались и не были непосредственно связаны с длительностью изоляции больных. Нужно отметить только тенденцию, приближающуюся к достоверной, в отношении механизма «регрессии» с большей ею напряженностью у больных основной группы и в отношении механизма «компенсации» с большей со напряженностью в группах сравнения. Регрессия рассматривается как механизм психологической защиты посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние этапы развития. При этой форме защитной реакции личность, подвергающаяся действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся обстоятельствах, а неосознаваемые желания или конфликты прямо выражаются в действиях, препятствующих их осознанию. Актуализацией этого механизма защиты на общем фоне изменения мотивационно-потребительской сферы определяется импульсивность и слабость эмоционально-волевого контроля.

«Компенсация» - как механизм психологичес-

кой защиты проявляется в попытках найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. Часто это происходит при необходимости избежать конфликта с этой личностью и повышения чувства самодостаточности. При этом заимствованные ценности, установки или мысли принимаются без анализа и переосмысления и поэтому не становятся частью самой личности.

Таким образом, у всех обследованных больных как основной группы, так и группы сравнения установлен выраженный дисбаланс МПЗ с достоверно более высокими показателями ОНЗ ( $p < 0,05$ ) и значительной напряженностью практически всех механизмов психологической защиты в основной группе больных шизофренией. При этом следует отметить, что защитные механизмы у обследованного нами контингента больных играли не только дезадаптивную роль, но и способствовали адаптации, охраняя не только самоуважение человека, но и помогая ему справиться с жизненными трудностями. В связи с этим все механизмы психологической защиты были разделены на две группы: 1) компенсаторный набор, включавший относительно зрелые механизмы психологической защиты (рационализация-интеллектуализация, замещение, компенсация) и 2) декомпенсирующий набор – незрелые механизмы психологической защиты: вытеснение, отрицание, проекция и регрессия.

Особенности психологической защиты у больных основной группы характеризуются тенденцией к повышению напряженности как зрелых (компенсаторных), так и декомпенсирующих механизмов. Профиль МПЗ у этой категории отличается наиболее высокой напряженностью таких механизмов как отрицание ( $8,12 \pm 1,48$ ), регрессия ( $7,41 \pm 0,77$ ), а так же интеллектуализация ( $7,89 \pm 1,25$ ). В то же время такие показатели психологической защиты как замещение ( $4,41 \pm 0,43$ ) и, особенно, компенсация ( $4,48 \pm 2,36$ ) не отличались от нормативных, что свидетельствовало о слабой напряженности большинства компенсаторных МПЗ и низкой их представленности в структуре адаптивных ресурсов личности и системе их преодолевающего поведения. В частности, больными обеих групп редко использовался механизм компенсации, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в резуль-

тате ощущения какой либо эмоционально-личностной недостаточности с помощью такой подмены объекта, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало этот дефект. На этом фоне значительная напряженность механизмов интеллектуализации ( $7,89 \pm 1,25$ ) у больных с высоким уровнем депривации можно рассматривать в контексте резкого снижения возможности эмпатического вчувствования и стремления псевдорациональным путем скрыть от окружающих качественную сторону переживаемых эмоций. По-видимому, этот механизм лежит в основе эмоционального компонента депривации в виде недостаточной возможности для установления интимного эмоционального отношения к какому-либо лицу или разрыва подобной эмоциональной связи, если таковая уже была создана.

Предпочтительное использование больными шизофренией с длительными сроками социальной изоляции механизма отрицания связано с ситуационно вынужденной их защитой от негативно воспринимаемой ими агрессивной среды закрытого отделения путем искажения восприятия окружающей действительности и осознания ее эмоциональной значимости. С другой стороны, актуализация механизма регрессии определяет значительное снижение и слабость эмоционально волевого контроля больных и возможности адекватных реакций на действия фрустрирующих факторов.

Аналогичная тенденция, связанная с повышением напряженности МПЗ, выявлена и в группе сравнения (рис.1). Однако более глубокий анализ полученных результатов позволяет прийти к выводу, что по большинству изучавшихся показателей у больных основной группы, в отличие от группы сравнения, установлена большая представленность используемых ими МПЗ и достоверно более выраженная их напряженность. В первую очередь это относится к незрелым механизмам психологической защиты (отрицание, подавление и регрессия), в то время как зрелые механизмы (компенсация и, особенно, замещение) используются значительно реже. В целом у больных без признаков социальной депривации отмечено преобладание компенсаторного набора МПЗ и меньшая выраженность незрелых форм психологической защиты, а у больных шизофренией с долговременной изоляцией – недостаточно компенсирующее действие МПЗ.

Вместе с тем, возможна и иная интерпретация жизненного стиля больных шизофренией с признаками депривации. В соответствии с тео-

рией Плутчика -Келлермана- Конти о связи МПЗ с «высшими» и «примитивными» эмоциями, замещение регулирует переживания, экспрессию и поведение на основе гнева, отрицание – на основе принятия. Иначе говоря, чем больше уровень гнева – агрессии, тем чаще используется механизм замещения; чем выше потребность принять параметры внешней реальности, тем более напряженным будет отрицание. Сочетание высокой напряженности отрицания и рационализации с относительно низкой частотой регистрации замещения свидетельствует, по мнению составителей опросника, о низкой агрессивности, доверчивости и принятии условий и требований окружающей среды и медперсонала при длительном их взаимодействии. По-видимому, такая защитная стратегия «смягчает» уровень стигматизации длительно изолированных больных и может рассматриваться как выполняющая компенсаторные функции на момент исследования.

Таким образом, выявленные особенности МПЗ у больных шизофренией играют, конечно, дезадаптивную роль, так как по своей природе они искажают восприятие реальности, но они же могут рассматриваться и как адаптивные, охраняющие не только самоуважение человека, но помогающие ему справиться с жизненными трудностями. В частности, приведенные варианты системы МПЗ могут выполнять функции стабилизации психопатологической симптоматики, способствовать формированию Эго-образа в рамках психического расстройства или отражать переход МПЗ на регрессивные формы, которыми являются отрицание и подавление (35).

Выявление компенсаторного набора признаков функционирования механизмов психологической защиты является благоприятным прогностическим признаком, способствующим не только формированию качественного терапевтического ответа, но и преодолению негативных эффектов групповой изоляции больных. В свою очередь выявление декомпенсирующего комплекса защитных стратегий может рассматриваться в качестве неблагоприятного прогностического критерия, усугубляющего формирование депривационного синдрома (36).

В качестве еще одного неблагоприятного прогностического фактора можно рассматривать сочетание высокого уровня МПЗ с чрезмерно выраженной степенью НПН. Как следует из данных, представленных в табл. 4, такое сочетание значительно чаще ( $p < 0,05$ ) наблюдается у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении. Для больных с недлительной

продолжительностью добровольных форм лечения более характерным является сочетание вы-

сокого уровня напряженности МПЗ и умеренной степени НПП.

Таблица 4

**Распределение больных с высоким уровнем общей напряженности механизмов психологической защиты и различной степенью нервно-психической напряженности**

Степень НПП	Общая напряжённость МПЗ		Р
	Основная группа	Группа сравнения	
Слабая (детензивная)	-	-	
Умеренная (интенсивная)	21,0%	62,0%	<0,05
Чрезмерно выраженная (экстенсивная)	79,0%	38,0%	<0,05
Р	<0,05	<0,05	

Проведенное исследование позволило выявить некоторые особенности неблагоприятных последствий долговременной принудительной изоляции больных шизофренией. Идентификация и оценка выраженности нервно-психической напряженности и напряженности механизмов психологической защиты в этих условиях открывает возможность для разработки и использования мер, направленных на профилактику и «смягчение» таких стрессогенных феноменов как депривационный синдром, само-стигматизация и концептуально-когнитивный диссонанс.

Проведенное исследование позволило выявить некоторые особенности неблагоприятных последствий долговременной принудительной изоляции больных шизофренией. Идентификация и оценка выраженности нервно-психической напряженности и напряженности механизмов психологической защиты в этих условиях открывает возможность для разработки и использования мер, направленных на профилактику и «смягчение» таких стрессогенных феноменов как депривационный синдром, само-стигматизация и концептуально-когнитивный диссонанс.

*О.К. Малтапар, В. Ал. Абрамов*

**ОСОБЛИВОСТІ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ НАПРУЖЕНОСТІ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ПРИ ДОВГОТРИВАЛІЙ ПРИМУСОВОЇ ІЗОЛЯЦІЇ І БАГАТОАСПЕКТНОЇ ДЕПРИВАЦІЇ**

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті аналізується ступінь нервово-психічної напруженості та напруженості механізмів психологічних захистів у пацієнтів з різним ступенем ізоляції і з різним ступенем психологічної депривації. У всіх обстежених хворих як основної групи, так і групи порівняння встановлені виражений дисбаланс МПЗ з достовірно вищими показниками ОНЗ ( $p < 0,05$ ) і значною напруженістю практично всіх механізмів психологічного захисту в основній групі хворих на шизофренію. При обстеженні нервово-психічної напруженості, отримані результати дозволили виявити більш глибокий рівень психічного дискомфорту і загального ступеня вираженості нервово-психічної напруженості у хворих основної групи, ніж у хворих групи порівняння. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 2 (34). — С. 34-46).

*О.К. Maltapar, V. Al. Abramov*

**FEATURES OF MENTAL STRESS AND PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DURING LONG-TERM SECLUSION AND MULTIDIMENSIONAL DEPRIVATION**

M. Gorky Donetsk National Medical University

The article analyzes the degree of mental stress and tension of psychological defense mechanisms in patients with varying degrees of isolation and with varying degrees of psychological deprivation. In all patients as the primary group and the comparison group established a marked imbalance of inventories with significantly higher rates of DES ( $p < 0,05$ ) and the significant intensity of almost all psychological defense mechanisms in the main group of patients with schizophrenia. In a study of the mental stress, the results revealed a deeper level of mental discomfort and overall severity of mental stress in the study group than in the comparison group of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 34-46).

*Литература*

1) Лангмайер Й., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. — Прага, Авицenum, 1998. — 334с.  
2) Е.Г. Алексеенкова Личность в условиях психической депривации / Е.Г. Алексеенкова // Учебное пособие для студентов вузов. — СПб.: Питер. 2009. — 96с.  
3) Фурманов И.А. Психология депривированного ребенка: пособие для психологов и педагогов / И.А. Фурманов, Н.В. Фурманов / М. — Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС. —

2010. — 319с.  
4) Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу.-СПб.:Еразия, 1999-478с.  
5) Дружинин В.Н. Варианты жизни: очерки экзистенциальной психологии. М. — ПЕР СЭ. 2000. — 58с.  
6) Золотарева О.С. Влияние депривации на развитие Я-концепции детей подросткового возраста. Автореф. дисс. канд. псих. наук. Астрахань. 2007. — 21с.

- 7) Головин С.Ю. Словарь практического психолога. М., АСТ, Харвест, 1998. – 800с.
- 8) Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества и групповой изоляции. – М.: Юнити – Дана, 2004. – 408с.
- 9) Мясников В.И., Усков Ф.Н. Моделирование синдрома отчужденности в условиях групповой изоляции // Проблемы сенсорной изоляции. М., 1970. – С. 44-47.
- 10) Спесивцева О.И. Отрицательные эмоции индивида как рефлексия относительной депривации // Вестник ЧелГУ. Сер. 8. Экономика, Социология, Социальная работа. 2004. – № 1 (1). – С. 38–40.
- 11) Ермасов Е. Психологический стресс в условиях изоляции // Е. Ермасов // Развитие личности. – 2009. -№2. – с. 84 – 99.
- 12) Holmes T. H., Rahe R. H. The social readjustment rating scale // Journ. Psychosom. Res. 1967. Vol. 11. – P. 213-218.
- 13) Weitz J. Psychological research needs on the problems of human stress. In: Social and Psychological Factors in Stress (ed. J. E. MsGrath). — Holt Rinehart and Winston, New York, 1970.
- 14) Франкхойзер М. Эмоциональный стресс. – М., 1970
- 15) Lazarus R. S. Patterns of Adjustment. – McGraw-Hill, NY, 1976
- 16) Кокс Т. Стресс.- М.: Медицина, 1981
- 17) Петров В.И., Скугаровская Е. И., Чегерова Т.И., Когутенко Н.Н. Особенности и результаты медицинской реабилитации осужденных с расстройствами адаптации тревожно-депрессивного спектра // Медицинский журнал: рецензируемый научно-практический журнал. – 2006. - №4. – С. 68-69.
- 18) Хряцова Н.Ю. Психические состояния при изоляции // Психические состояния / Сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. – СПб., 2000. – С.407-413.
- 19) Лебедев В.И. Групповая изоляция.// Психические состояния // Сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. – СПб., 2000. – С. 414-416.
- 20) Bonner R.L., Rich A.R. Psychosocial vulnerability, life stress, and suicide ideation in a jail population: a cross-validation study. // Suicide Life-Threat. Behav. – 1990. –V.20. №3. – P. 213–424.
- 21) Гордеева О.В. Измененные состояния сознания при сенсорной депривации // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2004. - №1. – С. 70-87.
- 22) Кричевский Р.Л., Дубовская Е.М. Психология малой группы. – М. Аспект – Пресс. 2001. – 318с.
- 23) Новиков М.А. Психофизиологические и экпсихологические аспекты межличностного взаимодействия в автономных условиях в сб. Проблема общения в психологии, М.: Наука, 1981.
- 24) Хананашвили М.М. Информационные неврозы. – Л., 1987.
- 25) Neilands T. B. The Time Course of the Self-concept Threat Reduction Process Among Low and High Self-esteem Individuals. Ph.D. dissertation, The University of Texas at Austin, 1993.
- 26) Теория когнитивного диссонанса // Большой психологический словарь / Под ред. Мещерякова Б. Г., Зинченко В.П. СПб.: Прайм Евроник, 2004. 672 с.
- 27) Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса / Пер. с англ. А. Аннстратенко, И. Знаешева –СПб.: Ювента, 1999. – 318 с.
- 28) Когнитивный диссонанс//Психологическая энциклопедия/ Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. СПб.: Питер, 2003. 1096 с.
- 29) Steele C. M., Liu T. J. Dissonance processes as self-affirmation // Journal of Personality and Social Psychology, 1983, V.45, №1, P. 5-19.
- 30) Markus, H. “Self-schemata and processing information about the Self.” // Journal of Personality and Social Psychology, 1977, № 35(2), 63-78.
- 31) Stryker, S. 1987. « Identity Theory: Development and Extensions ». In Self and Identity: Psychosocial Perspectives, йditй par K. Yardley et T. Honess. London: Wiley.
- 32) Бегоян А.Н. Концептуальная система личности // Интегративная психотерапия сегодня: Материалы I Международной научно-практической конференции (26-27 ноября 2009 г.) / Под ред. Р.А. Погосяна – г.Ереван: Изд-во «Кавказский центр ирановедения» 2010. – с. 15-22.
- 33) Роджерс К. Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы / К.Р. Роджерс. ; пер.с англ. – М.: ЭКСМО – Пресс, 1999. – 464с.
- 34) Мэй Р. Экзистенциальная психология / Р. Мэй. – К.: «PSYLIB». – 2005. – 171С.
- 35) Куликов Л.В. Стресс и стрессоустойчивость личности // Теоретические и прикладные вопросы психологии. Вып. 1. Ч.1/ Ред. А.А. Крылова. – СПб., 1995. С.123-132.
- 36) Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии. – Екатеринбург: Деловая книга. 1998. – 205с.
- 37) Молчанова Е.С. Различия в напряженности механизмов психологической защиты при шизофрении у мужчин и женщин: «адаптационная» проекция схизиса? / Е.С. Молчанова, В. Карагаполов, Н. Рыбина // Вестник КРСУ. – 2003. – 7. – 23-26.

Поступила в редакцию 12.08.2014

УДК: 616.89–008.441.33 07:34–051

*В. Ю. Омелянович***АНАЛИЗ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КАНДИДАТОВ НА СЛУЖБУ В ОРГАНЫ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ, СКЛОННЫХ К УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: личностные особенности, употребление наркотических веществ, профессиональный отбор, сотрудники органов внутренних дел

Специфичность условий службы в органах внутренних дел обуславливает определенные особенности требований, предъявляемых к уровню психического благополучия граждан, решивших связать свою дальнейшую судьбу с правоохранительной деятельностью. Профессиональный психолого-психиатрический отбор кандидатов на службу, таким образом, призван исключить включение в ряды сотрудников ОВД лиц, страдающих любыми видами расстройств психики и поведения, в т.ч. относящихся к группе расстройств психики вследствие употребления психоактивных веществ. Тем не менее, несмотря на, казалось бы, логически понятную и никем не оспариваемую необходимость отбора на службу в правоохранительные органы лиц, не только не страдающих наркологической патологией, но и не склонных к употреблению наркотиков, до настоящего времени в качестве единственных критериев, позволяющих военно-врачебным комиссиям признать граждан негодными к службе в ОВД, выступают исключительно диагностические категории раздела F10 – F19 (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ) [1].

В данном ключе представляется необходимым вспомнить, известные военной медицине и психологии, периоды тотальной наркотизации воинских контингентов во время локальных войн, в частности - в Афганистане и во Вьетнаме, когда, сложившиеся в условиях безжалостной действительности, групповые нормы поведения включали в себя психологическую и морально-этическую приемлемость употребления наркотических веществ. Несмотря на это, после возвращения на родину огромное количество ветеранов самостоятельно корректировало свое поведение, отказав-

шись от приема наркотиков и добившись в дальнейшем достаточно высокого социального статуса, как в коммерческой, так и в государственной иерархии. Безусловно, среди широкого спектра биологических, социальных и психологических факторов, сыгравших значимую роль в выборе социально-приветствуемого, исключающего употребления наркотиков, жизненного пути или напротив, в продолжении приема наркотиков (непрерывном, отсроченном, эпизодическом или систематическом), важное место занимали характерологические особенности личности [2]. Выявление таких особенностей представляется чрезвычайно важным для формирования, на их основе, групп лиц, требующих повышенного внимания при проведении профессионального психолого-психиатрического отбора на службу в ОВД.

Таким образом, целью настоящего исследования являлось выявление определенных характерологических особенностей, присущих лицам, склонным к употреблению наркотических веществ. В соответствии с поставленной целью, в качестве задач исследования выступало: структурирование группы респондентов, употребляющих наркотические вещества (УНВ), в зависимости от свойственных им профилей методики ММРІ; нахождение отличий усредненного профиля ММРІ, свойственного лицам, употребляющим наркотические вещества, от профиля ММРІ, свойственного лицам, никогда не употреблявшим наркотики; анализ выявленных закономерностей и формулирование рекомендаций относительно групп кандидатов на службу в органы внутренних дел, требующих, вследствие своих характерологических особенностей, повышенного внимания при проведении военно-врачебной экспертизы.

**Материалы и методы исследования**

Обследованный в результате настоящей ра-

боты контингент состоял из 473 респондентов,

составивших группу практически здоровых лиц, эпизодически употреблявших наркотические вещества (исследовательская группа) и группу лиц практически здоровых, не имевших опыта употребления наркотических веществ (контрольная группа). Группа респондентов, употребляющих наркотические вещества состояла из 91 представителя мужского гендера гражданской молодежи Донецкой области, изъявивших желание поступить на службу в органы внутренних дел, у которых при проведении военно-врачебной экспертизы, были установлены факты употребления наркотических веществ (в 100% случаев имел место положительный результат иммунохроматографического исследования мочи, подтвержденный результатами клинической беседы). Период времени с момента последнего употребления наркотического вещества до проведения обследования составлял от 1,5 недель до 2 дней. Ни один из респондентов на динамическом наблюдении в наркологических ЛПУ системы МОЗ Украины не состоял, данных, свидетельствующих о наличии синдрома зависимости на момент осмотра выявлено не было. 78 респондентов (85,7%) употребляли каннабис, 2 респондента (2,2%) – опиаты, 3 респондента (3,3%) – психостимуля-

торы и у 8 респондентов (8,8%) было установлено сочетанное употребление наркотических веществ. Группа респондентов была представлена лицами в возрасте от 17 до 28 лет, имевшими среднее, среднее-специальное или высшее образование.

В качестве контрольной группы (КГ) выступали 382 сотрудника органов и подразделений внутренних дел в возрасте от 21 до 30 лет, практически здоровых, относительно которых отсутствовала какая-либо информация, дающая возможность заподозрить употребление наркотических веществ.

Характерологические особенности личности исследовались с использованием методики ММРІ, адаптированная Ф. Б. Березиным и соавт. [3]. Данный тест на протяжении последних трех десятилетий успешно используется в качестве обязательной психодиагностической методики в рамках работы военно-врачебных комиссий МВД Украины [4, 5].

Для проведения статистического анализа полученных результатов были использованы такие методы математической статистики, как иерархический кластерный анализ и однофакторный дисперсионный анализ с использованием классического метода Фишера.

### Результаты исследования и их обсуждение

Полученные в результате проведенного исследования усредненные профили методики ММРІ представителей групп УНВ и КГ графически были почти идентичными, причем показатели большинства шкал методики (за исключением шкал F, K, 1 и 8) даже не имели статистически значимых отличий ( $p < 0,063$ ).

