

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ “ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ’Я, ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА”

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ
“МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА”

“MEN’S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE” UKRAINIAN JOURNAL

№ 1 (03) 2016

ISSN 2413-8843

Видання зареєстровано Державною
реєстраційною службою України 29.08.2014 р.
Св-во про реєстрацію: серія КВ № 20924-10724ПР

Вид видання: журнал

Статус видання: вітчизняне

Мови видання: українська, російська, англійська
(змішаними мовами)

Вид видання за цільовим призначенням: медичне,
науково-практичне

Співзасновники та видавці:

Харківська медична академія післядипломної освіти (ХМАПО);
Всеукраїнська громадська організація «Українське
міждисциплінарне Товариство Чоловічого Здоров’я та Гендеру»;
Всеукраїнська громадська організація «Національна ліга
психотерапії, психосоматики та медичної психології України»

Обсяг, періодичність: до 20 ум. друк. арк., 2 рази на рік

Тираж: 1000 прим.

Рекомендовано до друку вченого радою ХМАПО (протокол засідання № 5 від 20.05.2016 р.)
Підписано до друку 27.06 .2016 р.

Передрукування дозволяється лише за згодою редакції.

Відповідальність за добір і викладення фактів несуть автори.

Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій.

За зміст та достовірність реклами несе відповідальність рекламодавець.

Адреса редакції: бул. Дружби народів, 3-А, Київ, 01033, Україна;
тел.: +380 (44) 254 49 86; сайт: www.ujmh.org; e-mail: zassed@gmail.com

Віддруковано ТОВ «ДКС-центр»: м. Київ, пров. Куренівський 17, тел.: +380 (44) 537 14 34.
Св-во ДК № 3457 від 08.04.2009 р. Папір крейдований, друк офсетний, формат 64x80 1/16 ум.друк.арк.

Головний редактор: **Михайлів Борис Володимирович** д.м.н., проф.,
Заслужений діяч науки і техніки України (ХМАПО)
Заступник головного редактора: **Засєда Юрій Ігорович** к.м.н.
Відповідальний секретар: **Безсмертний Олександр Володимирович** к.психол.н.

Редакційна колегія:

Болотна Л.А. д.м.н., проф. (ХМАПО)
Бондаренко В.О. д.м.н.
Воронков Л.Г. д.м.н.
Дарій В.І. д.м.н., проф.
Зозуля І.С. д.м.н., проф.
Котенко О.Г. д.м.н.
Коваленко В.М. д.м.н., проф.
Кришталь Є.В. д.м.н., проф. (ХМАПО)
Лінський І.В. д.м.н., проф.
Лучицький Е.В. д.м.н., проф.
Лісовий В.М. д.м.н., проф.
Маркова М.В. д.м.н., проф. (ХМАПО)
Марута Н.О. д.м.н., проф.

Мішиєв В.Д. д.м.н., проф.
Міщенко Т.С. д.м.н., проф.
Напреєнко О.К. д.м.н., проф.
Підкоритов В.С. д.м.н., проф.
Ревенок О.А. д.м.н., проф.
Стаховський Е.О. д.м.н., проф.
Сосін І.К. д.м.н., проф.
Табачников С.І. д.м.н., проф.
Федоренко О.Є. д.м.н.
Хвисюк О.М. д.м.н., проф. (ХМАПО)
Чабан О.С. д.м.н., проф.
Шевченко Н.Ф. д.психол.н., проф.

Голова редакційної ради: **Чугунов Вадим Віталійович** д.м.н., проф.