Проведение иерархического кластерного анализа показателей методики ММРІ представителей группы УНВ позволило выявить 2 кластера, включающих в себя респондентов, представивших результаты, имеющие статистически значимые ( $p < 0,046$ ) отличия по большинству шкал данного психологического теста (таб. 1). 1 кластер состоял из 33 респондентов (36,3% группы УНВ), а второй – из 58 респондентов (63,7% группы). При этом, если усредненный профиль методики ММРІ представителей 1 кластера имели место значимо ( $p < 0,003$ ) более высокие показатели всех шкал методики ММРІ, кроме шкалы мужественности-женственности, а так же имел совершенно иную графическую структуру (рис. 1), нежели профиль КГ, то профиль ММРІ представителей 2 кластера, напротив, и графически, и по показателям большинства

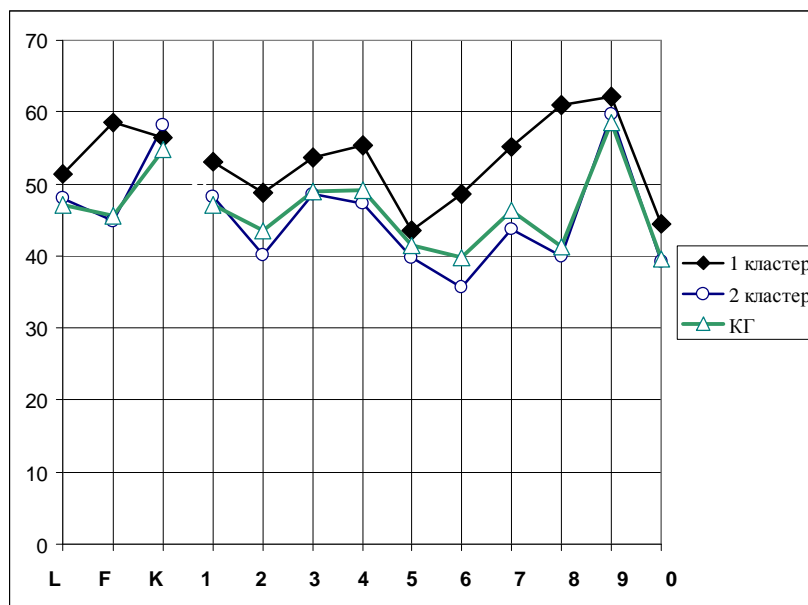
шкал, был практически идентичен профилю респондентов, составивших контрольную группу.

Анализ структуры профилей ММРІ представителей КГ и 2 кластера группы УНВ свидетельствует о том, что и первым, и вторым были присущи снижение профиля на шкале F (агрессии) с пиком на шкале K (самооценки); понижение профиля на 2 шкале (депрессии), сочетающимся с более высоким уровнем «профиля» на 1 (ипохондри) и 3 (конверсионной истерии) шкалах с образованием «конверсионного V»; понижение профиля на участке 4 – 6 шкал, а так же на 7 и 0 шкалах (с наиболее низкими показателями на 6 и 0 шкалах), сочеталось с повышением профиля на 7 шкале (психастении) и выраженным пиком на 9 шкале (гипомании). У представителей 1 кластера группы УНВ и участок корректурных шкал, и весь профиль ММРІ в целом, имели совсем иную структуру: пик профиля приходился не на шкалу K, а на шкалу F, «конверсионное V» сменялось некоторым подъемом профиля на 4 шкале (психопатии), его резким снижением на 5 шкале с последующим поступательным подъемом на всем участке от 6 до 9 шкалы.



**Результаты однофакторного дисперсионного анализа Фишера показателей ММРІ представителей исследовательских групп и выделенных кластеров**

№	группа	среднее	УНВ-КГ		1-2 кластеры		1 кластер-КГ		2 кластер-КГ	
			F	p	F	p	F	p	F	p
L	1 кластер	51,5	3,009	0,083	2,108	0,15	4,716	0,03	0,409	0,523
	2 кластер	48								
	УНВ	49,3								
	КГ	47,1								
F	1 кластер	58,5	12,3	5E-04	68,77	1E-12	47,72	2E-11	0,242	0,623
	2 кластер	44,9								
	УНВ	49,8								
	КГ	45,6								
K	1 кластер	56,4	5,929	0,015	0,86	0,356	0,849	0,357	6,071	0,014
	2 кластер	58,1								
	УНВ	57,5								
	КГ	54,8								
1	1 кластер	53,1	11,04	1E-03	12,16	8E-04	19,91	1E-05	1,025	0,312
	2 кластер	48,2								
	УНВ	50								
	КГ	47,1								
2	1 кластер	48,7	0,052	0,82	26,32	2E-06	10,88	0,001	7,97	0,005
	2 кластер	40,2								
	УНВ	43,3								
	КГ	43,5								
3	1 кластер	53,7	2,976	0,085	7,717	0,007	12,44	5E-04	0,118	0,731
	2 кластер	48,7								
	УНВ	50,5								
	КГ	49								
4	1 кластер	55,3	1,224	0,269	30,54	3E-07	17,49	4E-05	2,748	0,098
	2 кластер	47,3								
	УНВ	50,2								
	КГ	49,2								
5	1 кластер	43,6	0,065	0,8	4,084	0,046	1,288	0,257	1,389	0,239
	2 кластер	39,8								
	УНВ	41,2								
	КГ	41,5								
6	1 кластер	48,5	0,13	0,718	47,96	7E-10	20,02	1E-05	8,299	0,004
	2 кластер	35,6								
	УНВ	40,3								
	КГ	39,8								
7	1 кластер	55,3	2,209	0,138	84,28	2E-14	33,02	2E-08	5,335	0,021
	2 кластер	43,7								
	УНВ	47,9								
	КГ	46,4								
8	1 кластер	61,1	12,96	4E-04	85,83	1E-14	54,55	8E-13	0,465	0,496
	2 кластер	39,9								
	УНВ	47,6								
	КГ	41,3								
9	1 кластер	62	3,473	0,063	1,723	0,193	4,223	0,04	0,779	0,378
	2 кластер	59,7								
	УНВ	60,5								
	КГ	58,5								
0	1 кластер	44,5	2,482	0,116	15,0	2E-04	10,19	0,002	0,13	0,718
	2 кластер	39,2								
	УНВ	41,1								



**Рис. 1.** Профили методики ММРІ представителей контрольной группы и выделенных кластеров группы УНВ

Повышение профиля на шкале F у представителей 1 кластера группы УНВ можно расценивать в качестве проявления потребности в самовыражении через неконформность в поведении и взглядах, внутренней напряженности, недовольства ситуацией и плохо организованной активности, тогда как у респондентов, составивших КГ, напротив, имеет место склонность следовать конвенциональным нормам. Это подтверждается наличием у них достаточно высоких показателей шкалы К, присущих индивидуумам, определяющих свое поведение в зависимости от социального одобрения, озабоченных своим социальным статусом и стремящимся соблюдать общепринятые нормы поведения.

Значительно более низкие показатели 2 шкалы у представителей данной группы, нежели у респондентов 1 кластера группы УНВ, свидетельствует о большей жизнерадостности, решительности и самоуверенности. Достаточно выраженное «конверсионное V» у представителей КГ компенсируется сочетанием с высокими показателями шкалы К, а так же снижением профиля на шкалах F и 4, что указывает на, сочетающуюся с определенной конформностью, экстравертированность и на достаточно высокую социальную приспособляемость.

У представителей 1 кластера группы УНВ, напротив, «конверсионное V» сочетается с некоторым подъемом профиля на 4 шкале и на шкале F, а так же с выраженным снижением профиля на 5 шкале (мужественности-женственности), что указывает на тенденции к самоутверж-

дению, отсутствие уважения к конвенциональным нормам. Кроме того, повышение профиля на 6 шкале (параноидности), подтверждая вышесказанное, указывает на наличие у них таких черт, как обидчивость, упрямство, повышенное себялюбие и недовольство в случае недостаточного признания со стороны окружающих.

У представителей контрольной группы, напротив, имеет место выраженное снижение профиля на 6 шкале, сочетающееся с более высокими показателями 5 шкалы и отсутствием подъема профиля на 4 шкале, что можно расценивать как следствие отсутствия у них вышеуказанных характеристик и склонности к гораздо более гибкому, учитывающему эмоциональные нюансы, мышлению.

Подъем профиля на 7 шкале и его резкое понижение на 0 шкале (социальной интраверсии) были присущи представителям всех исследуемых групп, однако у представителей 1 кластера группы УНВ показатели 7 шкалы были значительно выше и сочетались с дальнейшим подъемом профиля на 8 (шизоидности) и 9 (гипомании) шкалах, тогда как у респондентов, составивших контрольную группу, на 8 шкале имело место значительное понижение профиля ММРІ.

Данные особенности представляется возможным расценивать в качестве свидетельства наличия у респондентов, составлявших 1 кластер группы УНВ, склонности к девиантному поведению вследствие предпочтения ориентироваться на внутренние критерии, определенной инфантильности, а так же стремления переложить

вину за собственные проблемы на окружающих. На недостаточную способность воспринимать социальные нормы (в особенности непринятие их морально-этической составляющей) как части собственных установок, указывает так же сочетание пика профиля на 9 шкале с его подъемом на 4 шкале.

В свою очередь, представителей КГ, исходя из особенностей профиля ММРІ, следует характеризовать как людей, хотя и достаточно активных, стремящихся к действиям, но, в то же время, уступчивых, склонных к беспокойству и комфортно чувствующих себя в условиях четко регламентированной системы правил.

#### ВЫВОДЫ

Таким образом, резюмируя результаты настоящей работы, особое внимание следует обратить на тот факт, что значительной части респондентов, употреблявших наркотические вещества, были присущи характерологические особенности, которые представляется возможным рассматривать в качестве черт, свойственных достаточно хорошо адаптированной, соматически и психически здоровой части сотрудников ОВД: некоторая конформность взглядов, склонность следовать общепринятым конвенциональным нормам и жить в условиях четко регламентированных правил, определять свое поведение в зависимости от социального одобрения, достаточно высокая социальная приспособляемость, гибкость, уступчивость, озабоченность своим социальным статусом и склонность к легко возникающему беспокойству.

Учитывая структуру и содержание вышеперечисленных характеристик, представляется возможным предположить, что эпизоды употребления наркотических веществ у данных респондентов были связаны не со своеобразием их личностной морально-этической системы приоритетов и ценностей или какими-то определенными характерологическими особенностями, а, скорее всего, с той социальной средой, в кото-

рой они выросли, с теми «малыми группами», в состав которых они входили и с традициями которых они не порвали. Характерологические особенности в данном случае следует рассматривать не в качестве «факторов риска» возникновения каких-либо девиантных форм поведения или асоциальных личностных установок, а лишь в качестве тех причин, которые не дали им возможности дистанцировать себя, как будущих сотрудников ОВД, от окружающего их маргинального контингента.

В свою очередь, респондентов, составивших 1 кластер группы лиц, употреблявших наркотические вещества, следует охарактеризовать как лиц неконформных, достаточно самолюбивых, обидчивых, склонных в собственных жизненных проблемах винить окружающих. Их стремление к самоутверждению в сочетании с отсутствием уважения к конвенциональным нормам и нежелание воспринимать их в качестве необходимых личностных установок может приводить к возникновению девиантных форм поведения. Сочетание указанных, достаточно своеобразных, характеристик указывает на не случайность эпизодов употребления наркотических веществ в их личном анамнезе. Характерологические особенности личности представляется возможным рассматривать в качестве именно того фактора, который сыграл важную роль в ситуации выбора между соблюдением общепринятых правил и употреблением наркотического вещества в период оформления на службу в органы внутренних дел, и которые следует рассматривать как «фактор риска». По-видимому, выявление данных особенностей у лиц, проходящих профессиональный психологический отбор, требует проведения дополнительного, более тщательно изучения кандидата на службу, как со стороны ведомственных подразделений психологического обеспечения, так и со стороны других служб, осуществляющих кадровый отбор в системе МВД Украины.

*В. Ю. Омелянович*

## **АНАЛІЗ ХАРАКТЕРОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КАНДИДАТІВ НА СЛУЖБУ В ОРГАНИ ВНУТРІШНІХ СПРАВ, СХИЛЬНИХ ДО ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН**

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

В статті наведені обстеження з використанням тесту MMPI репрезентативної групи осіб, які епізодично вживають наркотичні речовини та планували поступити на службу в органи внутрішніх справ, а також групи співробітників органів внутрішніх справ, які ніколи не вживали наркотичні речовини. Результати ієрархічного кластерного аналізу вказують на неоднорідність групи осіб, які вживають наркотики, у зв'язку з чим дана група була реструктурована у вигляді двох кластерів респондентів, при чому середні показники MMPI 1 кластеру мали значущі відмінності від середніх показників MMPI контрольної групи, а усереднений «профіль» даної методики для 2 кластеру був практично ідентичним «профілю» контрольної групи. На основі проведеного аналізу були виявлені особистісні особливості, які представляють інтерес в якості маркерів виявлення групи кандидатів на службу, які потребують підвищеної уваги під час проведення професійного психологічного відбору. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 2 (34). — С. 47-52).

*V.Yu. Omelyanovich*

## **ANALYSIS OF CHARACTEROLOGICAL TRAITS OF CANDIDATES FOR SERVICE IN INTERNAL AFFAIRS AGENCY, WHO ARE PRONE TO TAKE DRUGS**

Donetsk National Medical University by M. Gorky

In the article are presented results of exploration using MMPI test of a representative group of persons, who occasionally were taking drugs and had planed to enlist Internal Affairs Agencies and also group of internal affairs agencies staff, who had never taken drugs. Results of hierarchical cluster analysis indicate heterogeneity of the group of people who use drugs, in this connection given group was restructured into two clusters of respondents, at that average MMPI 1 cluster had significant differences from the average MMPI of control group and averaged "profile" of this method for cluster 2 was almost identical to the "profile" of the control group. Based on the analysis, personality traits which were of interest as markers of group selection of candidates for service requiring increased attention during the professional psychological selection were revealed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 47-52).

### *Литература*

1. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / [Дж. Э. Купер]. — К.: Сфера, 2000. — С. 392.
2. Поступной А. Н. История и современная ситуация: мнение экспертов-наркологов // Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 222–254.
3. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. Б. Рожанец. — М.:

«Медицина», 1976. - 186 с.

4. Методика и организация психиатрического освидетельствования лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел / [М.В. Виноградов, Н. К. Буйлов, В. А. Варламов]. — М., 1982.- С.14-53.
5. Наказ МВС України від 06.02.2001 р. № 85 «Про затвердження Положення про діяльність військово-лікарської комісії та Порядку проведення військово-лікарської експертизи і медичного огляду військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу в системі МВС». — К., 2001. — 265 с.

Поступила в редакцію 11.03.2014

УДК 616.895.4 – 08:615.214.32

*И. А. Бабюк, Е. А. Ракитянская, О. Е. Шульц***МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТРАВМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психофармакотерапия, пограничные расстройства, травма нижних конечностей, мексиприм, мirtазапин, флувоксамин

За последние годы значительно возросло количество лиц, страдающих различными формами пограничной психической патологии. Непсихотические расстройства выходят на первое место по частоте встречаемости в популяции [2, 11]. Подавляющее большинство работ психиатров-клиницистов посвящено изучению последствий получения психической травмы [7]. Однако проблема психического здоровья, формирование клиники, структурно-динамических особенностей и особенностей личности больных, получивших механическую травму, остается мало изученной. У пациентов травматологического профиля также нередко отмечаются выраженные психоэмоциональные нарушения, что обусловлено внезапностью травмы, неопределенным прогнозом и длительным нахождением пациентов в стационаре, в условиях социальной депривации и вынужденным длительным постельным режимом с ограничением физической активности, что осложняет процесс реабилитации и удлиняет сроки лечения [13]. Особое место среди них занимают переломы и ампутации нижних конечностей, представляющие не только клиническую проблему, но имеющие еще и большую социально-экономическую значимость [5]. Эти серьезные повреждения, как правило, возникают внезапно, приковывают пациента к постели, лишают его привычного образа жизни, в кратчайшее время превращаются в тяжелое общее заболевание, приводящее к резкому ухудшению качества жизни [4]. Вместе с этим, несмотря на значительное количество современных исследований в области психиатрии, до настоящего времени остаются малоизученными изменения психоэмоционального состояния пациентов травматологического профиля. Можно предположить, что в реабилитации подобных больных особое место должна занимать коррекция психических расстройств, возникновение которых во многом зависит от особенности лич-

ности больного, индивидуальных механизмов психологической защиты [3, 10].

У больных с травматизацией нижних конечностей непсихотические психопатологические нарушения в основном представлены аффективными расстройствами, а также невротическими расстройствами тревожно-ипохондрического спектра и нарушениями адаптации, истерическими нарушениями. Лечение основного заболевания, с учетом психоэмоционального состояния пациента, приводит к более успешной реабилитации и его раннему возвращению к социально активной жизни [11, 14]. При этом коррекция данных психических расстройств у такого рода пациентов во многом зависит от особенности личности больного и индивидуальных механизмов психологической защиты.

За последние 20 лет появилось много препаратов для лечения депрессивных расстройств. К препаратам первого поколения относят трициклические антидепрессанты (ТЦА) и ингибиторы моноаминоксидазы (МАО). Более новое, второе поколение, включает в себя селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), обратимые ингибиторы МАО и миансерин.

В последние годы ведущие позиции среди антидепрессантов заняли препараты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Эти препараты, обладая в целом равной эффективностью с «классическими» представителями ТЦА при различных формах депрессивных расстройств, в то же время существенно превосходят их по критерию безопасности, что определяет их популярность, особенно у лиц пожилого и старческого возраста в общеклинической и хирургической практике, а также как оптимальной альтернативе при амбулаторной фармакотерапии [6].

Среди спектра препаратов СИОЗС основными критериями выбора являются: эффектив-

ность; безопасность; специфичность действия; возможность максимального титрования терапевтической дозы; отсутствие риска межлекарственных взаимодействий; удобство применения.

Таким критериям полностью отвечает один из новых представителей данной группы антидепрессантов – флувоксамин (депривокс). Данный препарат выделяется, прежде всего, мощностью ингибирующего эффекта в отношении обратного захвата серотонина, превосходя в этом отношении флуоксетин и кломипрамин, а также исключительно высокой селективностью [20]. Другим исключительно важным фармакологическим его свойством является выраженное анксиолитическое действие. Также следует особо подчеркнуть благоприятное влияние флувоксамина (депривокса) на процессы нейропластичности и нейрогенеза в регионах ЦНС, играющих ключевую роль в поддержании психоэмоционального состояния и развитии тревожно-депрессивных расстройств. В отличие от других препаратов СИОЗС, активация флувоксамином сигма-рецепторов в ЦНС лежит в основе благоприятного влияния на когнитивные функции пациентов.

Среди положительных фармакологических характеристик данного лекарственного средства можно отметить низкую величину связывания с белком (что снижает риск нежелательных межлекарственных взаимодействий), способность не образовывать активных метаболитов (что повышает прогнозируемость лечения и безопасности при титровании дозы), отсутствии влияния на функции печени и почек, период полувыведения 19-22 часа, что позволяет принимать препарат 1 раз в сутки [6].

В качестве важной клинической характеристики флувоксамина (депривокса) как антидепрессанта следует указать сбалансированный комплексный клинико-фармакологический эффект, оптимально сочетающий тимоаналептическое, анксиолитическое и психостимулирующее действия уже к 7-14 дню лечения [21].

Другими положительными сторонами клинико-фармакологического спектра флувоксамина (депривокса) в условиях общеклинического или хирургического стационара также являются:

- 1) Отсутствие выраженной седации даже на фоне выраженного анксиолитического эффекта.
- 2) Устранение сомато-вегетативного компонента, депрессивной симптоматики.
- 3) Быстрая нормализация сна.
- 4) Проявление стимулирующего действия без симптомов гиперстимуляции и расторможения.

5) Отсутствие влияния на сердечно-сосудистую и сексуальную функции.

б) Благоприятное влияние на когнитивную функцию (память, ориентация, внимание).

Кроме того, применение флувоксамина (депривокса) в качестве анальгетика (в хирургической практике) оказалось эффективным при хронических болевых синдромах в сочетании с депрессивными расстройствами.

Дозовый режим: начальная суточная доза составляет 50 мг (1-я неделя терапии), эффективная доза обычно составляет 100 мг один раз в сутки. При дозе 200-300 мг она должна быть разделена на 2-3 приема.

Из побочных эффектов можно отметить диспепсию, расстройство стула, сухость во рту, что чаще наблюдается в начале лечения.

К третьему поколению антидепрессантов относятся препараты, воздействующие как на серотониновую, так и на норадренергическую нейротрансмиттерные системы, например, мirtазапин [22]. Миртазапин сегодня практически используется во всех развитых странах мира как высокоэффективное средство для лечения депрессий. В настоящее время этот препарат немецкой компании «Stada Arzneimittel AG» в Украине зарегистрирован под названием Миртастадин (выпускается также в таблетированной форме по 30 мг № 20). Миртастадин относится к новому классу психотропных препаратов — норадренергическим и специфическим серотонинергическим антидепрессантам (NaSSA) с оригинальным профилем фармакологической активности [23]. По химическому строению он относится к четырёхциклическим субстанциям. Его механизм действия заключается в улучшении проведения нервного импульса, как уже отмечалось, в двух нейротрансмиттерных системах: норадренергической (Na) и серотонинергической (5-НТ), без ингибиции обратного захвата, как норадреналина, так и серотонина. При этом мirtастадин является антагонистом пресинаптических  $\beta_2$ -рецепторов и усиливает центральную норадренергическую и серотонинергическую передачу нервных импульсов. Усиление серотонинергической передачи реализуется только через НТ1-рецепторы, поскольку мirtастадин блокирует НТ2- и НТ3-рецепторы. В проявлении антидепрессивной активности участвуют оба пространственных энантиомера мirtастадина, причём (S+)-энантиомер блокирует  $\beta_2$ - и НТ2-рецепторы, а (R-)-энантиомер блокирует НТ3-рецепторы. Кроме этого, мirtастадин блокирует Н1-рецепторы, что обуславливает его некоторое седа-

тивное действие. Являясь антагонистом НТ2- и НТ3-рецепторов, препарат обладает анксиолитическим эффектом, улучшает сон, предотвращает типичные побочные эффекты, присущие СИОЗС, такие как ажитация, беспокойство, сексуальные дисфункции, тошнота, рвота и головная боль [22]. В терапевтических дозах миртастадин практически не оказывает антихолинергического действия и не влияет на функцию сердечно-сосудистой системы, вследствие чего препарат, как правило, хорошо переносится больными. Миртастадин относится к антидепрессантам с седативным действием, что благотворно влияет на коррекцию инсомний [3]. После перорального приёма миртастадин быстро всасывается (биодоступность составляет примерно 50%), достигая максимальной концентрации в плазме крови примерно через 2 часа. Около 85% миртастадина связывается с белками плазмы. Средний период полувыведения препарата колеблется между 20–40 часами; иногда отмечается и более длительный период полувыведения (до 65 часов), а у молодых — более краткий, чем у лиц пожилого возраста. Длительный период полувыведения миртастадина позволяет принимать препарат один раз в день (лучше на ночь). При использовании 15,0–45,0 мг миртастадина в сутки стабильная концентрация вещества в плазме достигается примерно к пятому дню. В терапевтических дозах фармакокинетические показатели миртастадина имеют линейную зависимость от введённой дозы препарата. Препарат активно метаболизируется и выводится с мочой и калом в течение нескольких дней. Основными путями его метаболизма в организме являются деметилирование и окисление с последующей конъюгацией. Эффект антидепрессантов развивается постепенно, в течение двух недель. Сроки лечения депрессии соответствуют стандартам лечения депрессии. В среднем лечение составляет 6–12 месяцев.

В структуре посттравматических нарушений часты общие астенические проявления. Астения – психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, нарушениями сна. Существуют разные подходы к их терапии. В отечественной психофармакологии наиболее часто используются препараты группы ноотропов, так как использование психостимуляторов ограничено из-за рисков, связанных с их использованием (злоупотребление, синдром отмены) [1]. Наличие у антиоксидантов антиастенического эффекта является весьма важным

качеством, так как они лишены нежелательных рисков психотропных препаратов и при этом обладают дополнительным широким спектром терапевтического действия (ноотропным, вегетостабилизирующим, антигипоксантичным и т.д.) [9]. Кроме того, антиоксидантные препараты, обладающие мембранопротекторным действием, могут рассматриваться в качестве препаратов, усиливающих эффекты психотропной терапии. В частности, в аспекте синергии психотропных эффектов значительный интерес представляет этилметилгидроксипиридина сукцинат (Мексиприм), относящийся к водо-растворимым антиоксидантам биогенного типа и являющийся структурным аналогом соединений группы витамина В6 [10]. Мексиприм ингибирует перекисное окисление липидов, повышает активность супероксидоксидазы, повышает соотношение липид – белок, уменьшает вязкость мембраны, увеличивает ее текучесть. Дополнительным важным эффектом Мексиприма является модуляция активности мембраносвязанных ферментов (кальцийнезависимая фосфодиэстераза, аденилатциклаза, ацетилхолинэстераза), рецепторных комплексов (бензодиазепинового, ГАМК, ацетилхолинового), что усиливает их способность связывания с лигандами, способствует сохранению структурно-функциональной организации биомембран, транспорта нейромедиаторов и улучшению синаптической передачи. Именно синаптическая нейропластичность, активированная Мексипримом, может способствовать усилению психотропных эффектов антидепрессивной терапии. Кроме того, Мексиприм обладает собственным стресспротективным и анксиолитическим действием. С учетом представленных клинических эффектов Мексиприма при его комбинации с антидепрессивной терапией следует начинать лечение с высоких доз, а затем переходить на поддерживающую терапию. Например, в инициальный период лечения можно использовать внутривенное введение препарата 200 мг в сутки (4,0 мл 5% раствора на 250,0 мл физиологического раствора внутривенно капельно) в течение 14 дней. Затем проводить поддерживающую терапию в виде перорального приема препарата в дозировке 125 мг 3 раза в день. Напротив, назначение антидепрессантов начинают с минимального дозирования, а затем увеличивают до среднетерапевтических доз. Такая тактика дозирования позволяет минимизировать побочные эффекты антидепрессантов, в частности, индуцированную тревогу в инициальном периоде лечения.

## МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ПОГРАНИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ТРАВМАХ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Автори представляють дані про епідеміологію, класифікацію і можливості психофармакологічної корекції пограничних розладів при травмах нижніх кінцівок. Клінічна картина психопатологічних розладів залежить від внутрішньої картини хвороби і проявляється астеничними, тривожними та афективними розладами. Антидепресант нового покоління мirtастадін та флувоксамін добре зарекомендували себе в терапії тривожних, інсомнічних і афективних розладів. Для корекції астеничної симптоматики та посилення дії антидепресантів можливо використовувати сучасний антиоксидант мексиприм. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 2 (34). — С. 53-56).

*I.A. Babiuk, E.A. Rakityanskaya, O.E. Shults*

## CORRECTION OF BORDER WITH INJURIES DISTRUCTION OF LOWER LIMB

Donetsk State Medical University. Gorky

The authors present data on the epidemiology, classification and psychopharmacological correction in neurotic disorders in patients with lower extremities injuries. The clinical picture of psychopathology depends on the internal picture of disease and manifests asthenia, anxiety and affective disorders. Antidepressant of new generation Mirtastadin and Fluoxetine are well established in the treatment of anxiety, mood disorders and insomnia. To correct asthenic symptoms may use modern antioxidant Mexiprim. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 53-56).

### Литература

1. Аведисова А.С., Ястребов Д.В. Оценка диагностики и терапии астенических расстройств по результатам анкетирования врачей общей практики. Журн неврол и психат 2010; 110: 2: 56–60.
2. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства: Учебное пособие.- Москва: Литтерра, 2010. – 272 с.
3. Бабюк И.А., Марута Н.А., Абрамов В.А. и др. Фармакологическая коррекция тревожно-депрессивных расстройств и нарушений сна в психиатрической и общемедицинской практике: Метод. реком. – Донецк. – Киев, 2011. – 24 с.
4. Баскевич М.Я., Дорофеев Ю.Н., Гринь А. А. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез переломов бедренной кости // *Magno Anterior*. 2005. - Т. 6. - С. 40-44.
5. Батраков Д.Ю., Гусев А.И., Орел О.В. Особенности лечения и прогноза хирургических заболеваний и травм у людей пожилого возраста // Труды Мариинской больницы. Вып. VII. СПб.: Издание СПб. ГПМА. 2008. - С. 96-97.
6. Бурчинский С.Г. Флувоксамин и его возможности в современной психофармакотерапии // Журн. практ. лікаря. – Киев. – 2008. – С. 21-26.
7. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств // *Международный медицинский журнал*. – 2000. – Т. № 3. – С. 31-34.
8. Дума С.Н., Рагино Ю.И. Роль антиоксидантов в коррекции психовегетативных, астенических и когнитивных нарушений. – Трудный Пациент №4, ТОМ 9, 2011.
9. Дюмаев К.М., Воронина Т.А., Смирнов Л.Д. Антиоксиданты в профилактике и терапии патологий ЦНС. – Москва: Изд-во Института Биомедицинской Химии РАМН. – 1995г. – 272 с.
10. Климовицкий В.Г., Бабюк И.А., Шульц О.Е., Ракітянська Е.А. и др. // Исследование психологических особенностей личности пациентов с высокоэнергетической травмой нижних конечностей: 36. наук. праць XVI з'їзду ортопедів-травматологів України – Харків, 3-5 жовтня 2013 р. – С. 447.
11. Краснов В.Н. Депрессии в общемедицинской практике // Журнал психиатрии и психофармакотерапия. 2002. - N 5. - С 181-183.
12. Кукес В., Шилер Л., Хаджиева Б., Беляева С. Применение препарата «Мексиприм» в терапии цереброваскулярной болезни. // *Врач* 2008;3:31–34
13. Лирцман В.М. Проблема лечения переломов шейки бедра на рубеже столетий / В.М.Лирцман, В.И.Зоря, С.Ф.Гнетецкий // *Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова*.- 1997.- №3.- С. 12-19.
14. Лукутина А. И. Психические нарушения у пациентов с травмой опорно-двигательного аппарата. – Автореф... к.м.н. – Москва, 2008. – 130 с.
15. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М.:МЕД-пресс, 1998 Паламарчук С. А. Ремерон (миртазапин) — антидепрессант нового поколения. Использование при тяжёлой депрессии (обзор литературы) // *Таврический журнал психиатрии*. — 2000. — Т. 4, № 1. — С. 51–54.
16. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей. – Киев: Олимпийская литература. – 2007. – 279 с.
17. Петрюк А. П., Петрюк П. Т. Клинические аспекты применения мirtастадина в лечении депрессивных расстройств // *Український вісник психоневрології*. — 2010. — Т. 18, вип. 2. — С. 68–73.
18. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы : Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. СПб., 2005. - 31с.
19. Спесивцев А. Ю. Оптимизация лечения лиц пожилого и старческого возраста с переломами проксимальной трети бедренной кости. – Автореф... к.мед.н. – С-Петербург, 2009. – 141 с.
20. Fluoxetine Maleate. – Medscape. – DrugInfo. – 2005. – 10 p.
21. Mulchahey J.J., Malik M.S., Sabai M. et al. Serotonin-selective reuptake inhibitors in the treatment of depression and related disorders // *Int. Neuropsychopharmacol.* – 1999. – V.2. – P. 121-127.
22. Pinder R. M. The pharmacologic rationale for the clinical use of antidepressants // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 1997. — Vol. 58. — P. 501-508.
23. Sitsen J. M. A., Zivkov M. Mirtazapine: clinical profile // *CNS Drugs*. — 1995. — Vol. 4, suppl. 1. — P. 39–48.

Поступила в редакцию 10.02.2014



УДК 616.895.8:159.9

*О.И. Осокина***ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И  
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ИСПОЛНЕННОСТЬ ИХ ЖИЗНИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экзистенциальный потенциал, экзистенциальная исполненность, шизофрения, экзистенциально-личностная реабилитация

Жизнь человека с психическим расстройством, которая начинается с момента его первой госпитализации, получения им психиатрического диагноза и постановки на диспансерный учет, кардинально отличается от жизни до болезни. Острый кризис, сопровождающий пациента в период психотического состояния, связанный с дезинтеграцией психической жизни человека, потерей пространственно-временных ориентиров и связанности объектов окружающего мира, сменяется хроническим состоянием дистресса в постпсихотический период, когда в жизнь человека входят связанные с болезнью ограничения и социальная стигма. Переживание человеком кризиса на всех уровнях – когнитивном, эмоциональном, ценностно-смысловом и социальном – в значительной степени отражается на его личностной идентичности, душевном состоянии, деятельности, мировоззрении и удовлетворённости своей жизнью. Опыт психотических переживаний, связанный с нарушением чувства времени, пространства, взаимодействия с миром и связи с ним, страха перед исчезновением целостности, связанности и структуры своего «Я», и окружающего, перед появлением характерных для психотической реальности феноменов (галлюцинаций, отчуждения, автоматизмов, навязчивостей и др.) и невозможности контролировать и упорядочить происходящее – отражается на дальнейшей жизни человека, вызывая в нем чувство недоверия миру (в котором когда-то были потеряны точки опоры), окружающим людям (от которых во время психоза исходила угроза для жизни больного шизофренией человека) и самому себе, своей психической жизни, которая в психотический период была способна существовать отдельно, автономно от человека, вне контекста целостности. Потеря базового доверия миру и самому себе значительно отражается на жизнедеятельности человека, перенесшего кризис психотической реальности, и при-

обретшего опыт столкновения с психиатрической службой. Возвращение этого доверия является основой для полноценной жизнедеятельности, актуализации своего потенциала, восстановления и поиска своей идентичности, и целостности, а также личностного выздоровления после болезни [1].

Человек, получивший психотический опыт и имеющий опыт потребителя психиатрических услуг, несмотря на отсутствие проявлений психической болезни, продолжает испытывать личностный кризис, который связан с:

1. Невозможностью целостного восприятия своего «Я» (своей идентичности), негативными установками по отношению к своим внутренним ресурсам, возможности полноценного функционирования в различных социальных сферах жизни [2].

2. Появлением чувства неполноценности, недоверия себе, своим мыслям, чувствам, заниженной самооценки. Неуверенность в себе приводит к неспособности вести самостоятельную жизнь и достигать значимых целей.

3. Отсутствием доверия значимым людям и миру в целом, потерей эмоциональной глубины социальных контактов, сложности установления подлинных, близких взаимоотношений [3].

4. «Примеркой» на себя роли пациента и тех негативных установок, которые существуют в обществе относительно психически больных людей (самостигматизация), которые приводят к потере чувства собственного достоинства, самоуважения, своей ценности, значимости и самоидентичности [4].

5. Невозможностью принятия и интеграции полученного психиатрического опыта в общий жизненный опыт, что заставляет делить прожитую жизнь на «до» и «после» болезни, и мешает человеку чувствовать целостность, непрерывность и полноту своей жизни.

Личностный кризис, переживаемый больным

шизофренией человеком, тесно переплетается с экзистенциальным кризисом, что, с одной стороны, связано с актуализацией в период психоза экзистенциальных составляющих бытия (конфронтация со смертью, изоляцией, смыслом), с другой – глобальной перестройкой всей ценностно-смысловой системы в постпсихотический период, что сопровождается переосмыслением человеком основных ценностей своей жизни, и частой блокировкой самоактуализации, дальнейшего личностного развития, утратой смысла дальнейшей деятельности и жизни в целом, из-за обесценивания своих возможностей, отсутствия веры в свои силы и сложность осуществления выборов, и принятия ответственных для своей жизни решений. Распад целостности прежних ценностно-смысловых структур после начала психической болезни, при отсутствии их адекватного переосмысления и построения новой системы ценностей и смыслов, приводит к невозможности формирования личных целей, выбор которых всегда основан на ценностных ориентирах и смыслах [5,6].

Недостаточная уверенность в себе, низкая самооценка и снижение мотивационного компонента деятельности, не позволяют человеку делать осознанный выбор одной, наиболее актуальной для него возможности, наметить стратегии ее реализации, делать первый шаг на пути к намеченной цели, и осознавать ту ответственность, которая присуща свободному и самостоятельно принятому решению [7].

Таким образом, пациенты с шизофренией наиболее остро ощущают личностный и экзистенциальный кризис, блокирующие их дальнейшее выздоровление.

Субъективная оценка человеком качества своей жизни, степень которой показывает, насколько осмысленна жизнь человека, насколько он живет в соответствии со своими внутренними побуждениями, насколько аутентичны принимаемые им решения и совершаемые поступки – отражены в понятии экзистенциальной исполненности. Это понятие, появилось в психологии В. Франкла для описания субъективной оценки человеком качества своей жизни (не то, как на самом деле живет человек, а то, как он полагает, что живет). Понятие «исполненности» рассматривается, как неотделимое от установок и убеждений «счастье через достоинство» (Аристотель), где счастье представляет собой наличие хорошего самочувствия, свободы от боли и страданий в сочетании с полнотой желаний и «аппетитом к жизни» (Эпикур) [8].

В соответствии с концепцией «обнаружения смысла» В. Франкла, для его появления необходимо предпринять четыре последовательных шага (I - воспринимать (трезвость, реалистичность, способность увидеть свою субъективную часть и отделить себя от другого), II - чувствовать (быть затронутым, попадать в резонанс с ценностями), III - выбирать (оставлять все остальные варианты ради одного, решаться) и IV - делать (Осуществлять, действительно сделать, реализовать выбор)) [9], которые отражены в соответствующих субшкалах методики: Самодистанцирование (SD), Самогнотрансценденция (ST), Свобода (F), Ответственность (V). Субшкалы SD+ST составляют Персональные предпосылки экзистенциальной исполненности – фактор личности (P). Субшкалы F+V – экзистенциальное исполнение в связи с теми возможностями, которые представляет ситуация – фактор экзистенции (E). В сумме фактор личности и фактор экзистенции дают Общий показатель по тесту – субъективно переживаемую меру исполненности (P+E=G).

Низкий показатель SD свидетельствует об отсутствии у больного дистанции по отношению к себе, неспособности противопоставить свое «Я» окружающему миру, адекватно оценить и принять ту или иную ситуацию, разобраться в ее условиях и обстоятельствах. Это существенно затрудняет существование пациента в определенных экзистенциальных ситуациях, когда все происходящее в повседневности утрачивает свою резкость, становится расплывчатым, воспринимается, как пустота, перестает существовать. Причиной этого являются различные формы внутреннего смятения или фиксации больного на неудовлетворенных потребностях, а также невозможность реалистично воспринимать и понимать происходящее с ним.

Низкий показатель ST отражает утрату способности ощущать ценности, в т. ч. имеющие для человека решающее, первостепенное значение, являющиеся смыслом всей его жизни, центром мировоззрения. Недостаток эмоциональности (эмоциональная незатронутость), скудность в отношениях с окружающими людьми делают пациента неуверенным, беспомощным. В связи с утратой точки опоры и отчаянием, он не в состоянии объяснить переживаний мира и самого себя, перестает понимать, чего он хочет, и что ему нравится. Теряя способность переживания ценности собственного «Я», больной утрачивает способность уважать другого и готовность к диалогу.

Низкий показатель V (ответственность) представлена такими особенностями больных как необязательность, неспособность доводить свои дела до конца. Они не чувствуют персональной включенности в жизнь, которая не поддается планированию, не пронизана собственной волей, идет сама по себе. Как отмечает А. Лэнгле (2008), переживание таких больных можно сравнить с дрейфом на плоту, который некоем образом не закреплен и неукрепляемо отдан силам водной стихии. Характерны низкая способность отставлять собственные интересы, беззаботность, отсутствие персональной позиции («не нахожу себя») по отношению к фундаментальным ус-

ловиям экзистенции, чувство глубокого разочарования жизнью, переживание ее бессмысленности (экзистенциальный вакуум, отсутствие стремления к поиску и реализации смысла своей жизни) [2,10].

Целью настоящей работы является разработка реабилитационных стратегий для пациентов с первым манифестным приступом шизофрении на основе изучения структуры экзистенциального потенциала их личности, и исследование динамики уровня экзистенциальной исполненности при использовании экзистенциально-личностной реабилитации данного контингента больных.

### Материал и методы исследования

В исследование было включено 237 пациентов мужского (139 (58,6±3,2%) человек) и женского (98 (41,4±3,2%) человек) пола в возрасте 18–35 лет, поступивших впервые в жизни в Областную клиническую психиатрическую больницу и дневные стационары Областного психоневрологического диспансера г. Донецка с первым манифестным приступом шизофрении.

Все пациенты получали медикаментозное лечение антипсихотическими препаратами в соответствии с клиническими протоколами оказания психиатрической помощи. Для купирования острого психотического состояния использовались инъекционные атипичные антипсихотики (р-р оланзапина 10 мг/сут. в/м №5, р-р клопиксола-акуфаз (зуклопентиксол) 50 мг/сут. в/м 1 раз в 3 дня №3) и типичные-антипсихотики (р-р галоперидола 2–5 мг в/м 2–3 р/д.; р-р трифтазина (фенотиазина дигидрохлорид) 1–2 мг 2–3 р/д.); в других случаях по показаниям назначались таблетированные атипичные антипсихотики (рисперидон 2–6 мг/сут., клозапин 50–200 мг/сут., кветиапин 200–450 мг/сут., оланзапин 5–10 мг/сут., амисульприд 200–600 мг/сут., арипипразол 10–30 мг/сут., сертиндол 12–16 мг/сут.). Поддерживающее лечение осуществлялось путем назначения вышеназванных атипичных таблетированных препаратов в поддерживающих дозировках, депонированных атипичных нейролептиков (р-р клопиксола-депо (зуклопентиксол) 200–400 мг 1 раз в 2–4 нед.; р-р рисполепт-конста 25 мг 1 раз в 2 нед.) или типичных нейролептиков (р-р галоперидола-деканоат 50 мг в/м 1 раз в 3 нед.; р-р флуфеназина-деканоат 25 мг в/м 1 раз в 4 нед.). Предпочтение отдавалось атипичным-антипсихотикам в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное и социальное функционирование больных, лучшую

переносимость и меньшее по сравнению с типичными нейролептиками, количество побочных эффектов.

Для достижения цели исследования из выборки пациентов было сформировано две группы. Основную группу составило 122 пациента с манифестным приступом шизофрении, которые после купирования психотического состояния прошли курс экзистенциально-личностной реабилитации, продолжая при этом поддерживающее медикаментозное лечение. Пациенты, получавшие только фармакотерапию, количеством 115 человек, составили группу сравнения.

Распределение больных по ведущему синдрому было следующим: параноидный синдром – 91 человек (38,4%), синдром психического автоматизма – 73 человека (30,8%), кататонический синдром – 5 человек (2,1%), аффективно-бредовый синдром – 68 человек (28,7%).

Распределение больных по диагностическим категориям (в соответствии с МКБ-10 [11]) было следующим: шизофрения параноидная, период наблюдения менее года (F20.09) – 63 (26,6%) пациента, шизофрения кататоническая, период наблюдения менее года (F20.29) – 5 (2,1%) пациентов, шизоаффективное расстройство (F25) – 65 (27,4%) пациентов, острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) – 19 (8,0%) пациентов, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 71 (30,0%) пациент, острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 14 (5,9%) пациентов.

При проведении исследования использовался клинический метод, включающий в себя оценку психического статуса больных шизофренией; экзистенциально-феноменологический ана-

лиз их самоотчетов, психодиагностический метод при помощи шкалы экзистенции (ШЭ), которая разработана на основе экзистенциально-аналитической теории А. Лэнгле и адаптирована К. Орглер и И. Н. Майниной [12]. ШЭ позволила определить общий уровень экзистенциальной исполненности у больных с первым манифестным приступом шизофрении, а также ее составляющие: Самодистанцирование (измеряет способность человека отойти на дистанцию по отношению к себе самому), Самоотрансценденция (измеряет способность ощущать ценности, быть затронутым эмоционально), Свобода (охватывает способность находить реальные возможности действия, создавать из них иерар-

хию в соответствии с их ценностью и таким образом приходиться к персонально обоснованному решению.), Ответственность (измеряет способность доводить до конца решения, принятые на основании личных ценностей), Персональность (отражает когнитивную и эмоциональную доступность человека для себя и для мира, открытость восприятия мира и себя самого), Экзистенциальность (способность включаться в жизнь, ориентироваться в мире, приходиться к решениям и ответственно воплощать их в жизнь, меняя ее таким образом в лучшую сторону); математическая обработка результатов проводилась с использованием персонального компьютера в статистическом пакете «MedStat» [13].