Редакційна рада:

Аймедов К.В. д.м.н., проф. (Україна)
Білобривко Р.І. д.м.н., проф. (Україна)
Більченко О.В. д.м.н., проф. (Україна)
Бітенський В.С. д.м.н., проф.,
чл.-корр. НАН України (Україна)
Волошин П.В. д.м.н., проф. (Україна)
Кожина Г.М. д.м.н., проф. (Україна)
Курило В.О. д.м.н., доц. (Україна)
Марченко В.Г. д.м.н., проф. (Україна)
Москаленко В.Ф. д.м.н.,
проф. акад. НАН України, (Україна)
Поліщук М.Є. д.м.н.,
проф. чл.-кор. НАН України (Україна)
Пшук Н.Г. д.м.н., проф. (Україна)
Самохвалов В.П. д.м.н., проф. (Чехія)

Скрипніков А.Н. д.м.н., проф. (Україна)
Тронько Н.Д. д.м.н., проф., акад. НАН України,
чл.-кор. НАН України (Україна)
Федак Б.С. д.м.н., доц. (Україна)
Федотов В.П. д.м.н., проф. (Україна)
Фещенко Ю.І. д.м.н., проф.,
акад. НАН України (Україна)
Хвисюк М.І. д.м.н., проф. (Україна)
Шестопалова Л.Ф. д.психол.н., проф. (Україна)
M. Bullinger PhD, Prof. (Germany)
M. Dabkowski MD, PhD (Poland)
G.J. Moller MD, Prof. (Germany)
N. Sartorius MD, Prof. (Switzerland)
A. Semihodskiy PhD (UK)
D. Wasserman MD, Prof. (Netherlands)

Рецензенти за спеціальностями:

Сексологія: Кришталь Є.В., Маркова М.В., Чугунов В.В.
Психіатрія: Марута Н.О., Мішиєв В.Д., Михайлів Б.В., Підкоритов В.С., Ревенок О.А., Чугунов В.В.
Психотерапія: Михайлів Б.В., Чабан О.С., Чугунов В.В.
Загальна і медична психологія: Кришталь Є.В., Маркова М.В., Михайлів Б.В., Шевченко Н.Ф.
Наркологія: Лінський І.В., Сосін І.К., Табачников С.І.
Эндокринологія: Бондаренко В.А., Лучицький Е.В.
Кардіологія: Воронков Л.Г., Коваленко В.Н.
Урологія та андрологія: Лисовой В.Н., Лучицкий Е.В., Стаковский Е.О.
Дерматовенерологія: Болотна Л.А., Федоренко О.Є., Федотов В.П.
Неврологія: Дарій В.І., Зозуля І.С., Міщенко Т.С.

Технічне забезпечення: Дідук Б.Б. Комп'ютерна верстка та дизайн: Кравець Ю.С.

Лебел

левофлоксацин 500 мг



1 таблетка
1 раз на день

- Препарат вибору в лікуванні інфекцій сечовивідних шляхів¹
- Сприятливий профіль безпеки²

Склад: 1 таблетка містить левофлоксацину 500 мг. **Форма випуску.** Таблетки, вкриті оболонкою № 7. **Фармакологічна група.** Антибактеріальні засоби групи хінолінів. Фторхінопони. Левофлоксацин — синтетичний антибактеріальний препарат з групи фторхінопонів. Завдяки механізму дії зазвичай немає перехресної резистентності між левофлоксацином та іншими класами антибактеріальних засобів. **Побічні реакції:** мікози, лейкопенія, еозинофілія, дуже рідко — анафілактичний шок, запаморочення, подовження інтервалу QT на ЕКГ, пошкодження сухожиль та ін. Р. с. МОЗ України № UA/10958/01/01, Наказ № 537 від 20.08.2015. **Література:** 1. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology 2011. 2. Fish D.N. Fluoroquinolones adverse effects and drug interactions. Pharmacotherapy 2002; 21 (10.2): 2535–2572. Інформація про лікарські препарати для фахівців медицини та фармації. Повна інформація, в тому числі й можливі побічні реакції, міститься в інструкції для медичного застосування. За додаткововою інформацією звертайтесь до Представництва «Нобель ІЛАЧ»: Україна, м. Київ, вул. Автозаводська, 2, БЦ «Алкон». Тел.: +38 (044) 586-20-64. Офіційний сайт: www.nobel.com.ua

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ

чоловіче здоров'я

ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»
MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE UKRAINIAN JOURNAL