### Результаты исследования и их обсуждение

Разработанная на основе личностно-ориентированного подхода к оказанию психиатрической помощи модель экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией, основной целью ставит личностное выздоровление пациентов, повышение уровня их функционирования в различных сферах и качества их жизни при сохранении биологической уязвимости или возможных остаточных симптомов болезни. Если говорить о выздоровлении, то оно может быть:

1. На симптоматическом уровне, когда у человека отсутствуют болезненные симптомы (клиническая ремиссия). Этот уровень выздоровления достигается путем использования терапевтических, а затем поддерживающих доз нейролептиков;

2. На личностно-психологическом уровне, когда человек перестает испытывать душевные страдания, дистресс и наращивает свой психологический ресурс в виде адаптивных механизмов психологической защиты, копинг-стратегий, сильных личностных качеств, устойчивости к стрессу и самоидентичности;

3. На психосоциальном уровне, когда человек способен полноценно функционировать в обществе, строить свою социальную жизнь в различных сферах, взаимодействовать с другими людьми и устанавливать с ними доверительные отношения, отграничивая свое «Я», свою здоровую личность от болезненных симптомов;

4. На более высоком духовном, экзистенциально-личностном уровне, когда человек живет осмысленной продуктивной жизнью, способен оценивать пространство своих возможностей (в условиях ограничений), делать свободный, аутентичный выбор наиболее значимой в данный момент возможности и приступать к ее ре-

ализации, осознавая свою ответственность за конечный результат принятого решения. Данный уровень выздоровления опирается на ценностно-смысловую систему, в соответствии с которой человек ставит перед собой цели, достигая которых, он удовлетворяет наиболее значимые свои потребности в трансценденции и самоактуализации. Такой уровень выздоровления доступен для всех пациентов с шизофренией, особенно на ранних стадиях болезни, так как он безотносителен клиническому состоянию, то есть может быть реализован даже при наличии резидуальных симптомов болезни.

Модель экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией прямо или косвенно влияет на все уровни выздоровления данной категории пациентов. Она основана на содержании потребностей пациентов с шизофренией и экзистенциального потенциала их личности, и включает три реабилитационных модуля (модуль управления и самоуправления болезнью, модуль управления и самоуправления стрессом и собственно модуль экзистенциально-личностного выздоровления). В настоящем исследовании будет рассмотрен в основном последний из представленных модулей. Именно он способствует гармонизации духовной сферы человека, страдающего психическим расстройством, и обеспечивает его выздоровление на экзистенциально-личностном уровне.

Основные, подлинные потребности пациентов с шизофренией были выявлены путем анализа их самоотчетов, относительно ситуации перенесенного психоза. К таким потребностям относятся: 1. «Субъективное ощущение самостоятельности и свободы выбора»; 2. «Обретение смысла жизни»; 3. «Умение чувствовать опас-

ные жизненные повороты, преодолевать их или избегать»; 4. «Сохранение прежних достижений, разума и свободы»; 5. «Понимание смысла долгого лечения»; 6. «Понимание самого себя и мира», «возвращение доверия к себе и к миру»; 7. «Понимание того, зачем был нужен опыт психоза»; 8. «Знание того, что психоз излечим, что после психоза есть жизнь»; 9. «Наличие веры и надежды»; 10. «Знание, что есть те, кому можно доверять и обратиться за помощью»; 11. «Понимание того, что ты не один, что есть люди, которые справились с этим»; 12. Избавление от ду-

шевного страдания и дистресса, разрешении внутренних субъективных проблем и конфликтов, вызванных травмирующей ситуацией, примирении с собой, ситуацией и миром.

Другой важной составляющей реабилитационного процесса является исследование экзистенциального потенциала личности пациентов с шизофренией. Это позволит целенаправленно наращивать в процессе реабилитации те его аспекты, которые требуют оптимизации. Структура экзистенциального потенциала личности пациентов с шизофренией представлена на рисунке 1.



**Рис. 1.** Структура экзистенциального потенциала личности больных шизофренией

Основными структурными элементами экзистенциального потенциала выступают когнитивные, эмоциональные, психологические, мотивационно-волевые и поведенческие ресурсы личности человека, позволяющие раскрывать, реализовывать или позитивно осмыслять основные экзистенциальные данности, которые актуализированы у больных шизофренией.

Как уже было отмечено выше, одним из модулей экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией выступает модуль

экзистенциально-личностного выздоровления, основной целью которого является разработка реабилитационных стратегий, направленных на личностное выздоровление пациентов после перенесенного манифестного приступа психоза с опорой на их реальные потребности и экзистенциальный потенциал.

Диагностический этап данного реабилитационного модуля включающий методический комплекс, позволяющий оценивать показатели экзистенциального потенциала личности пациента с шизофренией, представлен на рисунке 2.

ПОКАЗАТЕЛИ-МИШЕНИ		ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ
1	Показатели личностного восстановления	Шкала оценки оптимизации личностной направленности (RAS), адаптированный вариант
2	Экзистенциальные показатели	Шкала экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер в адаптации И.Н. Майниной
3	Показатели осмысленности жизни и смысложизненных ориентаций	Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д. Крамбо, Л. Махолик в адаптации Д.А. Леонтьева
4	Показатели самостигматизации	Шкала самостигматизации (SSMIS), адаптированный вариант
5	Критерии различных аспектов инсайта	Шкала нарушения осознания психической болезни (SUMD), адаптированный вариант
6	Оценка стрессовых состояний, реакций, стресс-синдромов, расстройств адаптации	Шкала психологического стресса (PSM-25)
7	Стрессоустойчивость	Симптоматической опросник «Самочувствие в экстремальных условиях» (СОС) Волкова А., Водопьяновой Н.Е.
8	Параметры и структура стрессовых ситуаций	Шкала оценки трудности и неопределенности ситуации (ОТНС) Водопьяновой Н.Е.
9	Механизмы психологической защиты	Опросник Келлермана-Плутчика
10	Стратегии совладающего поведения	Опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Норманна С.
11	Личностные особенности	Личностный опросник ММРІ

**Рис. 2.** Комплексная психодиагностика экзистенциального потенциала личности больных шизофренией

Психотерапевтический этап модуля экзистенциально-личностного выздоровления базируется на трех философско-психологических моделях экзистенциально-гуманистического направления – экзистенциальной, позитивной и клиент-центрированной психотерапии, с элементами когнитивно-поведенческой терапии. Основные стратегические направления реабилитационной работы в рамках данного модуля позволяют наращивать экзистенциальный потенциал личности больных шизофренией, что обеспечивает их личностное выздоровление, полноценное социальное функционирование и высокий уровень экзистенциальной исполненности жизни. К та-

ким направлениям относятся:

1. Экзистенциально-феноменологическое исследование психотического способа существования, которое заключается в осознании, осмыслении и реконструкции внутреннего мира переживаний пациентов, изучении субъективности человека, переживающего психоз, и роли экзистенциальных феноменов (изоляции, смерти, свободы, смысла) в этих переживаниях.

2. Психотерапевтическая реконструкция личностной направленности, которая включает:

А) переструктурирование мировоззрения пациентов с формированием новой, более адаптивной системы ценностных и смысложизненных

ориентаций, установок и убеждений; формирование установки на выздоровление.

Б) обозначение пространства возможностей человека с учетом его индивидуальных особенностей и имеющихся вследствие болезни ограничений.

В) поиск и постановка значимых целей и путей их достижения.

Г) повышение уровня мотивации к достижению целей, обнаружение значимых потребностей и возможных путей самоактуализации; помощь в начале осознанного действия (первого шага) на пути к цели.

3. Психотерапия, направленная на повышение психологического ресурса личности, которая включает:

А) программу восстановления и поиска самоидентичности, личностной целостности.

Б) антистигматизационную программу, направленную на профилактику самостигматизации человека.

В) тренинг асертивности и повышения самооценки.

Г) комплекс психотерапевтической коррекции проблемно-решающего поведения больных шизофренией, в основные задачи которого входит формирование адаптивных механизмов психологической защиты и копинг-стратегий, а также повышение уровня устойчивости пациентов к стрессовым воздействиям и коммуникативный тренинг.

Д) тренинг профилактики рецидивов болезни.

4. Психотерапия, направленная на осознание пациентами смысла перенесенного психиатрического опыта, заключается в:

А) обнаружении позитивных аспектов опыта психоза, в том числе опыта переживания экзистенциальной тревоги, изоляции и конфронтации со смертью.

Б) интеграция полученного психиатрического опыта в общий жизненный опыт пациента.

В) уменьшение степени стрессогенности ситуации, связанной с опытом психоза, и снижение обусловленного этим психологического дистресса.

5. Психотерапия личностного выздоровления от болезни, и передача пациенту полномочий.

А) психотерапия смысла и преодоления смысловых потерь.

Б) психотерапия свободы, ответственности и воли.

В) психотерапия, направленная на повышение доверия себе и значимым людям.

Г) позитивная психотерапия процесса выздоровления.

Д) передача-принятие полномочий по осознанному, ответственному управлению пациентами своим лечением и другими аспектами своей жизни.

6. Психотерапия семей пациентов, которая включает психообразовательную работу, повышение стрессоустойчивости членов семьи и профилактику самостигматизации семей.

Как уже было отмечено, основной целью разработанной реабилитационной модели было личностное выздоровление больных шизофренией на начальных стадиях заболевания. Одним из наиболее важных показателей выздоровления является экзистенциальная исполненность, которая отражает личностно-субъективный уровень выздоровления после психической болезни. В связи с этим при помощи ШЭ была изучена динамика экзистенциальных показателей (свободы, ответственности, способности к самодистанцированию и само-трансценденции, доверию себе и миру, способности включаться в жизнь, принимая и реализуя ответственные решения, наполняя свою жизнь смыслом), и суммарного показателя экзистенциальной исполненности на протяжении двухлетнего периода с начала манифестации болезни. Результаты анализа показателей ШЭ в исследуемых группах представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Сравнительный анализ показателей ШЭ у пациентов основной группы

Показатель	После купирования приступа (до реабилитации)	Через 0,5 лет после приступа	Через 1 год после приступа	Через 2 года после приступа	p
SD	23,67±0,43	35,26±0,58* <sup>§</sup>	35,72±0,57* <sup>§</sup>	35,8±0,53* <sup>§</sup>	<0,001
ST	40,7±0,7	61,67±1,04* <sup>§</sup>	62,84±1,02* <sup>§</sup>	62,7±0,98* <sup>§</sup>	<0,001
F	27,38±0,34	47,93±0,69* <sup>§</sup>	49,32±0,65* <sup>§</sup>	49,49±0,63* <sup>§</sup>	<0,001
V	33,55±0,38	57,61±0,85* <sup>§</sup>	58,25±0,82* <sup>§</sup>	58,71±0,75* <sup>§</sup>	<0,001
P (SD+ST)	64,38±0,99	96,93±1,55* <sup>§</sup>	98,56±1,53* <sup>§</sup>	98,51±1,46* <sup>§</sup>	<0,001
E (F+V)	60,93±0,57	105,5±1,43* <sup>§</sup>	107,6±1,4* <sup>§</sup>	108,2±1,3* <sup>§</sup>	<0,001
G (P+E)	125,3±1,35	202,5±2,88* <sup>§</sup>	206,1±2,86* <sup>§</sup>	206,7±2,69* <sup>§</sup>	0,001

Примечание: \* – отличие от показателей до реабилитации статистически значимо (p<0,05); # – отличие от показателей через 0,5 года после манифестации болезни статистически значимо (p<0,05); + – отличие от показателей через 1 год после манифестации болезни статистически значимо (p<0,05); § – отличие от группы сравнения в соответствующий период, статистически значимо (p<0,05).

У пациентов основной группы, включенных в экзистенциально-личностную реабилитацию, общий интегральный показатель экзистенциальной исполненности (G) составил  $125,3 \pm 1,35$  баллов до начала реабилитационных мероприятий, и стал достоверно выше ( $p=0,001$ ) через 0,5 лет ( $202,5 \pm 2,88$  баллов), 1 год ( $206,1 \pm 2,86$  баллов) и 2 года ( $206,7 \pm 2,69$  баллов) после первого манифестного приступа болезни. В группе сравнения, не-

смотря на статистически значимую ( $p<0,001$ ) динамику данного показателя в течение двухлетнего периода после начала болезни ( $109,4 \pm 1,34$  баллов после купирования продуктивной симптоматики, затем  $123 \pm 1,83$  баллов через 0,5 лет,  $127,2 \pm 2,04$  баллов через 1 год и  $127,2 \pm 2,1$  баллов через 2 года), он значимо ( $p<0,001$ ) уступал показателю экзистенциальной исполненности в основной группе на протяжении всего двухлетнего периода.

Таблица 2

### Сравнительный анализ показателей ШЭ в группе сравнения

Показатель	Сразу после купирования приступа	Через 0,5 лет после приступа	Через 1 год после приступа	Через 2 года после приступа	p
SD	$20,1 \pm 0,4$	$21,6 \pm 0,43$	$22,15 \pm 0,43^*$	$22,19 \pm 0,41^*$	$<0,001$
ST	$32,31 \pm 0,67$	$36,89 \pm 0,77^*$	$38,92 \pm 0,87^*$	$38,9 \pm 0,88^*$	$<0,001$
F	$25,55 \pm 0,35$	$31,93 \pm 0,47^*$	$32,85 \pm 0,51^*$	$32,76 \pm 0,54^*$	$<0,001$
V	$31,43 \pm 0,45$	$32,6 \pm 0,5$	$33,27 \pm 0,55$	$33,39 \pm 0,56$	0,067
P (SD+ST)	$52,41 \pm 0,92$	$58,49 \pm 1,09^*$	$61,07 \pm 1,2^*$	$61,1 \pm 1,21^*$	$<0,001$
E (F+V)	$56,98 \pm 0,63$	$64,53 \pm 0,87^*$	$66,12 \pm 0,96^*$	$66,15 \pm 0,99^*$	$<0,001$
G G (P+E)	$109,4 \pm 1,34$	$123 \pm 1,83^*$	$127,2 \pm 2,04^*$	$127,2 \pm 2,1^*$	$<0,001$

Примечание: \* – отличие от показателей на момент купирования приступа болезни статистически значимо ( $p<0,05$ ); # – отличие от показателей через 0,5 года после манифестации болезни статистически значимо ( $p<0,05$ ); + – отличие от показателей через 1 год после манифестации болезни статистически значимо ( $p<0,05$ ).

После окончания курса экзистенциально-личностной реабилитации (то есть через 0,5 лет после манифестации болезни) в основной группе отмечался значительный рост G-показателя, что соответствовало хорошо развитым показателям P-персональности и E-экзистенциальности, наполненности жизни смыслом, которая ощущалась как «полнота жизни». Это свидетельствовало об эффективности проведенных реабилитационных мероприятий в плане повышения субъективной оценки пациентами качества и осмысленности своей жизни, ощущения удовольствия от жизни и субъективного чувства душевного здоровья.

Наличие на протяжении двухлетнего периода после начала шизофрении статистически значимой ( $p<0,001$ ) динамики показателя экзистенциальной исполненности (G), в сторону его улучшения в обеих группах, являлось следствием работы когнитивной и эмоциональной сфер психической деятельности пациентов с шизофренией, наличие внутренних адаптационных ресурсов, направленных на переработку информации и эмоциональных состояний, связанных с опытом психоза и испытанным дистрессом, с целью достижения внутриличностной и психосоциальной адаптации к дальнейшей жизни, направленной на восстановление психического здоровья.

В основной группе статистически значимые

( $p<0,05$ ) изменения на протяжении двухлетнего периода после начала болезни имели место по всем показателям ШЭ, а в группе сравнения – не было выявлено достоверных отличий ( $p=0,067$ ) динамики показателя Ответственность (V), что объяснялось сложными психологическими механизмами, лежащими в основе появления данной личностной особенности, и зависимости ее от сформированной ценностной системы, целей, смысла, осознания свободы выборов и принятия решения. Высокий уровень ответственности, связанный с обязательностью, чувством долга, доведением до конца принятого решения, был в большей мере характерен для пациентов основной группы, что формировало у них готовность к принятию полномочий по осознанному управлению своим заболеванием и своей жизнью.

Низкие средние значения показателя ответственности (менее 41 балла) в группе сравнения, как сразу после купирования продуктивных симптомов, так и на протяжении последующего двухлетнего периода ( $31,43 \pm 0,45$  баллов после купирования продуктивной симптоматики, затем  $32,6 \pm 0,5$  баллов через 0,5 лет,  $33,27 \pm 0,55$  баллов и  $33,39 \pm 0,56$  баллов через 2 года) без достоверного улучшения данного показателя, означало, что пациенты не чувствовали персональной включенности в жизнь, которая в недостаточной



степени ими планировалась и контролировалась, преобладала пассивная позиция в отношении выборов и принятия решений, наблюдалась позиция ожидания и наблюдения за своей жизнью «со стороны». При тревожной форме реакции наблюдался страх перед «шагом» в жизнь после психоза, перед усилиями и проблемами и жизнью с ограничениями. Для того, чтобы человек мог свободно делать выбор и реализовывать его, необходимы были сформированные ориентиры и система ценностей, целей и смыслов. При депрессивной форме реакции здесь преобладало чувство вины, а также страх перед виной и перед «грузом» ответственности от включенности в жизнь. При истерической форме реакции имел место страх перед стесненностью из-за обязательств и социальных ограничений, связанных с болезнью. Это способствовало появлению безответственного, легкомысленного поведения.

После манифестации болезней обеих группах испытуемых показатель самодистанцирования (SD) обнаруживал низкие значения (менее 26 баллов), что означало отсутствие дистанции по отношению к себе, невозможность взглянуть на себя и на ситуацию с некоторой дистанции, освободиться от плена аффектов, страхов, предубеждений, фиксации на внутренних переживаниях, что мешало адекватно воспринимать ситуацию, связанную с опытом психоза, оптимизировать и интегрировать в свой жизненный опыт полученный опыт болезни. Это было во многом связано с тем, что после переживаний психотической действительности у пациентов еще наблюдалось некоторое смятение, потеря ориентации, внутренняя фиксация на болезненном состоянии, несовершенство мышления и недостаточное восстановление функционирования когнитивных процессов, что мешало созданию внутренней дистанции по отношению к себе и объективному отношению к действительности. Несмотря на то, что у пациентов группы сравнения на протяжении двухлетнего периода происходило достоверное улучшение показателя SD ( $p < 0,001$ ), к концу 2-го года после начала шизофрении среднее значение данного показателя ( $22,19 \pm 0,41$  баллов) все же оставалось в пределах низких величин. У пациентов основной группы показатель SD достигал высоких значений ( $35,26 \pm 0,58$  баллов) уже через 0,5 лет после начала болезни, то есть к моменту завершения реабилитационной программы, и оставался в пределах этих значений до конца 2-го года. Таким образом, благодаря экзистенциально-личностной реабилитации у пациентов ос-

новной группы с увеличением значения показателя самодистанцирования, улучшалась способность восприятия и ясности в отношении ситуации, связанной с психозом и дальнейшей жизни, внимание больных не было привязано к болезненным симптомам, а переносилось вовне, дистанцированность по отношению к себе при этом увеличивалась.

Так как самодистанцирование является предпосылкой для самотрансценденции, которая проявляется в способности ощущать ценности, эмоционально откликаться, ориентироваться в действиях на смысл, а не только на цель, воспринимать экзистенциальную значимость происходящего, показатель самотрансценденции (ST) изменялся в группах аналогично показателю SD. Так, в обеих группах средние значения показателя ST соответствовали низкому уровню ( $40,7 \pm 0,7$  баллов в основной группе и  $32,31 \pm 0,67$  балла в группе сравнения,  $p > 0,05$ ) в период после купирования психотических симптомов, до начала реабилитационного лечения в основной группе пациентов. Однако через 0,5 лет значения данного показателя статистически значимо ( $p < 0,001$ ) стали выше в основной группе ( $61,67 \pm 1,04$  балл) по отношению к группе сравнения ( $36,89 \pm 0,77$  баллов), и продолжали достоверно ( $p < 0,05$ ) улучшаться у пациентов основной группы, составляя  $62,7 \pm 0,98$  балла к периоду 2 года после манифестации первого приступа болезни, а в группе сравнения показатель ST составил  $38,9 \pm 0,88$  баллов, что соответствовало низкому уровню (менее 58 баллов) показателя. В этой связи у пациентов группы сравнения отмечались недостаток эмоциональности, неуверенность, скудность в отношениях с миром и людьми, трудности в восприятии чувств и ценностей. В то же время у пациентов основной группы, у которых отмечался рост показателя ST, обогащался эмоциональный внутренний мир и способность чувствовать ценностные основания и на них ориентироваться; доверие своим чувствам, давало возможность интуитивно постигать ситуации и сопереживать другим людям, что делало его открытым и готовым к встрече с новым – к самотрансценденции как выходу за пределы себя.

Показатель Персональность (P), объединяющий в себе средние значения показателей SD и ST, характеризовал степень когнитивной и эмоциональной открытости восприятия человеком мира и самого себя. Значение показателя P в группах имело аналогичные зависимости, какие отмечались у показателей SD и ST. В группе

сравнения значение показателя Р было низким (менее 86 баллов) на протяжении всего исследуемого временного периода, а в основной группе низкие значения ( $64,38 \pm 0,99$  баллов) персональности имели место до начала реабилитационных мероприятий, достоверно ( $p < 0,001$ ) увеличивались через 0,5 лет и оставались на высоком уровне через 2 года после первого приступа психоза. Низкие значения Р указывали на закрытость человека, что было связано с душевной нагрузкой и дистрессом вследствие переживания болезни и ее медицинских и социальных последствий. По мере роста показателя Р увеличивалась «открытость в отношении мира» и в отношении обхождения с самим собой.

Показатель Свободы (F) на момент купирования продуктивных симптомов в обеих группах соответствовал низким значениям (менее 37 баллов), однако у пациентов, прошедших затем экзистенциально-личностную реабилитацию, он достоверно ( $p < 0,001$ ) увеличивался и соответствовал высокому значению показателя, как через 0,5 лет ( $47,93 \pm 0,69$  баллов), так и через 1 год ( $49,32 \pm 0,65$  баллов), и через 2 года ( $49,49 \pm 0,63$  баллов). В группе сравнения на протяжении всего исследуемого периода показатель F соответствовал низким значениям ( $25,55 \pm 0,35$  баллов) после купирования симптоматики психотического приступа,  $31,93 \pm 0,47$  балл через 0,5 лет,  $32,85 \pm 0,51$  балла через 1 год и  $32,76 \pm 0,54$  балла через 2 года). При межгрупповом сравнении значение данного показателя в соответствующие временные периоды статистически значимо ( $p < 0,001$ ) различалось в группах. Так, после прохождения реабилитации пациенты были способны видеть имеющиеся возможности ситуации, соотносить их с внутренними потребностями, ценностями и особенностями личности, что вело к ясности в принятии решения. Важным при этом было то, чтобы на фоне реально возможного человек увидел самое для него важное, то, на основании чего можно судить, свободно выбирать и решать. Позитивный опыт выборов и принятых важных решений привносил чувство свободы. Низкие значения F, наблюдаемые у пациентов группы сравнения, означали неспособность принимать решения, нерешительность и неуверенность в собственных решениях. Препятствия для осуществления свободы, как человеческой способности, могли иметь разные причины. Тревожная форма реакции была связана неуверенностью и страхом перед возможными последствиями выбора, поэтому такие пациенты предпочитали подчиняться решению друго-

го, а не самостоятельно принимать решения. При депрессивной форме реакции пациенты не решались на активные действия в связи с отсутствием силы, при этом низкие показатели по шкале F сочетались с высокими показателями ST. При истерической форме реакции пациенты видели много возможностей, но не знали, чего они сами хотят, поэтому при выборе возникало чувство «разорванности» и растерянности, что часто было связано с высоким показателем SD. При отсутствии экзистенциальности (E) была характерна пассивная, фаталистическая жизненная установка о том, что решения ни к чему не приведут и ничего не смогут изменить, они ощущались как бессмысленные. Чем выше был показатель F, тем легче пациенты находили возможности для действий и принятия решений.

Значения показателя Экзистенциальности (E), который измерял способность решительно и ответственно идти в мир, включаться в жизнь, был одинаково низко выражен (менее 81 балла) в обеих группах ( $60,93 \pm 0,57$  баллов в основной группе и  $56,98 \pm 0,63$  баллов,  $p > 0,05$ ) в период, непосредственно следовавший после купирования психотических симптомов психоза, и до начала реабилитационных мероприятий в основной группе. В процессе получения экзистенциально-личностной реабилитации, у пациентов основной группы отмечалось достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение значения показателя E через 0,5 лет ( $105,5 \pm 1,43$  баллов), 1 год ( $107,6 \pm 1,4$  баллов) и 2 года ( $108,2 \pm 1,3$  баллов) после начала болезни. С увеличением показателя E у пациентов основной группы росла степень решимости и ответственности за лечение своего заболевания и за свою жизнь, росла способность ориентироваться в мире, приходить к решениям и ответственно воплощать их в жизнь, меняя ее таким образом в лучшую сторону. Тем самым жизнь становилась более аутентичной, о чем также свидетельствовало равнозначное увеличение показателей F и V. В группе сравнения, пациенты которой получали только фармакотерапию, значение показателя экзистенциальности было статистически значимо ( $p < 0,05$ ) ниже ( $64,53 \pm 0,87$  баллов через 0,5 лет,  $66,12 \pm 0,96$  баллов через 1 год и  $66,15 \pm 0,99$  баллов через 2 года,  $p < 0,05$ ), чем в основной группе, что указывало на образ жизни пациентов после психоза, в котором решения принимались с трудом, имело место бездействие и неуверенность в принятии решений, неуверенность в своем «экзистенциальном месте» в жизни, необязательность, незнание того, что нужно делать, малая способность выдерживать нагрузки, чувствитель-

ность к помехам, склонность начинать действовать на основании внешних побуждающих причин без внутреннего соотнесения. При этом в структуре показателя E отмечалась комбинация показателей  $F > V$ , что свидетельствовало о склонности пациентов группы сравнения перекладывать ответственность на других людей (родственников, врачей и др.).

Таким образом, экзистенциально-личностная

реабилитация больных с первым манифестным приступом шизофрении, разработанная на основе изучения реальных потребностей пациентов и исследования экзистенциального потенциала их личности, доказала свою эффективность в отношении улучшения показателя экзистенциальной исполненности, приближая тем самым личностное выздоровление указанной категории пациентов.

*О.І. Осокіна*

## **ЕКЗИСТЕНЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОСОБИСТОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА ЕКЗИСТЕНЦІЙНА СПОВНЕНІСТЬ ЇХНЬОГО ЖИТТЯ**

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У даній статті проведено осмислення початку шизофренії, як кризової життєвої ситуації для людини. Розглянуто можливість особистісного одужання даної категорії пацієнтів. З цією метою на підставі вивчення потреб хворих на шизофренію і дослідження їх екзистенційного потенціалу, розроблена модель екзистенційно-особистісної реабілітації. Розглянуто структуру екзистенційного потенціалу хворих на шизофренію, визначений психодіагностичний методичний комплекс багаторівневого дослідження особистісних ресурсів, які складають цей потенціал. Шляхом використання шкали екзистенції (К. Орглер, Н.І. Майніна, 2007) вивчена динаміка екзистенційних показників та екзистенційної сповненості впродовж двох років з моменту початку шизофренії. Зроблено висновки щодо ефективності екзистенційно-особистісної реабілітації по відношенню до поліпшення показника екзистенційної сповненості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 2 (34). — С. 57-67).

*O. Osokina*

## **EXISTENTIAL POTENTIAL OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND EXISTENTIAL FULFILLMENT OF THEIR LIFE**

M. Gorky Donetsk national medical university

The article was devoted to the understanding of the onset of schizophrenia, as a crisis situation for the person. There was considered the possibility of personal recovery in this category of patients. For this aim there was developed a model of existential-personal rehabilitation of patients with schizophrenia, based on the study of their needs and their existential potential. There was described the structure of the existential potential of schizophrenia patients and developed psychodiagnostic methodical complex of multilevel study the personal resources that make up this potential. By using the Existential Scale (K. Ogler, N. Majnina, 2007) there was studied the dynamics of existential indicators and existential fulfillment of schizophrenia patient's life for two years since the onset of the disease. There was concluded that the existential-personal rehabilitation effectively improves the existential fulfillment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 57-67).

### *Литература*

1. Абрамов В. А. Жизнь с психическим расстройством: экзистенциально-личностные аспекты выздоровления / В. А. Абрамов, О. И. Осокина, Б. Б. Ивнев – Донецк : Каштан, 2014. – 424 с.
2. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис общ.ред. и предесел. / Э. Эриксон, А.В. Толстых. – М.: Прогресс, 1996. – 344 с.
3. Абрамов В. А. Личностно-ориентированная психиатрия (ценностно-гуманистические подходы к оказанию психиатрической помощи) / В. А. Абрамов, О. И. Осокина, Г. Г. Путятин – Донецк : Каштан, 2014. – 300 с.
4. Осокина О. И. Стигматизация больных, перенесших первый эпизод психоза / Осокина О. И. // Журнал «Медицинская психология». – 2009. - №.1 – Т.2. – С. 46 – 51.
5. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – Москва : Класс, 1999. - 265 с.
6. Мэй Р. Экзистенциальная психология / Р. Мэй. – К.: «PSYLIB», 2005. – 171 с.
7. Екзистенційно-гуманістична психотерапія у системі функціонального відновлення хворих з першим психотичним епізодом : метод. рекоменд. / [Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І.

Осокіна та ін.] – Донецьк, 2013. – 36с.

8. Кривцова С. В. Шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Орглер / С. В. Кривцова, А. Лэнгле, К. Орглер // Экзистенциальный анализ. – 2009. - № 1. – С. 141 – 170.

9. Лэнгле А. Психопатология и экзистенциальные темы в шизофрении / А. Лэнгле // Московский психотерапевтический журнал. – 2008. – Т. 59, № 4. – С. 37 – 57.

10. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. 2-е, испр. изд. / Д. А. Леонтьев – М.: Смысл, 2003. – 487 с.

11. Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд). Класифікація психічних і поведінкових розладів. – СПб. : АДИС, 1994. – 304 с.

12. Майніна І. Н. Адаптація Шкал екзистенції А. Лэнгле, К. Орглер к русскоязычной выборке: дипломная работа / И. Н. Майніна. – М. : МГУ, 2007. – 194 с.

13. Лях Ю. Е. Анализ результатов медико-биологической исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов // Вестн. гигиены и эпидемиологии. – 2004. – Т. 8. - № 1. – С. 155 - 167.

Поступила в редакцию 24.03.2014

УДК 616.89-008.444.9-083

*Е.М. Денисов***ОЦЕНКА РИСКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: факторы риска, агрессивное поведение, риск возникновения, шизофрения, госпитальная агрессия

Агрессивное поведение – очень сложный феномен, который имеет несколько различных аспектов, таких как объекты агрессии, выраженность агрессии, частота возникновения, причины и последствия агрессивного поведения [83,84].

Проблема агрессивного поведения в психиатрии всегда была и остаётся актуальной, негативно влияя на пациента, его семью, медицинский персонал и на общество в целом [7,10,11,13,22,38,48]. В частности, близкие родственники чаще всего становятся объектом насилия со стороны пациентов [82]. Известно, что повышенный уровень агрессии сохраняется в первые дни после госпитализации [24].

В 1980-1990 –е гг. было опубликовано несколько обзоров по агрессии среди психических больных [20,41,53,60,71,79]. В основном в этих работах констатировалась достаточно высокая распространённость агрессивного поведения среди пациентов психиатрических стационаров [44,50,53,57,70,73,79,87], однако риск получения серьёзных повреждений и вреда здоровью оценивался как небольшой [35,38,50,79]. Большинство эпизодов агрессии возникает в отношении среднего медицинского персонала [44,50,73]. Частым следствием попыток проявления агрессивных эпизодов становится заключение больных в отдельную палату или механическое сдерживание (фиксация) в пределах постели.

Некоторые исследования показывают, что пациенты с тяжёлыми психическими расстройствами находятся в группе риска по агрессивному поведению [4,82], а психиатрические стационары собирают вместе большое количество психически больных, причём зачастую в условиях большой скученности, стеснённости и наличия раздражающих факторов [36,40]. Однако проведено лишь незначительное число исследований, касающихся пациентов, получающих стационарную помощь и представляющих особый риск в отношении агрессивного поведения. Хотя местные факторы, такие как небрежное отноше-

ние и отсутствие контроля со стороны персонала, могут увеличить риск агрессии [21,32], существуют определённые группы пациентов, для которых риск агрессивного поведения выше, чем для других.

Агрессия, являясь феноменом не только клиническим, но и социальным, соответственно не имеет универсального определения [15,37]. Традиционно в широком понимании агрессией являются угрозы и насильственные действия, в отличие от насилия, которое подразумевает только действия [12,43]. Выделяют два типа агрессивного поведения, сопровождающегося насильственными действиями: когнитивное (криминальное) и эмоциональное (связанное с имеющимся психическим расстройством [24,46]). Для более чёткого понимания данных феноменов может служить использование определения агрессии как «направленного усиления психомоторной активности», в отличие от возбуждения, которое не имеет вектора [1,18].

Агрессивное поведение включает в себя целый ряд феноменов или актов, а именно, атакующие, оборонительные действия, а также вербальные угрозы. К агрессивному поведению относятся такие проявления как словесные оскорбления, хлопанье дверьми и прочие аналогичные действия. При этом во избежание смешения понятий выделяются «тяжёлые» и «нетяжёлые» проявления агрессии [12,71].

При тяжёлых проявлениях агрессии пострадавшему наносится физическая травма. Также к тяжёлым проявлениям агрессии относят действия, сопровождающиеся поджогами, разрушением предметов, разбрасыванием мебели. Значение установления вида агрессивного поведения, приводящего к проявлению насилия, трудно переоценить. Была ли агрессия вторичной по отношению к психическому расстройству («медицинская агрессия»), импульсивной или преднамеренной [27,56] имеет важное значение. Полезность идентификации и выделения агрессии вследствие непосредственного психического

расстройства в том, что она может быть полностью взята под контроль эффективным медикаментозным лечением. A.R. Felthous с соавт. (2008) [48] выделили следующие виды агрессивного поведения:

1) Импульсивная агрессия – много эмоций и мало мыслей, «горячая кровь», внезапная агрессия.

2) Спонтанная агрессия – мало и эмоций и мыслей (безразличная агрессия).

3) Компulsiveная агрессия – большое количество и мыслей и эмоций (спланированная эмоциональная агрессия).

4) Преднамеренная агрессия – мало эмоций и много мыслей (хладнокровная и запланированная агрессия).

Согласно концепции G. Ammon [17] различают конструктивный, деструктивный и дефицитарный вариант агрессии. Конструктивный вариант предполагает высокий уровень психической активности, разнообразие интересов, широту социальных контактов, оптимизм, тенденцию к отрицанию каких-либо затруднений и проблем, интерес к окружающим людям, отсутствие психопатологических черт характера. Для деструктивного варианта характерны импульсивность, недостаточная объективность в оценке реальности, пренебрежение к морально-этическим нормам, повышенная ригидность аффекта, злопамятность, критическое отношение к окружающему вместе с неуверенностью в себе и окружающих, тревожная мнительность, а также склонность драматизировать ситуацию. При дефицитарном варианте к данным особенностям присоединяются невротические черты личности: переживание бездарности и безнадежности, повышенная лабильность эмоциональных процессов, беспокойство о своём здоровье, избыточный самоконтроль, что приводит к нарастанию социальной изолированности, снижению интереса к межличностному общению, снижению способности устанавливать и развивать взаимоотношения с другими людьми.

Агрессия в психиатрических стационарах в общем случае может рассматриваться как взаимодействие индивида с внешней средой, в которой он находится. Таким образом, как особенности индивида, так и особенности его окружения могут вносить свой вклад в уравнение, содержащее факторы риска возникновения агрессии [39,40,49,69]. Для некоторых пациентов риск возникновения агрессивного поведения настолько низок, что они будут оставаться пассивными и послушными при любых, даже самых неблагоприятных обстоятельствах.

Для других пациентов риск настолько велик, что любые обстоятельства с высокой вероятностью вызывают агрессивную реакцию. Большинство пациентов находятся между этими двумя крайностями, и определение для них степени риска и изменение окружения или плана лечения могут сыграть основную роль в снижении риска возникновения агрессивного поведения [61,71].

Что касается ситуационных факторов, которые могут увеличивать риск возникновения агрессивного поведения в условиях психиатрического стационара, в нескольких исследованиях были обнаружены специфические факторы, увеличивающие число случаев насилия среди психиатрических пациентов в стационаре. Как было отмечено в исследовании S. Bellus и соавт. (1999) [21], увеличение хаоса и снижение контроля со стороны персонала в условиях психиатрического стационара приводят к увеличению вероятности возникновения в отделении инцидентов, связанных с агрессивным поведением больных. Пусковым моментом для внутрибольничной агрессии может быть даже определённое время суток. Например, анализ случаев внутрибольничной агрессии, проведенный в психиатрической больнице Англии за 17 лет [52], показал, что случаи внутрибольничной агрессии чаще возникают во время приёма пищи, раздаче лекарств и смены медицинского персонала, т.е. те моменты, когда возрастает «хаос» в отделении и снижается контроль со стороны персонала.

Большую роль в распространённости внутрибольничной агрессии в пределах отделения играют также опытность персонала и некоторые другие качества [35,65]. Потенциальное влияние могут оказывать и личностные особенности медицинских работников. В ходе одного из исследований пациентов и персонала психиатрических стационаров [42,74] было обнаружено, что возникновение случаев с агрессивным поведением более вероятно у персонала с небрежным контролем или плохими коммуникационными способностями. Очевидно, что обучение персонала, опыт работы, коммуникационные навыки являются потенциальными факторами, снижающими вероятность агрессивного поведения. Также одним из прогностических факторов является соотношение числа больных к числу медицинского персонала. Исследование J. Cunningham и соав. [36], показало, что для молодого и менее опытного персонала более вероятно возникновение напряжённых ситуаций с участием больных отделения.

Известно, что непосредственно причинами агрессивного поведения у психически больных часто становятся социальные, семейные и другие факторы, прямо не связанные с симптомами болезни. Социальный фактор включает в себя экономическую, криминальную и культуральную составляющие. В частности, социальными факторами риска развития агрессии являются воспитание в неполной семье, развод, а также бедность и проживание в индустриальных городах [80,82,87].

Риск развития агрессии при различных психических заболеваниях сильно варьируется. Опасность агрессивного поведения возрастает при коморбидности психического расстройства со злоупотреблением алкоголем или другими психоактивными веществами. Причём уровень агрессии при этом увеличивается в 3-4 раза [55,81]. Имевшие место у пациента агрессивные действия в прошлом являются ещё одним важным фактором риска агрессии [68,74]. Наличие в анамнезе суицидальной попытки является предиктором риска развития агрессии [6,9].

Важными факторами риска агрессии являются аномалии развития в детстве [71]. Здесь в качестве маркеров чаще упоминаются:

- 1) диагностированный синдром дефицита внимания и гиперактивности;
- 2) трудности в обучении в школе, низкий интеллект;
- 3) насилие со стороны родителей;
- 4) жестокое обращение ребёнка с животными;
- 5) случаи поджогов;
- 6) делинквентное поведение в пубертате.

В отличие от криминальной агрессии агрессивное поведение у психически больных, как правило сопровождается аффектами злости, гнева, страха. Наличие в психическом статусе больного этих аффектов также является фактором риска агрессии [19,26].

М.Е. Jonson [58] просуммировала результаты наиболее достоверных исследований агрессивного поведения психически больных в условиях стационара. Она разделила исследованные факторы риска агрессии на следующие категории: 1) переменные, связанные с медицинским персоналом (демографические показатели, опыт работы, удовлетворенность работой); 2) переменные, связанные с условиями отделения (время суток, место возникновения инцидентов в отделении, обеспечение персоналом, наблюдение, контингент больных); 3) переменные, связанные с взаимодействием больных (взаимодей-

ствие персонала и пациентов, отношения между пациентами, принудительный стиль взаимодействия персонала и больных); 4) переменные, связанные с больными.

Сходным образом К. Chou и соавт. [33] провели обзор литературы по факторам, не связанным с больными, которые влияли на поведение пациентов: окружение в отделении (время суток, чрезмерные стимулы) и факторы, связанные с медицинским персоналом (уровень образования, опыт работы, отсутствие фамильярности в общении с персоналом, жёсткий график работы, недостаток обучения по контролю агрессивного поведения).

T.R. Anderson с соавт. [18] провели детальный обзор этих переменных и ранних признаков агрессивного поведения и, учитывая большое количество связанных с пациентами факторов агрессивного поведения в условиях стационара, заключили, что оценка риска возникновения агрессии не может проводиться только на основании клинического диагноза. Авторы выделили факторы риска на четыре группы: факторы предрасположенности (демографические, когнитивные, личностные); ситуационно обусловленные факторы (восприимчивость к стрессу, социальная поддержка, способ агрессивного поведения); клинические факторы (психопатологические симптомы и диагноз заболевания, функционирование, злоупотребление психоактивными веществами) и анамнестические факторы (предыдущая госпитализация, предыдущие эпизоды агрессивного поведения, социальные факторы).

Относительно такого демографического фактора, как пол, проведенные исследования даёт расходящиеся результаты. Так, S.Benjaminsen с соавт. [23] провели проспективное исследование агрессии в Датской психиатрической больнице на 94 койки. Семьдесят пациентов совершили 157 актов агрессивного поведения, что составило 1,4 случаев за год на одно койко-место. Авторы обнаружили, что процент мужчин в группе пациентов, проявлявших агрессивное поведение, значительно превосходил процент мужчин в группе с неагрессивным поведением.

Вместе с тем A.Soliman и H. Reza [81] обнаружили, что половая принадлежность не была статистически значима связана с агрессивным поведением: пациенты мужского пола составляли 50,4% поступлений за этот период и 57,1% среди пациентов, проявлявших агрессивное поведение. T. Steiner и соавт. [83] также установили, что пол не является значимым демографи-

ческим фактором. Необходимо отметить, что E. Stalenheim и соавт. [82] в ходе 2-х недельного исследования обнаружили, что пациенты женского пола более склонны к вербальной агрессии, нежели пациенты мужского пола.

T.R. Anderson с соавт. [18] изучили роль половой принадлежности пациентов в агрессивном поведении и пришли к выводу, что в общей популяции мужчины в большей степени склонны к агрессивному поведению, чем женщины, причём с их стороны агрессивное поведение носит более выраженный характер и с большей вероятностью может привести к нанесению ущерба. Однако такая закономерность не является, по всей видимости, достоверной у психически больных людей.

Результаты исследований связи возраста и агрессивного поведения также даёт различные результаты. K. Chou и соавт. [33] исследовали структуру и выраженность агрессивного поведения в Тайване и провели оценку связи агрессии с персоналом, окружением и особенностями пациентов. Исследование было проведено в 7 острых отделениях 4 психиатрических стационаров. Авторы проанализировали 855 случаев агрессии у 287 пациентов и оценили выраженность агрессивного поведения по шкале наблюдения персонала за агрессивным поведением (Staff Observation Agression Scale); из 855 зарегистрированных случаев агрессии 741 (86,7%) расценивались как легкие, 112 (13,1%) как умеренные, и 2 (0,2%) как тяжёлые. Авторы работы обнаружили, что средний возраст пациентов составлял 33,6 года, а наибольшее количество случаев агрессивного поведения возникало у пациентов 20- и 30-летнего возраста. Однако при исследовании внутрибольничной агрессии T.R. Anderson с соавт. [18] пришли к выводу, что в общей популяции возраст является общеизвестным фактором риска агрессивного и криминального поведения и что этот фактор риска остаётся столь же значимым и в популяции психически больных. Тем не менее они также заключили, что, как и в случае остальных факторов риска, возраст должен рассматриваться в свете ситуационно-обусловленных факторов, таких как, психическое состояние и окружение пациента.

Многие исследователи изучали диагноз на момент поступления в качестве основного возможного фактора риска агрессии. В сущности, делать какие-либо заключения о степени риска агрессивного поведения только на основании диагноза невозможно [54,78]. В тоже время в

большом количестве исследований выделяются определённые заболевания [76], такие как шизофрения с антисоциальной психопатией [77,89], шизофрения с осложнением в виде злоупотребления алкоголем или наркотиками [5], или осложнённой черепно-мозговой травмой [12], умственная отсталость [13,14], депрессия [66] биполярное аффективное расстройство [70], вплоть до того, что клинический диагноз действительно может являться самостоятельным фактором риска агрессивного поведения.