N 1 (03) 2016



«Голконда», Рене Магрітт, 1953



WWW.UJMH.ORG

ЗМІСТ ЖУРНАЛУ

ЗАГАЛЬНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ

Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, І. Д. Вашкіте, Т. А. Алієва, С. О. Вязьмітінова

СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ АТО, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА РЕАБІЛІТАЦІЇ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ.....	7
---	---

В. П. Самохвалов

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХОПАТОЛОГІИ.....	13
--	----

УРОЛОГІЯ ТА АНДРОЛОГІЯ

Ю.І. Засєда, Р.І. Солом'яній

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ФЛОСІН і ПРОСТАМОЛ УНО В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БАКТЕРІАЛЬНИМ ПРОСТАТИТОМ і ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПЕРШОГО СТУПЕНЮ	30
--	----

Ю. И. Заседа, Р. И. Соломенныи, А. В. Ганущак

ОПЫТ РАДИКАЛЬНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНО-ФИБРОЗНОГО И ФИБРОЗНО-КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПРОСТАТИТА	35
---	----

ПСИХІАТРІЯ

Е. И. Кудинова

ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СОМАТОФОРНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	45
--	----

Г.В. Морванюк

ГЕНДЕРНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ	50
---	----

В. Л. Подлубный

КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ	59
---	----

В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов, С. Г. Гринвальд

ЭВОЛЮЦИЯ СИНДРОМОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИИ.....	68
---	----

В. В. Чугунов, Н. В. Данилевская, А. З. Григорян

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ С ПОСТИКАЛЬНОЙ ГИПНОТЕРАПИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭНДОРЕАКТИВНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ И ОБСЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ	83
--	----

ПСИХОТЕРАПІЯ

А.В. Bessmertnyi, А. Г. Lozinina

TO THE QUESTION OF MODERN PSYCHODIAGNOSTICS AND HYPNOCORRECTION OF PSYCHOGENIC OVEREATING.....	89
--	----

ЗМІСТ ЖУРНАЛУ

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

К.В. Аймедов, В.Д. Фучеджі

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОБМЕЖЕННЯ ДІЄЗДАТНОСТІ ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ 93

К. В. Аймедов, Б. А. Лобасюк

ВЗАЙМООТНОШЕНІЯ СВОЙСТВ ЛІЧНОСТИ І ЕЇ ЦЕННОСТНИХ ОРИЕНТАЦІЙ..... 98

Р. І. Білобривка, О. Й. Білобривка

ЛЮБОВ ЯК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЧИННИК 107

О. Ф. Піронкова

ВПЛИВ НАЯВНОСТІ ПСИХІАТРИЧНОГО ДІАГНОЗУ НА ВИБІР ЛЮДИНИ
ДЛЯ СТВОРЕННЯ СІМ'Ї..... 111

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ

Аббуд Аймен

СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ СТРЕСОРНИХ ГОРМОНІВ
У ХВОРІХ НА ПСОРИАЗ 117

Г. И. Макурина

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА
НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПERTЕНЗИИ У МУЖЧИН 122

Р. Яакуби, В. П. Федотов

ИМУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ
С МАЛАССЕЗИОЗОМ КОЖИ 128

К АРДІОЛОГІЯ

В.В. Mykhaylov, V. В. Mykhaylov, I. V. Zdesenko

SECONDARY DEPRESSION ON CARDIOVASCULAR AND CEREBROVASCULAR
DISEASES PATIENTS 134

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ НАУКОВИХ СТАТЕЙ,
ЩО НАДАЮТЬСЯ АВТОРАМИ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ 139

SUMMARY

GENERAL ISSUES AND ARRANGEMENTS

B. V. Mikhailov, A. I. Serdyuk, I. D. Vashkite, T. A. Alieva, S. O. Vyazmitinova

SOCIAL RISK FACTORS FOR PTSD AMONG THE DEMOBILIZED MEMBERS OF THE
ANTITERRORIST OPERATION, LOCATED ON REHABILITATION
IN SANATORIUM CONDITIONS 7