Некоторые исследователи обращали основное внимание на особенности психических заболеваний, которые могут использоваться в качестве прогностических факторов внутрибольничной агрессии [1-3,8,9]. К сожалению, данные, касающиеся этой области, достаточно фрагментарны и разрознены. При исследовании симптомов шизофрении было показано, что тяжесть негативных симптомов, таких как дезориентация и социальная изоляция, связана с агрессивным поведением, в то время как продуктивные симптомы не обнаруживают такой связи [45, 55,86]. В других исследованиях была обнаружена связь продуктивной симптоматики и агрессивного поведения [19].

Обычно агрессивные действия при различных психопатологических состояниях имеют свою структуру и особенности. У больных параноидной шизофренией риск развития агрессии выше в сравнении с другими диагностическими категориями, причём во время госпитализации они редко проявляют агрессию [33]. Агрессивное поведение у больных шизофренией чаще развивается в периоды обострения симптоматики [70,72]. Максимальный уровень агрессии наблюдался у больных перед госпитализацией, сохраняясь высоким в первые сутки нахождения в стационаре, а затем быстро снижался [62,71]. В ряде других исследований было показано, что агрессия существенно снижается сразу после госпитализации [21]. У пациентов с параноидной шизофренией агрессивные действия могут тщательно планироваться, использоваться оружие, обычно они направлены против конкретных лиц из круга общения больного.

В ходе проведенного ранее исследования T. Steinert и соавт. [83] выявили, что в литературе нет согласованного мнения о том, связаны ли психопатологические особенности пациентов с агрессивным поведением после поступления в стационар. Однако они отметили, что некоторые авторы [28, 29, 87,88] ранее констатировали связь

агрессивного поведения с наличием бреда. Исходя из этого, Т. Steinert и соавт. [83] провели исследование для определения связи между психопатологическими проявлениями у пациентов на момент поступления в стационар и последующим агрессивным поведением в стационарных условиях. Исследование проводилось в Ульме (Германия); были обследованы 199 последовательно поступивших в острое отделение пациентов (88 мужчин и 111 женщин).

Исследователи обнаружили наличие сильной связи между психопатологическими проявлениями при поступлении и последующим агрессивным поведением пациентов, хотя некоторые расстройства были более точными прогностическими факторами, чем другие. Несмотря на то, что Т. Steinert и соавт. [83] получили более хорошие результаты в отношении прогностических факторов последующей агрессии, чем другие авторы [63, 68, 90], исследователи посчитали, что это связано с тем, что они ставили целью прогнозировать не отдельные случаи, а общий уровень агрессивного поведения во время госпитализации, в основном случаи выраженной агрессии. Значительно сложнее прогнозировать отдельный случай незначительной агрессии, на который может повлиять большое количество обстоятельств, таких, как взаимодействие с медицинским персоналом, родственниками или другими пациентами [63, 68]. Такие обстоятельства описывают как факторы риска, связанные с взаимодействием. М.Е. Johnson [58] на основании серии исследований агрессивного поведения психически больных пациентов пришла к заключению, что принудительный стиль общения персонала с пациентами является важным прогностическим фактором.

А.Е.Д. Soliman и Н. Reza [81] провели другое ретроспективное исследование в течение 12 месяцев в 1997 и 1998 гг. в условиях трех психиатрических отделений (53 койки) и отделения интенсивной терапии (8 коек) для определения факторов риска агрессивного поведения. Это исследование отличается от всех проведенных ранее тем, что в нем пациентов, проявлявших агрессивное поведение в условиях стационара, сравнивали с общей популяцией больных и со случайной выборкой пациентов, не проявлявших агрессии. В этом исследовании агрессивное поведение определялось как инцидент, во время которого пациент пытался причинить вред окружающим (медицинскому персоналу, посетителям или другим пациентам) или нанести вред имуществу. Случаи словесных оскорблений или

нанесения самоповреждений исключались из оценки, кроме случаев, когда они сопровождались нанесением вреда окружающим или имуществу.

Большая часть случаев агрессии по степени тяжести определялась как средняя, что соответствует результатам других исследований [50, 56]. М. Pearson с соавт. [75] оценивали тяжесть эпизодов агрессии с помощью Шкалы наблюдения медицинского персонала за агрессией (Staff Observation Aggression Scale); 49 пациентов совершили 105 актов агрессии, что соответствует 0,22 случаев агрессии на поступление в стационар в год. Углубленный анализ клинических данных уверил авторов в том, что исследование представляет собой точную оценку истинной распространенности агрессивного поведения на момент проведения исследования и что в исследовании не занижается реальная распространенность агрессивного поведения психически больных. Авторам не удалось повторить результаты предшествующих исследований, в которых была обнаружена связь шизофрении и агрессивного поведения [23,50,51,75,87,88]. В соответствии с более ранними исследованиями расстройства личности были связаны с агрессивным поведением. Злоупотребление психоактивными веществами также было связано с более высоким риском внутрибольничной агрессии: у агрессивных пациентов без шизофрении отмечался более высокий риск наличия сопутствующих расстройств личности по сравнению с неагрессивными пациентами.

Что касается вопроса о наличии связи между клиническим диагнозом шизофрении и агрессивным поведением, Т.Р. Anderson и соавт. [18] обнаружили, что некоторые психические симптомы могут быть связаны с большим риском возникновения агрессии; авторы утверждают, что у пациентов с диагнозом «шизофрения» предрасположенность к агрессивному поведению может определяться скорее набором симптомов, а не собственно диагнозом шизофрении. Они утверждают, что ощущение угрозы (что мысли и действия контролируются какой-то внешней силой) представляет наибольшую опасность в отношении возникновения агрессии.

В ходе исследования, проведенного в Нью-Йорке, М.Р. Serper и соавт. [80] исследовали факторы, имевшие место до поступления в стационар, и факторы, связанные с окружением пациента в больнице, определявшие развитие агрессивного поведения в течение 2-х недель после госпитализации у 118 пациентов с остры-



ми психотическими расстройствами (96 мужчин и 22 женщины). Авторы обнаружили, что некоторые когнитивные и диагностические факторы могли использоваться с прогностическими целями для определения вероятности агрессивного поведения в течение 2 недель после госпитализации. Пациенты обследовались с помощью краткой шкалы психиатрической оценки (Brief Psychiatric Rating Scale) и Калифорнийского вербального теста на обучение (California Verbal Learning Test) в течение 48 часов после поступления. В течение 2-х недель после поступления дневники в истории болезни оценивались с помощью проспективной шкалы оценки внешней агрессии (ROAS). Для трех переменных, учитываемых в ROAS (общая, другая и словесная агрессия), значимые различия были обнаружены по демографическим, нозологическим и прогностическим факторам. В отношении словесной агрессии значимым прогностическим фактором являлось наличие только злоупотребления психоактивными веществами в анамнезе. Менее вероятно словесная агрессия была у пациентов с сопутствующим злоупотреблением психоактивными веществами или с шизофренией. Сходная схема наблюдалась и в случае общей агрессии.

Для пациентов с менее выраженным нарушением запоминания и долговременной памяти было более вероятно совершение актов агрессии в отношении себя и окружающих. Однако авторы признают, что значительным ограничением данного исследования является ретроспективность оценки.

Потенциально опасным в плане риска развития агрессии является бред воздействия [12,15]. Было показано, что в 52% случаев больные получают «приказы» совершить самоубийство, в 5% - убийство, в 12% - нанести повреждение себе или другим и только в 14% - действия, не сопряженные с агрессией [13].

Степень реализации галлюцинаторных переживаний зависит от многих причин, в том числе от конкретной окружающей ситуации, личностных особенностей больного, актуальности «голосов». Считается, что при императивном галлюцинозе пациенты выполняют от 10 до 80% приказов [71].

Уровень готовности к выполнению «приказов» обычно снижается, если команды воспринимаются больными как опасные (убийство, самоубийство), а также у госпитализированных пациентов. Риск готовности к реализации «команд» существенно повышается при наличии у больных бредовой трактовки галлюцинаторных

переживаний, а также, если больной слышит «голоса» близким ему людей [90]. Риск агрессии выше при остром бреде, сопровождающимся выраженным аффектом страха, при бреде преследования или отравления; при систематизированном бреде; при явлениях бредовой дереализации и при бреде ревности. Одновременное наличие бреда преследования, бреда воздействия и императивных галлюцинаций значительно повышают вероятность развития агрессии [47,59]. Считается, что «вклад» «постороннего контроля над мыслями» наиболее существенен [11].

Когортные катамнестические исследования при шизофрении показывают, что пациенты чаще совершают акты насилия в первые годы болезни [67]. Более низкий уровень агрессии у длительно болеющих пациентов шизофренией связывают с нарастанием у них негативной симптоматики. Таким образом, негативная симптоматика является фактором, снижающим вероятность агрессии. Кроме того, более высоким уровнем агрессии характеризуются часто госпитализируемые больные. В работе М. Krakowski и соавт [60] было показано, что пациенты, госпитализированные более 10 раз чаще бывают агрессивными. Необходимо отметить, что тяжёлые проявления агрессии характерны для больных с параноидной симптоматикой и эпизодами агрессии в прошлом. Тогда как нетяжёлые проявления агрессии сопряжены со злоупотреблением алкоголем, дефицитом социальной поддержки и межличностными проблемами.

М.Е. Arango с соавт. [19] показали, что клинические переменные пациента, такие как диагноз и симптомы, являются более точными прогностическими факторами агрессивного поведения, чем демографические показатели. Данные литературы показывают, что чем тяжелее психопатологические проявления, тем больше риск возникновения агрессивного поведения. Например, в ходе исследования S.Benjaminsen с соавт. [23], проведенного в датской больнице, было показано, что пациенты с параноидной шизофренией чаще обнаруживали агрессивное поведение. Также наблюдалась тенденция к агрессивному поведению у пациентов в мании. А.Soliman и Н. Reza [83] обнаружили, что диссоциальные и эмоционально неустойчивые расстройства личности (антисоциальное или пограничные расстройства личности) при наличии сопутствующих психических заболеваний были связаны с высоким риском внутрибольничной агрессии. Кроме этого, К. Chou и соавт. [33] показали, что наличие психотического расстрой-

ства у пациента статистически связано с агрессивным поведением.

Агрессивное поведение у маниакальных больных обычно направлена на случайных лиц, может быть немотивированной либо спровоцированной малозначительными факторами: высказанными замечаниями, ограничениями, недоброжелательными взглядами. В отличие от больных шизофренией, риск агрессии сохраняется в стационаре, после госпитализации [71].

Проявление агрессии у депрессивных пациентов относительно редки. Обычно вектор агрессии направлен на себя (аутоагрессия), однако при условиях раздражительности, достигающей иногда уровня ярости, она может реализовываться и на других. В отдельных случаях суицидальные мысли сопровождаются с идеями ухода из жизни вместе с близкими (чаще это люди, зависящие от больного – дети, больные родственники). У женщин с суицидальными мыслями это необходимо выявлять.

Исследование личностных черт пациентов оказалось перспективным в отношении прогнозирования внутрибольничной агрессии. Импульсивность имеет большое значение в качестве прогностического фактора развития агрессии. Так в исследовании 385 госпитализируемых мужчин, совершивших правонарушения с агрессивным поведением [16], импульсивность и антисоциальные черты личности были статистически значимыми прогностическими факторами для внутрибольничной агрессии в отделении. Таким образом, даже в выборке из пациентов с агрессивным поведением в анамнезе импульсивность служит значимым прогностическим фактором агрессии. В тоже время результаты этого исследования необходимо интерпретировать с некоторой осторожностью, так как можно спорить о том, что исходная частота импульсивности в популяции правонарушений выше, чем в общей популяции психически больных.

В одном из исследований [84] проводилась оценка связи импульсивности, суицидальных наклонностей и агрессии у 61 пациента судебно-психиатрического стационара. Были обнаружены значимые различия между пациентами с суицидальными намерениями и суицидальными попытками в анамнезе, совершившими правонарушениями с агрессивными действиями, по сравнению с такими же правонарушениями без суицидальных наклонностей. В случае пациентов с суицидальными наклонностями, совершивших правонарушения с проявлением насилия, отмечалась большая степень импульсивности.

Эти результаты позволяют предположить, что некоторые пациенты в большей степени подвержены агрессивному поведению, агрессии и самоубийству в связи с индивидуальной склонностью к более слабому контролю импульсивного поведения и его регуляции.

Было обнаружено, что мужчины находящиеся в режиме условно-досрочного освобождения под честное слово после преступлений, совершённых с применением насилия, более подвержены выбору быстрых, «импульсивных» действий, вместо отсроченных по времени «лучших» вариантов поведения, по сравнению с мужчинами, находящимися на тех же условиях освобождения после преступлений без применения насилия [34].

Кроме того, было показано, что социальная изоляция лиц с депрессией является фактором риска развития агрессивного поведения. Например, в ходе исследования детей, обучающихся в младших классах [79], было обнаружено, что подгруппа социально изолированных детей (активная незрелая изоляция) соответствовала большему риску возникновения агрессивного поведения. Очевидно, социальная изоляция также является фактором риска агрессивного поведения среди пациентов с нарушением когнитивной функции, проживающих в домах престарелых с медицинским обслуживанием [31]. Хотя в популяции пациентов с психическими заболеваниями высок риск социальной изоляции, исследования этой переменной в качестве прогностического фактора агрессивного поведения остаются очень немногочисленными. Депрессия особенно сильно связана с агрессивным поведением родителей по отношению к собственным детям. Например, в ходе исследований 49 родителей, проходивших лечение по поводу физического насилия над детьми, степень выраженности депрессии, обнаруживала значимую корреляцию с агрессивными действиями в отношении детей [66]. Авторы пришли к выводу, что агрессивное поведение в этой группе было, по всей видимости, импульсивным и вызвано реакцией гнева в ответ на негативные стимулы или события. Таким образом, депрессия и импульсивность связаны с факторами риска агрессии родителей по отношению к детям.

Другим важным клиническим фактором, связанным с высоким риском внутрибольничной агрессии, является недобровольная госпитализация [58, 73, 75]. Было показано, что агрессивных пациентов чаще направляют в стационар недобровольно [76].

К. Chou и соавт. [33] обнаружили, что продолжительность госпитализации является значимым фактором, связанным с агрессивным поведением. Было установлено, что агрессия возникает достаточно рано при госпитализации и агрессивные пациенты склонны к более длительному лечению в стационаре. А.Е.Д. Soliman и Н. Reza [83] обнаружили выраженную связь между продолжительностью госпитализации и агрессией, хотя результаты показывают, что продолжительность госпитализации не является фактором, способствующим возникновению агрессивного поведения у большинства больных. Средняя продолжительность госпитализации до возникновения агрессивного поведения составляла 38 дней. Кроме того, авторы показали, что для агрессивных пациентов были свойственны более частая смена терапии и большая потребность в седативных препаратах. Роль продолжительности госпитализации понятна, так как пациенты, плохо отвечающие на терапию, в большей степени склонны к длительной госпитализации, нежели быстро отвечающие на терапию. Это может определять более высокий риск агрессивного поведения в связи с более тяжелой психической патологией [30].

Агрессивное поведение в анамнезе (особенно недавние эпизоды) являлось одним из наиболее важных факторов, связанных с внутрибольничной агрессией [18, 33, 57]. Эти данные подтверждаются результатами исследований других авторов [16, 25, 64, 83]. Нанесение самоповреждений в анамнезе также связано с высоким риском внутрибольничной агрессии. А.Е.Д. Soliman и Н. Reza [83] обнаружили, что госпитализация в связи с суицидальным поведением не является прогностическим фактором агрессивного поведения в стационаре. Однако суицидальные тенденции в анамнезе были связаны с ростом риска внутрибольничной агрессии. Это позволяет предположить, что суицидальные тенден-

ции (агрессия, направленная вовне) связаны с возникновением агрессии, направленной извне.

М.Е. Johnson [58] выявила другие значимые прогностические факторы агрессивного поведения: раннее начало психического заболевания, нарушение адаптации в преморбидном периоде и алкоголизм. Иными анамнестическими факторами риска агрессивного поведения являются природа и степень агрессии в отношении пациента [18] или указание на то, что пациент был жертвой агрессии [58].

Т. Steinert и соавт. [85] обнаружили, что повторная госпитализация является значимым прогностическим фактором агрессивного поведения у пациентов с психотическими расстройствами. К. Chou и соавт. [33] отмечают, что курение в анамнезе также является прогностическим фактором в отношении агрессии.

Таким образом, с помощью связанных с пациентами переменных, являющихся прогностическими факторами агрессии у психически больных, установлены такие клинические диагнозы, как шизофрения, мания, психоз и некоторые органические синдромы. Другими прогностическими факторами, связанными с пациентами, являются недобровольная госпитализация и агрессивное поведение в анамнезе. Проведенные в последнее время исследования выявили большое количество прогностических факторов агрессивного поведения у пациентов, однако до сих пор не разработано четких критериев и шкал оценки, а также отмечаются существенные расхождения по прогностической значимости выделенных факторов у различных авторов. Кроме того, даже при тщательной оценке статуса пациента на момент поступления в стационар вероятность агрессивного поведения может быть предсказана врачом лишь с очень низкой долей достоверности, что может быть отчасти связано с необъективностью оценки при отсутствии разработанных критериев и шкал.

*Є. М. Денисов*

## **ОЦІНКА РИЗИКУ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПСИХІЧНО ХВОРИХ**

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Проведені останніми роками дослідження виявили велику кількість прогностичних факторів агресивної поведінки психічно хворих. Проте в даний час не розроблено чітких критеріїв і шкал оцінки ризику агресії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 2 (34). — С. 68-77).

## RISK ASSESSMENT OF AGGRESSIVE BEHAVIOUR OF PSYCHIATRIC PATIENTS

Donetsk National Medical University by M. Gorkiy

Recent research has revealed a large number of predictors of aggressive and violent behavior of mentally ill patient but as yet no clearly defined, explicit criteria and assessment scale have been developed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 68-77).

## Литература

1. Бецов С.Г. Роль социально-психологических факторов в формировании агрессивного поведения у лиц с легкой умственной отсталостью // Серийные убийства и социальная агрессия. — Ростов н/Д, 1998. — С. 36–38.
2. Боброва И.Н., Мохонько А.Р. Ранняя диагностика психических заболеваний — один из факторов профилактики общественно-опасных действий // Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии. — М., 1986. — С. 39–43.
3. Бутома Б.Г. Варианты проявления агрессивного поведения при некоторых соматических и психических заболеваниях // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1992. — № 2. — С. 122–126.
4. Бэррон Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб.: Питер, 1997. — 336 с.
5. Васильева Н.В. Маркеры психоорганического синдрома и агрессивности в тесте Люшера // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. — М.: 1996. — С. 285–286.
6. Вандыш-Бубко В.В. Органическое психическое расстройство и агрессивность: принципы и некоторые модели судебно-психиатрической экспертизы // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 227–233.
7. Дмитриева Т. Б., Шостакович Б.В. Психопатология и агрессивное поведение: Материалы 13-го съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 204.
8. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Агрессия и психическое здоровье — СПб.: Юридический центр-пресс, 2002. — 460 с.
9. Земская А.Г., Иова А.С., Сокарэ К.М. и др. Основные критерии оценки клинических вариантов агрессивных расстройств поведения у больных эпилепсией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1983. — № 6. — С. 855–859.
10. Зомер М. Динамика опасности психически больных и условия для их лечения // Соц. и клин. психиатрия. — 1994. — № 4. — С. 71–76.
11. Кирдин П.В. Агрессивные действия психически больных внутри психиатрического стационара // Рос. психиатр. журн. — 2001. — № 6. — С. 28–31.
12. Кондратьев Ф.В., Осколкова С.Н., Василевский В.Г. Шизофрения и убийства: новые ракурсы проблемы. Вопросы профилактики агрессивных действий больных шизофренией // Агрессия и психическое здоровье. — СПб.: Юридический центр-пресс, 2002, с. 142–174.
13. Мохонько А.Р., Щукина Е.Я. Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, совершивших общественно опасные действия // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 275–284.
14. Шостакович Б.В. Психические расстройства и преступность // Механизмы человеческой агрессии: Сборник. — М.: Изд-во ВНИИ МВД РФ, 2000. — С. 150–159.
15. Шостакович Б.В. К вопросу об опасности психически больных // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 320–328.
16. Aiken G.J.M. Assaults on staff in a locked ward: prediction and consequences // Med. Sci. Law. — 1984. — Vol. 24. — P. 199–207.
17. Ammon G. ISTA (Ich-Structur Test von Ammon) // Dynamische Psychiatrie. — Munchen: «Pinel» Verlag GmbH, 1980. — S. 43–48.
18. Anderson T.R., Bell C.C., Powell T.E. et al. Assessing psychiatric patients for violence // Commun. Mental Health J. — 2004. — Vol. 40. — P. 379–399.
19. Arango C., Barba A., Gonzalez-Salvador T. et al. Violence in inpatients with schizophrenia: A prospective study // Schizophr. Bull. — 1999. — Vol. 25. — P. 493–503.
20. Aquilina C. Violence by psychiatric inpatients // Med. Sci. Law. — 1991. — Vol. 31. — P. 306–312.
21. Bellus S, Vergo J, Kost P, et al. Behavioral rehabilitation and the reduction of aggressive and self-injurious behaviors with cognitively impaired, chronic psychiatric inpatients // Psychiatr. Q. — 1999. — Vol. 70. — P. 27–37.
22. Bensley L., Nelson N., Kaufman J. et al. Injuries due to assaults on psychiatric hospital employees in Washington State // Am. J. Ind. Med. — 1997. — Vol. 31. — P. 92–99.
23. Benjaminsen S., Gutzche-Larsen K., Norrie B., et al. Patient violence in a psychiatric hospital in Denmark. Rate of violence and relation to diagnosis // Nord. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 50. — P. 233–242.
24. Bjorkly S. A ten-year prospective study of aggression in a special secure unit for dangerous patients // Scand. J. Psychol. — 1999. — Vol. 40. — P. 57–65.
25. Blomhoff S., Seim S., Friis S. Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? // Hosp. Commun. Psychiatry. — 1990. — Vol. 41. — P. 771–775.
26. Borum R. Improving the clinical practice of violence risk assessment // Am. Psychol. — 1996. — Vol. 51. — P. 945–956.
27. Bowers L., Nijman H., Palmstierna T. et al. Issues in the measurement of violent incidents and the introduction of a new scale: the «attacks» (attempted and actual assault scale) // Acta Psychiatr. Scand. Suppl. — 2002. — Vol. 106, suppl. 412. — P. 106–109.
28. Buchanan A. Risk and dangerousness // Psychol. Med. — 1999. — Vol. 29. — P. 465–473.
29. Buchanan A. The investigation of acting on delusions as a tool for risk assessment in the mentally disordered // Br. J. Psychiatry. — 1997. — Vol. 170, suppl. 32. — P. 12–16.
30. Chang J.C., Lee C.S. Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients // Psychiatr. Serv. — 2004. — Vol. 55. — P. 1305–1307.
31. Chen Y., Ryden M., Feldt K. et al. The relationship between social interaction and characteristics of aggressive, cognitively impaired nursing home residents // Am. J. Alzheimer's Dis. — 2000. — Vol. 15. — P. 10–17.
32. Cherek D., Moeller G., Dougherty D. et al. Studies of violent and nonviolent male parolees: II. Laboratory and psychometric measurements of impulsivity // Biol. Psychiatry. — 1997. — Vol. 41. — P. 523–529.
33. Chou K., Lu R., Mao W. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan // Arch. Psychiatr. Nurs. — 2002. — Vol. 16. — P. 187–195.
34. Cocozza J.J., Steadman H.J. Prediction in psychiatry: an example of misplaced confidence in experts // Soc. Problems. — 1978. — Vol. 25. — P. 265–276.
35. Cooper A.F., Mendonca J.D. A prospective study of patient assaults on nurses in a provincial psychiatric hospital in Canada // Acta Psychiatr. Scand. — 1991. — Vol. 84. — P. 163–166.
36. Cunningham J., Conner D., Miller K. et al. Staff survey results and characteristics that predict assault and injury to personnel working in mental health facilities // Aggressive Behav. — 2003. — Vol. 29. — P. 31–40.
37. Daffern M., Howells K. Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches // Aggression Violent Behav. — 2002. — Vol. 7. — P. 477–497.
38. Davies S. Assaults and threats on psychiatrists // Psychiatr. Bull. — 2001. — Vol. 25. — P. 89–91.
39. Dolan M., Doyle M. Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the psychopathy checklist // Br. J. Psychiatry. — 2000. — Vol. 177. — P. 303–311.
40. Doyle M., Dolan M. Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgments for the formulation and management of risk // J. Psychiatr. Mental Health Nurs. — 2002. — Vol. 9. — P. 649–657.
41. Drinkwater J., Gudjonsson G.H. The nature of violence in psychiatric hospital // Clinical Approaches to Violence / Eds K. Howells, R. Hollin. — N.Y.: Wiley, 1989. — P. 287–307.
42. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design // J. Psychiatr. Mental Health Nurs. — 2002. — Vol. 9. — P. 325–337.
43. Eaton S., Ghannam M., Hunt N. Prediction of violence on a psychiatric intensive care unit // Med. Sci. Law. — 2000. — Vol. 40. — P. 143–146.
44. Edwards J.G., Jones D., Reid W.H. et al. Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital // Am. J. Psychiatry. — 1988. — Vol. 145. — P. 1568–1571.
45. Ehmann T., Ross D., Au T. et al. Aggression among patients with treatment refractory psychoses // Schizophr. Res. — 1997. — Vol. 24. — P. 14.
46. Eronen M., Hakola P., Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland // Arch. Gen. Psychiatry. — 1996. — Vol. 53. — P. 497–501. — P. 216–221.
47. Famularo R., Fenton T., Kinscherff R. et al. Mother and child

post-traumatic stress disorder in cases of child maltreatment // *Child Abuse Negl.* – 1994. – Vol. 18. – P. 27–36.

48. Fisher W.A. Restraint and seclusion: a review of the literature // *Am. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 151. – P. 1584–1591.

49. Flannery R.B., Hanson M.A., Penk W.E. Risk factors for psychiatric inpatient assaults on staff // *J. Mental Health Adm.* – 1994. – Vol. 21. – P. 24–31.

50. Fottrell E. A study of violent behaviour among patients in psychiatric hospitals // *Br. J. Psychiatry.* – 1980. – Vol. 136. – P. 216–221.

51. Fottrell E., Bewley T., Squizzonni M.A. A study of aggressive and violent behavior among a group of inpatients // *Med. Sci. Law.* – 1978. – Vol. 18. – P. 66–69.

52. Gudjonsson G., Rabe-Hesketh S., Wilson C. Violent incidents on a medium-secure unit over a 17-year period // *J. Forensic Psychiatry.* – 1999. – Vol. 10. – P. 249–263.

53. Hall H., Ebert R. *Violence Prediction: Guidelines for the Forensic Practitioner.* – Springfield: Charles C. Thomas, 2002.

54. Haller R.M., Deluty R.H. Assaults on staff by psychiatric inpatients: a critical review // *Br. J. Psychiatry.* – 1988. – Vol. 152. – P. 174–179.

55. Hodelet N. Psychosis and offending in British Columbia: Characteristics of a secure hospital population // *Criminal Behav. Mental Health.* – 2001. – Vol. 11. – P. 163–172.

56. Hoptman M., Yates K., Patalinjug M. et al. Clinical prediction of assaultive behavior among male psychiatric patients at a maximum-security forensic facility // *Psychiatr. Serv.* – 1999. – Vol. 50. – P. 1461–1466.

57. James D.V., Fineberg N.A., Shah A.K. et al. An increase in violence on an acute psychiatric ward: a study of associated factors // *Br. J. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 156. – P. 846–852.

58. Johnson M.E. Violence on inpatient psychiatric units: state of the science // *J. Am. Psychiatr. Nurs. Assoc.* – 2004. – Vol. 10. – P. 113–121.

59. Kho K., Sensky T., Mortimer A. et al. Prospective study into factors associated with aggressive incidents in psychiatric acute admission wards // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172. P. 38–43.

60. Krakowski M., Convit A., Jaeger J. et al. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients // *Am. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 146. – P. 849–853.

61. Lanza M.L., Kayne H.L., Hicks C. et al. Environmental characteristics related to patient assault // *Issues Ment. Health Nurs.* – 1994. – Vol. 15. – P. 319–335.

62. Lewis A.H.O., Webster C.D. General instruments for risk assessment // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 17. – P. 401–405.

63. Lidz C.W., Mulvey E.P., Gardner W. The accuracy of predictions of violence to others // *JAMA.* – 1993. – Vol. 269. – P. 1007–1011.

64. McNiel D., Binder R. Screening for risk of inpatient violence: validation of an actuarial tool // *Law Hum. Behav.* – 1994. – Vol. 18. – P. 579–586.

65. McNiel D.E., Binder R.L., Greenfield T.K. Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients // *Am. J. Psychiatry.* – 1988. – Vol. 145. – P. 965–970. *Am. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 146. – P. 849–853.

66. Mammen O., Kolko D., Pilkonis P. Negative affect and parental aggression in child physical abuse // *Child Abuse Negl.* – 2002. – Vol. 26. – P. 407–424.

67. Mawson D. *Violence in hospital // Principles and Practice of Forensic Psychiatry / Eds R. Bluglass, P. Bowden.* – Edinburgh: Churchill Livingstone, 1990. – P. 641–648.

68. McNiel D.E., Binder R.L. Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric inpatients // *Am. J. Psychiatry.* – 1991. – Vol. 148. – P. 1317–1321.

69. McNiel D.E., Binder R.L. Correlates of accuracy in

the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence // *Am. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 152. – P. 901–906.

70. Miller R., Zadolinsky K., Hafner R. Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations // *Am. J. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 150. – P. 1368–1373.

71. Monahan J., Steadman H.: *Violence risk assessment: A quarter century of research // The Evolution of Mental Health Law / Eds L. Frost, R. Bonnie.* – Washington: American Psychological Association, 2001.

72. Needham I., Abderhalden C., Meer R. et al. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study // *J. Psychiatr. Mental Health Nurs.* – 2004. – Vol. 11. – P. 595–601.

73. Noble P., Rodger S. Violence by psychiatric inpatients // *Br. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 155. – P. 384–390.

74. Owen C., Tarantello C., Jones M. et al. Violence and aggression in psychiatric units // *Psychiatr. Serv.* – 1998. – Vol. 49. – P. 1452–1457.

75. Pearson M., Wilmot E., Padi M. A study of violent behaviour among inpatients in a psychiatric hospital // *Br. J. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 149. – P. 232–235.

76. Rasmussen K., Levander S. Crime and violence among psychiatric patients in a maximum security psychiatric hospital // *Crim. Just. Behav.* – 1996. – Vol. 23. – P. 455–471.

77. Rasmussen K., Levander S. Violence in the mentally disordered: A differential clinical perspective // *Issues Criminology Legal Psychol.* – 1995. – Vol. 24. – P. 127–130.

78. Rubin K., Mills R. The many faces of social isolation in children // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1988. – Vol. 56. – P. 916–924.

79. Shah A.K., Fineberg N.A., James D.V. Violence among psychiatric inpatients // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1991. – Vol. 84. – P. 305–309.

80. Sjostrom N., Eder D., Malm U. et al. Violence and its prediction at a psychiatric hospital // *Eur. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 16. – P. 459–465.

81. Soliman A.E.D., Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients // *Psychiatr. Serv.* – 2001. – Vol. 52. – P. 75–80.

82. Stalenheim E. Relationships between attempted suicide, temperamental vulnerability and violent criminality in a Swedish forensic psychiatric population // *Eur. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 16. – P. 386–394.

83. Steinert T., Sippach T., Gebhardt R. How common is violence in schizophrenia despite neuroleptic treatment? // *Pharmacopsychiatry.* – 2001. – Vol. 33. – P. 98–102.

84. Steinert T., Woelfle M., Gebhardt R.P. Aggressive behaviour during inpatient treatment. Measurement of violence Steinert 138 during inpatient treatment and association with psychopathology // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 102. – P. 107–112.

85. Steinert T. Prediction of inpatient violence // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2002. – Vol. 106, suppl. 412. – P. 133–141.

86. Tardiff K. Characteristics of assaultive patients in private hospitals // *Am. J. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 141. – P. 1232–1235.

87. Tardiff K., Sweillam A. Assaultive behavior among chronic inpatients // *Am. J. Psychiatry.* – 1982. – Vol. 139. – P. 212–215.

88. Taylor P.J., Gann J. Homicides by people with mental illness: myth and reality // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174. – P. 9–14.

89. Wang E., Diamond P. Empirically identifying factors related to violence risk in corrections // *Behav. Sci. Law.* – 1999. – Vol. 17. – P. 377–389.

90. Whittington R., Wykes T. An observational study of associations between nurse behaviour and violence in psychiatric hospitals // *J. Psychiatr.* 43. James D.V., Fineberg N.A., Shah A.K. et al. An increase in violence on an acute psychiatric ward: a study of associated factors // *Br. J. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 156. – P. 846–852.

Поступила в редакцию 18.01.2014

УДК 615.851.82:811.161 Чехов]:614.253

*И.И. Кутько, В.А. Терёшин, Н.А. Пересадин***ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТВОРЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ И БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПИСАТЕЛЯ И ВРАЧА А.П. ЧЕХОВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ОБОСНОВАНИЕ ЧЕХОВОТЕРАПИИ)**

Харьковский институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Ключевые слова: психотерапия, деонтология, творческое наследие А.П. Чехова

*«Он любил давать врачебные советы и следил за научной и практической медициной по периодической литературе. Отношение его к больным отличалось трогательной заботливостью и мягкостью: видно было, что в нем, враче, человеческое достигало высокой степени, что способность сострадать, переживать вместе с больным его страдания была присуща не только ему как человеку, но еще более как врачу- человеку».*

**Профессор Г.И. Россолимо (1860-1928)**

Богатейшее наследие мирового искусства и всемирной культуры включает в себя огромное количество произведений талантливых и даже гениальных авторов, получивших (что особенно интересно для читателей-медиков) базисное медицинское образование и имевших врачебную практику, что давало им и непосредственные материалы для создания тех или иных творческих проектов. Среди широко известных писателей-медиков обычно принято называть Франсуа Рабле, Фридриха Шиллера, Артура Конан-Дойла, Арчибальда Кронина, Станислава Лема, Сомерсета Моэма, а также философа и литератора, нобелевского лауреата Альберта Швейцера. Весомый вклад в литературу внесли и русскоязычные писатели-врачи. Среди них – Викентий Вересаев, Владимир Даль (Казак Луганский), Михаил Булгаков, Николай Амосов, Виталий Коротич, Василий Аксёнов, Фёдор Углов, Юрий Щербак, Владимир Найдин и многие другие как ушедшие из жизни так и ныне здравствующие. Среди этого далеко не полного перечня писателей-врачей имя Антона Павловича Чехова стоит совершенно особо в силу ряда обстоятельств. Проживший всего 44 с половиной года Чехов написал огромное количество рассказов, юморесок, литературных зарисовок, повестей, пьес (спектакли по этим пьесам уже более века успешно ставятся в ведущих театрах мира – от США до Японии). Чехов тесно общался и со-

стоял в переписке с выдающимися современниками Л.Н. Толстым, А.М. Горьким, И.А. Бунинным, А.И. Эртелем, А.С. Сувориным, А.Ф. Кони и другими замечательными людьми. В одной из своих многочисленных записных книжек писатель сделал такую запись: «Хорошо, если бы каждый из нас оставлял после себя школу, колодезь или что-нибудь вроде, чтобы жизнь не проходила и не уходила в вечность бесследно» [9]. Что касается А.П. Чехова, то прекрасно известно, что помимо богатого литературного наследия (Полное академическое собрание сочинений и писем писателя включает 30 (!) томов) этот высокогуманный человек оставил после себя фруктовые сады, шоссеиную дорогу, городскую библиотеку, медицинский пункт и четыре сельские школы [2].

Известный русский издатель и журналист А.С. Суворин, характеризуя Чехова подчёркивал: «Всё, что он делал, он делал необыкновенно просто. Строил ли он школу, а он построил несколько, помогал ли кому, принимал ли в ком участие, он исполнял всё это как будто в силу какой-то врождённой обязанности, самой простой. Казалось, человек жил, ничем не задаваясь, жил потому, что родился, но всё то, что близко ему было, что находило отклик в его душе, всё это получало от него какую-то здоровую теплоту. Его душа была так богата прекрасными дарами, что всякий, приближавшийся к нему,

испытывал это» [1]. В своё время Б.М. Шубин (автор неоднократно переиздававшейся в издательстве «Знание» книги «Доктор А. П. Чехов»), собирая материалы о жизни, творчестве и медицинской работе великого писателя, заказал и просмотрел в одном из самых богатых библиотечных фондов Москвы трёхтомный труд Л.Ф. Змеева «Русские врачи-писатели», выходявший в Санкт-Петербурге в 1886-1888 гг., однако ни о В.И. Дале, ни об А.П. Чехове не нашёл, к сожалению, никаких данных.

Сегодня мы располагаем обширной чеховианой. «Загадка Чехова», его необыкновенная личность, беспрецедентное творческое наследие и креативный потенциал многие десятилетия волновали и продолжают волновать большое количество литературоведов, филологов, писателей, художников сцены и иных разного рода исследователей. О нём с большой любовью и искренним уважением писали и коллеги по перу: Л. Толстой, М. Горький, В. Короленко, Д. Мережковский, К. Чуковский, И. Эренбург, Б. Зайцев, Г. Газданов, А. Труайя, Л. Леонов, А. Моруа и многие другие. В 1954 году у известного писателя русского зарубежья Бориса Зайцева в Нью-Йорке в книжном издании имени Чехова (!) вышла в свет литературная биография Антона Павловича, а на следующий год Нобелевский лауреат Иван Бунин издал нашумевшую книгу «О Чехове»... Об Антоне Павловиче и его многочисленных произведениях написаны тысячи статей, сотни монографий и брошюр, по многим его рассказам и пьесам сняты популярные кино – и телефильмы, а спектакли «Вишнёвый сад», «Три сестры», «Дядя Ваня» постоянно идут на самых знаменитых театральных подмостках всего мира.

О Чехове же как о деятеле медицины мы знаем относительно немного: известна монография Е.Б. Меве [7], существует несколько изданий книги «Доктор А.П. Чехов», принадлежащей перу Б.М. Шубина, некоторым эпизодам врачебной работы великого писателя, бывшего к тому же незаурядным медиком, посвящены отдельные места в нескольких биографических, библиографических и мемуарных информационных источниках [1,5-12]. Общество, как правило, называет словом «писатель» человека, создающего литературные произведения, а не научно-исследовательские работы. Популярный французский писатель и литературовед Андре Моруа прозорливо подчёркивал, что писатели и врачи «относятся к человеческим существам со страстным вниманием: и те и другие забывают о себе ради

других людей». И тем не менее общество и его институты не всегда бывают позитивно настроены и внимательны к врачам, ставшим писателями... В чём же заключается тайна и до сих пор нерасшифрованный «код» Чехова? Как случилось, что родившийся в глубинке на юге России в многодетной семье не очень успешного (как сказали бы сегодня) предпринимателя, всю жизнь «выдавливавший из себя по капле раба», писавший с юношеских лет заметки в многочисленные юмористические издания, окончивший медицинский факультет Московского университета стал всемирно признанным автором, творчество и личность которого покорили миллионы людей во всём мире?

Кратко коснёмся биографических данных А.П. Чехова.

Нам представляется, что род знаменитого писателя имел своеобразный «ген охоты к перемене мест». Это личностно-психологическое качество с особой силой проявилось у основоположника рода Евстафия Чехова (кстати, в биографическом очерке Бориса Зайцева, упоминавшемся выше, имя указано несколько иное – Евстратий). Евстафий Чехов был потомком беглых переселенцев, которые ещё в первой половине XVIII века основали село Ольховатка Воронежской губернии (тогда оно принадлежало Острогожскому уезду, давшему, кстати, известнейшего художника Николая Крамского, гениального поэта Самуила Маршака, философа Николая Станкевича и других известных деятелей культуры, науки и искусства). Видимо, всё же можно говорить о наличии некоего «гения места» (термин П. Вайля и А. Гениса), позволяющего рождаться в Луганске Владимиру Далю, в Воронежской Ивану Бунину, в ростовских казачьих краях Михаилу Шолохову...

Но вернёмся к семье Чеховых, к её генеалогическому древу. Прадед писателя Михаил Евстафиевич родился в 1762 году (за 99 лет до отмены крепостного права в России), а его прославленный правнук появился на свет в Таганроге всего за один год до этой навсегда оставшейся в исторической памяти даты. В своём письме к А.И. Эртелю А.П. Чехов писал: «Моя фамилия тоже ведёт своё начало из воронежских недр, из Острогожского уезда. Мой дед и отец был крепостным у Черткова». Дед писателя Егор Михайлович Чехов 1789 года рождения в возрасте 31 год (довольно поздно для того времени) женился на Ефросинье Емельяновне Шимко 1806 года рождения (она была на 17 лет моложе своего супруга); получается так, что де-

вухе было в момент замужества всего 14 лет! Фрося Шимко проживала в казачьей слободе с поэтическим названием Зайцевка Богучарского уезда Воронежской губернии. Эта слобода находилась в верховьях реки Фёдоровки в 50 верстах в сторону Старобельского тракта от Богучара. Происходила Ефросинья из украинской семьи, её родители занимались коневодством и торговали лошадьми. Егор Михайлович Чехов был вполне уважаемым женихом – он владел грамотой и был управляющим на Ольховатском сахарном заводе, а кроме того занимался откормом бычков и этот успешный «бизнес» позволил ему выкупиться из крепостной зависимости в 1841 году (на двадцать первом году совместного проживания с Ефросинией) за 875 рублей серебром (3500 рублей ассигнациями). «Именно жизни, стихии он (А.П.Чехов) наследовал от предков, да и упорства. Сил было достаточно, но и преодолевать приходилось немало, с раннего детства, довольно сурового», – писал в литературной биографии Чехова Борис Зайцев. Отец будущего писателя Павел Егорович Чехов имел бакалейную лавку с претензиозной вывеской «Чай, кофе и другие колониальные товары. Обанкротившись, скрываясь от многочисленных долгов отец, мать и братья Антоши, а также его сестра перебрались в Москву в 1876 году (Антону тогда было 16 лет и он остался один). Обучаясь в таганрогской гимназии, юноша зарабатывал на жизнь частными уроками, принимал участие в гимназическом рукописном журнале «Досуг», а также в любительских спектаклях. В 1877-1878 годах Антон Чехов сочинил свои первые драматические произведения и юморески.

До сих пор не до конца ясно почему по окончании гимназии в 1879 году Чехов решил поступать в Московский университет на медицинский факультет. Почему подающий достаточно ощутимые литературные надежды молодой человек не захотел идти в писатели или журналисты, а твёрдо выбрал врачебную стезю? Как известно, два последних года учения в Таганрогской гимназии перед поступлением в университет Антон жил один, без своих родных. Его старшие братья уже учились в Москве, мать и отец с остальными домочадцами также перебрались в «белокаменную». Во время своих гимназических каникул Антон ездил к старшему брату в Москву и знакомился со старинным университетом, который произвёл на юношу неизгладимое оптимизирующее впечатление. При заполнении гимназической выпускной анкеты Чехов отметил, что

желает поступать именно в Московский университет на медицинский факультет. Этого же сильно хотела и мать будущего писателя, которая в одном из писем к сыну восклицала: «Скорей кончай в Таганроге учение, да приезжай, пожалуйста, скорее, терпенья не достаёт ждать, и непременно по медицинскому факультету иди, уважь меня, самое лучшее занятие». Вполне вероятно, что Антон «уважил» матушку и утвердился во мнении о выборе в качестве будущей профессии медицинской специальности.

Не исключено также, что это решение вызревало самостоятельно и раньше, о чём свидетельствуют данные упоминавшейся чеховской анкеты. Уезжая из родного города, Антон Чехов не раз говорил знакомым, что едет в Москву учиться на доктора. Таким образом, можно вполне допустить, что собственные мысли о выборе жизненного пути и настоятельная просьба матери повлияли на то, что 10 августа 1879 года Антон Чехов подал заявление о зачислении на медицинский факультет Московского университета. В сентябре того же года на этот факультет были зачислены около 450 студентов, в том числе и выпускник гимназии и таганрогский стипендиат А.П. Чехов. Начались годы интенсивных и плодотворных учений и пора шумного студенчества. Весёлый, смешливый юноша Чехов был в то же время довольно серьёзным и очень трудолюбивым студентом. Он всегда посещал лекции и практические занятия, «его было видно и в аудиториях и лабораториях; и экзамены он сдавал добросовестно, переходя аккуратно с курса на курс...» [5]. В годы студенчества Чехов посылал юмористические заметки и литературные зарисовки в различные журналы («Стрекоза», «Москва», «Будильник» и др.), но на писательскую деятельность он в то время смотрел только как на средство заработка, дающее возможность существовать семье. В Московском университете в те годы преподавали такие блестящие учёные и клиницисты, как Г.А. Захарьин, А.А. Остроумов, Н.В. Склифосовский, А.И. Бабухин, А.Я. Кожевников, В.Ф. Снегирёв и другие. Сокурсниками Чехова были будущий крупный невропатолог Г.И. Россолимо, создатель первого в России бактериологического института Г.А. Габричевский и другие.

Любимым наставником А.П. Чехова в Московском университете был Александр Богданович Фохт, который в течение тридцати лет руководил кафедрой общей патологии, им и его школой были заложены основы отечественной (российской) экспериментальной кардиологии. Боль-



шой след в творческой жизни А.П. Чехова оставил врач и педагог профессор Г.А.Захарьин (1829-1897) и ученик Г.А. Захарьина Алексей Александрович Остроумов. Большой заслугой профессора-клинициста А.А. Остроумова (1844-1908) стало то, что этот передовой исследователь одним из первых применил дарвинские идеи биологической эволюции в практике внутренней медицины. Ощутимое влияние на деятельность Чехова как врача-общественника и гигиениста оказали труды профессора Ф.Ф. Эрисмана (1842-1915) – основоположника научной гигиены и общественной медицины в России. Чехов с большим вниманием слушал лекции Эрисмана, тщательно изучал и конспектировал его работы перед своей поездкой на Сахалин. К разнообразным вопросам социальной медицины, встречавшимся в его врачебной работе, Чехов подходил с научно-статистических позиций, которые выработались у него под влиянием лекций и научных трудов одного из основателей русской статистической науки, автора работ по политической экономике проф. Александра Ивановича Чупрова. Московский университет, царившая в нём творческая исследовательская атмосфера, выдающийся преподавательский состав сыграл существенную роль в формировании мышления и мировоззрения Чехова.

Занимался будущий врач Антон Чехов практической медициной и во время своих студенческих каникул. Перед началом 3-го курса Антон Павлович работал помощником врача в Воскресенской земской больнице, находившейся в усадьбе Чикино (Подмосковье). Посещал Чехов Воскресенск (ныне город Истра Московской области) и в последующие годы, заходил он довольно часто и в Воскресенскую лечебницу. Под наблюдением прогрессивного земского врача Павла Арсеньевича Архангельского Антон Чехов принимал пациентов, неоднократно выезжал на судебно-медицинские вскрытия трупов. «Душевное состояние больного всегда привлекало особенное внимание Антона Павловича и наряду с обычными медикаментами он придавал огромное значение воздействию на психику больного», – писал П.А. Архангельский в «Отчёте благотворительного общества при Воскресенской земской лечебнице Звенигородского уезда за 1911 г.» [11].

В июне 1884 г. Чехов успешно окончил медицинский факультет; свидетельство об утверждении Чехова в звании уездного врача было подписано деканом медфака выдающимся хирургом профессором Николаем Васильевичем

Склифосовским. Молодой врач решил продолжить работу в той же самой земской лечебнице где в студенческие годы проходил медицинскую практику. К лету 1884 года (к моменту получения врачебного диплома) Чеховым было опубликовано около 250 различных рассказов и заметок, однако после возвращения из Воскресенска в Москву он продолжал преимущественно заниматься врачебной практикой. Своему дяде М.Е. Чехову он писал 31 января 1885 года: «Медицина моя шагает помаленьку. Лечу и лечу... Знакомых у меня очень много, а стало быть, немало и больных. Половину приходится лечить даром, другая же половина платит мне пяти – и трёхрублёвки» [13]. Уже с первых шагов профессиональной врачебной деятельности дело у молодого доктора пошло вполне успешно, это видно из приведенного письма дяде Михаилу Егоровичу, которому Антон сообщает, что на заработанные деньги он приобрёл мебель и пианино, живет без долгов и, если будет жив и здоров, то положение семьи будет обеспеченным. Своим друзьям Чехов в то время говорил: «Живу с апломбом, т.к. ощущаю в своём кармане лекарский паспорт».

Ближайшие после окончания университета годы врачебная деятельность А.П. Чехова протекает в Москве и Московской губернии. Молодой выпускник медфака практически содержит всё семейство и поэтому вынужден очень много трудиться: он пишет рассказы, принимает больных и многочисленных гостей, вот почему его здоровье оставляет желать лучшего: Чехов мечтает покинуть суетливую Москву, чтобы больше уделять времени литературе и медицинской деятельности. С присущим ему тонким юмором он пишет: «Куплю хутор и стану подписываться: Полтавский помещик, врач и литератор Антуан Шпонька». По нашему мнению юбилеи хороши помимо всего прочего ещё и тем, что мы можем с позиций сегодняшнего дня более пристально всмотреться вглубь личности, оставившей яркий след в истории человеческой культуры, ведь большое, как известно, лучше всего видится на расстоянии.

В 1892 году Чехов приобретает имение Мелихово в Серпуховском уезде Московской губернии, где кроме писательской работы занимается и обширной медицинской деятельностью, организовав образцово-показательный для того времени врачебный участок. В письме к А.С. Суворину он вскорости сообщает: «...Я купил целый воз лекарств. Хочу купить микроскоп и займусь медицинской микроскопией. И вообще займусь

медициной самым основательным образом...». И он активно занялся повседневным практическим врачеванием (с раннего утра у окон кабинета его ожидали многочисленные больные), а в связи с приближающейся эпидемией холеры Чехов проявил себя как талантливый и успешный организатор здравоохранения. Сфера его непосредственных противоэпидемических интересов охватывала 25 деревень, 4 фабрики и 1 монастырь на территории Серпуховского уезда. И совершенно не случайно Чехов неоднократно с полным правом называл профессию врача подвигом, невозможным без чистой души и чистых помыслов. Обладая своеобразным и тонким чувством юмора, молодой доктор Антон Павлович иногда позволял себя шутки и розыгрыши отдельных пациентов. Хорошо известен такой эпизод из врачебной практики Чехова. К нему на приём однажды пришла дородная и томная, элегантно одетая дама, которая жеманно стала жаловаться: «Антон Павлович! Скучно, очень скучно жить! Всё вокруг так серо: люди, море, цветы, всё серо... Нет желаний... Душа в тоске... Словно какая-то болезнь...». «Это болезнь», – подтвердил чётко и ясно Чехов. «Называется она по латыни *morbus nigilema acuta bilateralis sinistra maligna*»... Уже упоминавшийся нами французский писатель, создатель романтизированных биографий известных людей и эрудированный критик Андре Моруа писал: «... В медицине нет двух миров: мира лаборатории и мира клиники, мира духа и мира тела. Есть один – единственный мир, в котором происходят бесконечно сложные явления... Сознывая единство человеческого организма, настоящий врач одновременно врачует и отчаяние, и органические нарушения, которые оно порождает. Важность миссии врача составляет его отличие от всех прочих граждан» [8].

Чехов ещё в 1888 году подчёркивал в письме к своему частому адресату издателю Суворину: «Вы советуете мне не гоняться за двумя зайцами и не помышлять о занятиях медициной. Я не знаю, почему нельзя гнаться за двумя зайцами даже в буквальном значении этих слов? Я чувствую себя бодрее и довольнее, когда сознаю, что у меня два дела, а не одно. Медицина – это моя законная жена, а литература – любовница. Когда надоест одна, я ночую у другой. Это хотя и беспорядочно, но зато не скучно, да и к тому же от моего вероломства обе решительно ничего не теряют...»

А.П. Чехов всегда искренне дорожил и гордился высоким званием врача, и поэтому рас-

ставание с медициной в пользу литературы и театра было для него неприятным и болезненным. Он говорил брату основателя Московского Художественного театра Василию Ивановичу Немировичу-Данченко: «Когда-нибудь убедятся, что я, ей-богу, хороший медик». С горечью и грустью Чехов как-то спросил у известного автора популярнейшей книги «Москва и москвичи» В.А. Гиляровского: «Ты думаешь, я плохой доктор?» – и сам же не без иронии ответил: «Полицейская Москва меня признаёт за доктора, а не за писателя, значит я доктор». В справочном издании «Вся Москва» напечатано: Чехов Антон Павлович. Малая Дмитровка. Дом Пешкова. Практикующий врач». Так и написано: не писатель, а врач...». Передовое естественно-научное мировоззрение, любовь к повседневной врачебной работе наложили глубокий отпечаток на всю литературную деятельность Чехова. В своей автобиографии, написанной 11 октября 1899 года по просьбе бывшего однокурсника Г.И. Россолимо Чехов сказал о влиянии медицины таким образом: «Не сомневаюсь, занятия медицинской наукой имели серьёзное влияние на мою литературную деятельность; они значительно раздвинули область моих наблюдений, обогатили меня знаниями, истинную цену которых для меня, как писателя, может понять только тот, кто сам врач».

Известно, что ещё в пору студенчества Чехов собирал довольно долго материалы для научной работы по вопросам пола (под влиянием идей дарвиновского учения об эволюции). Эта работа могла стать диссертационным исследованием, однако этого не случилось. После поездки по Сахалину его печатная работа «Сахалин» многими современниками рассматривалась в качестве труда по социальной медицине и она тоже могла стать диссертационной на соискание учёной степени доктора медицины.

Собирал материалы и писал в своё время Чехов труд и по истории медицины... На наш взгляд, главное состоит всё же в том, что Чехов послужил медицине своим ярчайшим литературным дарованием. Он ввёл множество образов медиков в свои произведения: они фигурируют и в рассказах, и в повестях и в пьесах. Назовём лишь некоторые – «Палата №6», «Ионыч», «Чёрный монах», «Дядя Ваня», «Иванов» – а всего в 47 произведениях писателя есть незабываемые образы медиков. Описывая материальное положение рядовых эскулапов, Чехов в ряде своих литературных работ отмечает тяжелые условия труда и быта земских врачей, круглые сутки за-

нятых, никогда не принадлежащих себе, тех, что не взирая на непогоду и собственные недомогания отправляется заполночь к больному за 30-40 вёрст... (рассказ «Враги»). По отношению к медицине Чехов всегда был не только внимательным наблюдателем, но и её активным сподвижником. Мы имеем в виду его участливое отношение, хлопоты и ходатайства в отношении судьбы медицинского журнала «Хирургическая летопись», который и до сегодняшнего дня выходит в свет, правда под названием «Хирургия». Земские врачи вполне законно считали Чехова своим родным писателем. И за правдивые свидетельства русскому обществу об их нелёгких судьбах, и за благородное заступничество перед «сильными мира сего» – рядовые медики отвечали Антону Павловичу неизменной искренней любовью...

В январе 1902 года в Москве состоялся VIII съезд Пироговского общества русских врачей, имевший большой общественный резонанс. Это был высший общественный орган русских врачей. Чехов был приглашён на это мероприятие, он собирался принять участие в работе съезда, но по состоянию здоровья приехать в Москву из Ялты не мог. 12 января Чехов получил сразу две

приветственные телеграммы от съезда, поднявшие его на нравственную высоту, о которой он (по его собственному мнению) и не мечтал. Не столь давно Московский художественный академический театр (МХАТ) получил имя Чехова, что свидетельствует о глубоких связях Анто́на Павловича и с нашим временем.

В июле 1904 года на Новодевичьем кладбище в Москве хоронили великого писателя, врача и человека большой души Анто́на Павловича Чехова. У свежей могилы известный психиатр того времени Н.Н. Баженов сказал в прощальной речи: «Пусть вместе со славой мирового писателя в сердцах людей живёт память о том, кто украсил русскую медицинскую науку». Незаурядные мысли, опережающие время идеи и тонкие наблюдения Чехова, выраженные в его письмах и художественных творениях, не потеряли своей актуальности и в XXI веке. Многие произведения А.П. Чехова остаются своего рода в качестве учебников по оздоровлению духовной патологии человека и психотерапевтам еще предстоит освоить тот океан психотерапевтической информации, который создан «Хирургом патологии А. Чеховым» (так он однажды подписал своё письмо).

#### *Литература*

1. Ашурков Е.Д. Слово о докторе Чехове / Е.Д. Ашурков. – М.: Медгиз, 1960. – 48 с.
2. Бердников Г.П. Чехов. / Г.П. Бердников Г.П. / [изд. 2-е]. – М.: Мол. гвардия, 1978. – 512 с.
3. Гончаренко Н.В. Гений в искусстве и науке / Н.В. Гончаренко. – М.: АСТ. – 2007. – 516 с.
4. Дрожжин С.Н. Русская биография Анри Труайя / С.Н. Дрожжин // Прометей. Т. 16. – М: Мол. гвардия, 1990. – С. 323-354.
5. Ермилов В.В. Избранные работы: в 3т. – Т.1. А.П. Чехов. – Пушкин. / В.В. Ермилов. – М.: Госполитиздат, 1955. - 471с.
6. Лихтенштейн Е.И. О медицинской деятельности А.П. Чехова / Е.И. Лихтенштейн // Врачеб. дело. – 1954. – № 2. – С.173-178.
7. Меве Е.Б. Медицина в творчестве и жизни А. П. Чехова / Е.Б. Меве. – К.: Здоровья, 1989. – 280 с.
8. Моруа А. Литературные портреты / А. Моруа. – М.: Прогресс, 1971. – 454 с.
9. Паперный З.С. Записные книжки Чехова / З.С. Паперный. – М.: Советский писатель, 1976. – 392 с.
10. Пересадин Н.А. Феноменология личности, системная гениометрия творческого начала (постановка проблемы) / Н.А. Пересадин, Т.В. Дьяченко, С.Н. Черкашина // Далековский сборник. – Луганск: Альма матер, 2001. – С. 178-181.
11. Смирнов В.Ф. Чехов и медицина / В.Ф. Смирнов. - М.: Российское общество медиков-литераторов, 2002. – С. 151-159.
12. Фролов В.М. В поисках средства Макропулоса / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин. – Луганск: изд-во «Знание», 1991. – 66 с.
13. Чехов А.П. Среди милых москвичей / А.П. Чехов. - М.: Правда, 1988. – 622 с.
14. Eisenstadt I.M. Parental loss and genius / I.M.Eisenstadt. // Amer. Psychologist. – 1978. - Vol. 33, № 3. – P. 211.
15. The New Encyclopedia Britanica. – 1988. – Vol. 5. – P. 181.

Поступила в редакцию 11.01.2014

## ВИМОГИ ДО СТАТЕЙ

Публікація повинна повністю відбивати сучасний стан розробки досліджуваної проблеми, містити нові результати на основі проведеного дослідження. До друку приймаються оригінальні статті українською, російською чи англійською мовами, присвячені власним дослідженням авторів по актуальним проблемам клінічної, біологічної та соціальної психіатрії, медичної психології, патопсихології, психотерапії, статті по історії, організації та управлінню психіатричною службою, питанням викладання психіатрії та суміжних дисциплін, лекції для лікарів та студентів, спостереження із практики, дискусійні статті, хронічку, рецензії на нові видання, які раніше не друкувалися, що оформлені відповідно наступним вимогам:

1. Рукопис надається російською, українською або англійською мовою у 3-х примірниках. 2 примірники друкуються на папері формату А4. Третій, ОБОВ'ЯЗКОВИЙ, електронний екземпляр рукопису надається у будь-якому текстовому редакторі Microsoft Office в одному файлі на дискеті або електронною поштою.

2. Обсяг оригінальних статей повинен бути не більше 12 сторінок друкованого тексту, рукопису – 8 сторінок, спостережень із практики, робіт методичного характеру – 12 сторінок, включно список літератури, таблиці, підписи до них, резюме українською та російською мовами.

3. Стаття повинна мати візу керівника (на 2-му примірнику), офіційне направлення закладу (1 прим.) та експертний висновок (2 прим.)

4. На першій сторінці зазначаються: шифр УДК; прізвища та ініціали авторів (кількість авторів однієї статті не повинна перевищувати п'яти осіб); назва статті великими буквами; назва закладу, де виконувалася робота (назва закладу, місто, країна); e-mail (обов'язково), дані про зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами (бажано з наведенням номеру держреєстрації), дані про фінансування розробки певними установами, фондами, організаціями, гранти (при їх наявності), ключові слова (не більше 6-ти), що віддзеркалюють важливіші особливості даної роботи та, за необхідністю, методику дослідження.

5. Викладання повинно бути максимально простим та чітким, без історичних вступів, повторів, неологізмів та наукового жаргону. Стат-

тя повинна бути ретельно перевірена: хімічні та математичні формули, дози, цитати, таблиці візуються автором на полях. Автори повинні виконувати вимоги міжнародної номенклатури. За точність формул, назв, цитат та таблиць несе відповідальність автор.

6. Необхідна послідовність викладання з чітким розподіленням матеріалу відповідно наступним вимогам:

- вступ - постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями, аналіз останніх (за останні 5-7 років) досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор із виділенням невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;

- формулювання мети (постановка завдання);

- опис матеріалів та методів дослідження з визначенням методу статистичної обробки даних;

- результати та їх обговорення - виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;

- висновки з даного дослідження, перспективи подальших розробок у даному напрямку.

7. Текст друкується через 1,5 інтервали, без переносів, розмір шрифту 14 у Times New Roman в редакторі MICROSOFT WORD. Відступ абзацу - 1,25 см. Поля з усіх боків по 20 мм.

8. Таблиці повинні бути компактними, наочними та містити статистично оброблені матеріали. Необхідно ретельно перевіряти відповідність назви таблиці та її окремих граф їхньому змісту, а також відповідність підсумкових цифр та процентів у тексті таблиці. Достовірність відмінностей треба підтверджувати статистично.

9. Список літератури оформлюється згідно з ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 "Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання" (Бюлетень ВАК України. – 2008. - № 3. – С. 10 – 13.). Літературні посилання в тексті зазначаються арабськими цифрами у квадратних дужках, що відповідають нумерації джерел у списку літератури у послідовності їхнього порядку згадування у тексті (Ванкуверська система цитування).

10. Рукопис повинен бути ретельно відредак-

тований та перевірений автором. Усі зазначення буквами та абрєвіатури у тексті повинні бути пояснені.

11. До статті надається резюме російською, українською та англійською мовами (150-200 слів). В резюме необхідно чітко зазначити мету, методи дослідження, результати та висновки. Обов'язковим є визначення повної назви статті, прізвищ та ініціалів всіх авторів та організацій, де була виконана робота.

12. **УВАГА!** У зв'язку зі змінами вимог до публікацій, що введені в дію з 01.01.2013р. Державною атестаційною комісією МОН молоді та спорту України, необхідним є обов'язкове представлення до публікації розширеної англійської анотації (реферату).

Розширений реферат англійською мовою, який буде розміщуватися на сайті журналу, повинен складати 2 сторінки тексту та мати такі обов'язкові складові:

- УДК;
- ініціали та прізвища авторів, установа, де виконано роботу, електронна адреса (Authors' names and institutional affiliations, e-mail);
- назва статті (Title);
- основний текст, що містить наступні рубрики: вступ (Introduction) з описом актуальності;
- мета роботи (Aim);
- матеріал та методи (Materials and Methods);
- результати та їх обговорення (Results and discussion);
- висновки (Conclusions).

Реферат англійською мовою повинен бути структурованим (містити всі визначені рубрики), інформативним (бути джерелом інформації про зміст та результати дослідження, не містити загальних фраз, опису загальновідомих фактів, літературних відступів та інш.), змістовним (із чітким викладенням матеріалу, де приводяться основні положення та результати роботи, фак-

тичні дані, висновки). В рефераті не припускається наявність таблиць, малюнків, діаграм, фотографій, абрєвіатур (окрім загальноприйнятих), скорочень.

Розширений реферат англійською мовою надається в редакцію з основною статтею окремим файлом. Назва файлу – прізвище першого автора та слово «Анотація» (наприклад, Іванов Анотація). Текст друкується через 1,5 інтервали, без переносів, розмір шрифту 14 у Times New Roman в редакторі MICROSOFT WORD. Відступ абзацу - 1,25 см. Поля з усіх боків по 20 мм.

Статті з рефератами, що перекладені за допомогою комп'ютерного перекладача та мають некоректний переклад на англійську мову, друкуватися не будуть.

13. Редакція залишає за собою право скорочення та виправлення статей, що надіслані.

14. Направлення в редакцію робіт, що вже надруковані в інших виданнях або надіслані для публікації в інші редакції, не допускається.

15. Статті, що оформлені не відповідно вказаним правилам, не розглядаються. Рукописи, що не прийняті до друку у журналі, авторам не повертаються.

16. До матеріалу необхідно додати анкету автора, що містить: П.І.Б., дату народження, вчений ступінь та вчене звання, посаду та місце роботи, основні напрямки наукових досліджень, кількість наукових робіт, авторство монографій (назва, співавтори, видавництво, рік випуску).

17. Статті направляються за адресою: м. Донецьк, вул. Одинцова, 19. КЛПУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня», кафедра психіатрії, наркології та медичної психології ДонНМУ, редакція «Журнала психіатрії и медицинской психологии».

e-mail: [psychea@mail.ru](mailto:psychea@mail.ru)

[dongournal@mail.ru](mailto:dongournal@mail.ru)

сайт журналу: [psychiatry.dsmu.edu.ua](http://psychiatry.dsmu.edu.ua)

**Редколегія журналу**