V. P. Samokhvalov

INTRODUCTION TO THE PROBLEM OF SOCIOPSYCHOPATHOLOGY 13

UROLOGY AND ANDROLOGY

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomianyi

EXPERIENCE OF FLOSIN AND PROSTAMOL UNO DRUGS ADMINISTRATION IN COMPLEX
THERAPY OF PATIENTS WITH CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS
AND FIRST DEGREE HYPERPLASIA OF PROSTATIC GLAND 30

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomianyi, A. V. Ganuschak

EXPERIENCE ON RADICAL CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC CALCULOUS-FIBROUS
AND FIBRO-CALCULOUS PROSTATITIS 35

PSYCHIATRY

O. I. Kudinova

PSYCHOTHERAPY CORRECTION EMOTIONAL DISTURBANCES OF PATIENS SOMATOFORM
VEGETATIVE DISFUNCTION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM 45

G. V. Morvanyuk

GENDER AND PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS PATIENTS WITH PARANOID
SCHIZOPHRENIA TO INPATIENT TREATMENT STAGE 50

V. L. Podlubnyi

CLINICAL PHENOMENOLOGICAL STRUCTURE OF ORGANIC
MENTAL DISORDERS WORKERS OF INDUSTRIAL ENTERPRISES 59

V. V. Chugunov, B. V. Mikhailov, S. G. Greenwald

EVOLUTION SYNDROMOLOGY IN PSYCHIATRY: DEFINITIONS, PATHOGENESIS,
CLASSIFICATION 68

V. V. Chugunov, N. V. Danilevskaya, A. Z. Grigoryan

EXPERIENCE OF COMBINED ELECTROCONVULSIVE THERAPY WITH POSTICTAL
HYPNOTHERAPY TO TREAT PATIENTS WITH DRUG-RESISTANT DEPRESSION
AND OBSESSIVE ENDOREAKTIVE SYMPTOMS 83

PSyCHOTHERAPY

A.V. Bessmerthyi, A. G. Lozinina

TO THE QUESTION OF MODERN PSYCHODIAGNOSTICS AND HYPNOCORRECTION
OF PSYCHOGENIC OVEREATING 89

MEDICAL PSYCHOLOGY

K. V. Aymedov, V. D. Fuchedzhi

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF LIMITATIONS CAPACITY OF NATURAL PERSONS 93

K. V. Aymedov, B. A. Lobasyuk

RELATIONS PROPERTIES AND PERSONALITY ITS VALUE ORIENTATIONS..... 98

R. I. Bilobryvka, O. J. Bilobrovka

LOVE AS PSYCHOTHERAPEUTIC FACTOR..... 107

O. F. Pironkova

EFFECT OF THE PRESENCE PSYCHIATRIC DIAGNOSIS CHOICE OF RIGHTS FOR CREATION
OF FAMILY..... 111

DERMATOVENEREOLOGY

Abboud Aymen

SEXUAL FEATURES LEVELS OF STRESS HORMONES
IN PATIENTS WITH PSORIASIS 117

G. I. Makurina

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF PSORIASIS FLOW AGAINST
THE BACKGROUND OF HYPERTENSION IN MEN 122

R. Yaakubi, V. Fedotov,

IMMUNE STATUS OF PATIENTS WITH ACNE AND CONCOMITANT SKIN MALASSEZIOSIS..... 128

CARDIOLOGY

B. V. Mykhaylov, V. B. Mykhaylov, I. V. Zdesenko

SECONDARY DEPRESSION ON CARDIOVASCULAR AND CEREBROVASCULAR
DISEASES PATIENTS 134

REQUIREMENTS FOR DOCUMENTING RESEARCH ARTICLES

GIVEN BY AUTHORS FOR PUBLICATION..... 139

© Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, І. Д. Вашкіте, Т. А. Алієва, С. О. Вязьмітінова

УДК 616.891.6-092:616-001

Б. В. Михайлов¹, О. І. Сердюк², І. Д. Вашкіте¹, Т. А. Алієва¹, С. О. Вязьмітінова¹

СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ АТО, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА РЕАБІЛІТАЦІЇ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ

Б. В. Михайлов¹, О. І. Сердюк², І. Д. Вашкіте¹, Т. А. Алієва¹, С. О. Вязьмітінова¹

СОЦІАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕМОБИЛИЗОВАННЫХ УЧАСТНИКОВ АТО, НАХОДЯЩИХСЯ НА РЕАБИЛИТАЦИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

B.V. Mikhailov¹, A. I. Serdyuk², I. D. Vashkite¹, T. A. Alieva¹, S. O. Vyazmitinova¹,

SOCIAL RISK FACTORS FOR PTSD AMONG THE DEMOBILIZED MEMBERS OF THE ANTITERRORIST OPERATION, LOCATED ON REHABILITATION IN SANATORIUM CONDITIONS

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії¹;
ДП Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води»².

Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy¹;
CP Clinical sanatorium «Resort Berezovsky mineral water»².

Стаття надійшла до редакції 10.03.2016.

Резюме

Розглядаються загальні питання визначення, етіології і патогенезу, первинної діагностики посттравматичного стресового розладу у демобілізованих учасників АТО, що знаходяться на реабілітації в санаторно-курортних умовах. Приділено увагу соціальним чинникам ризику розвитку ПТСР і медико-психологічній реабілітації демобілізованих учасників АТО в санаторно-курортних умовах.

Ключові слова

посттравматичний стресовий розлад, медико-психологічна реабілітація, санаторно-курортні умови.

Резюме

Рассматриваются общие вопросы определения, этиологии и патогенеза, первичной диагностики посттравматического стрессового расстройства у демобилизованных участников АТО, находящихся на реабилитации в санаторно-курортных условиях. Уделено внимание социальным факторам риска развития ПТСР и медико-психологической реабилитации демобилизованных участников АТО в санаторно-курортных условиях.

Ключевые слова

посттравматическое стрессовое расстройство, медико-психологическая реабилитация, санаторно-курортные условия.

Resume

The general questions of definition, etiology and pathogenesis, primary diagnosis of PTSD among the demobilized members of the antiterrorist operation, located on rehabilitation in sanatorium conditions are considered. Attention is paid to the social development of risk factors for PTSD and medical and psychological rehabilitation of demobilized members of the antiterrorist operation in sanatorium conditions.

Keywords

post-traumatic stress disorder, medico-psychological rehabilitation, sanatorium-resort conditions.

У основній тенденції сучасного етапу розвитку суспільства як і раніше залишається зростання ролі наукових досліджень і розвитку технологій; при цьому наукова діяльність не тільки визначає стратегічні напрямки цивілізаційного процесу, але і є чинником, що формує якість повсякденного

місця існування людини. Успіхи технічних галузей знання привели до раніше небаченого рівня роз- витку техногенної цивілізації. Однак це стало причиною вторинного формування умов, що завдають негативний вплив на організм людини: погіршення екологічних умов, збільшення кількості стресо-генних соціально-обумовлених чинників, розширення масштабів техногенних катастроф, виникнення цілого ряду нових і патоморфозу існуючих захворювань. Для суспільства сучасної України характерним є надзвичайно високий рівень психоемоційних навантажень, що впливає до істотного погіршення рівня психічного здоров'я в популяції [1, 2].

На сьогодні, коли на теренах України тривають військові дії та вимушенні міграційні процеси, щодня з'являються нові контингенти осіб, що зазнають впливу стресогенних чинників. Ці контингенти є групою ризику щодо виникнення в них різних розладів психіки і поведінки психогенного походження [3].

Найбільш частим з них є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Сучасні уявлення про ПТСР як діагностичну рубрику склалися в 70 – 80-х роках минулого століття, проте розлади, що розвиваються в результаті пережитої катастрофи (на відміну від звичайних психогенних станів) описували і діагностували і раніше [2].

Багато робіт, присвячених цій проблемі, з'являється після значних військових конфліктів. Так, важливі дослідження були проведені у зв'язку з Першою світовою війною (1914 – 1918). Е. Kraepelin (1916), характеризуючи травматичний невроз, уперше показав, що після тяжких психічних травм можуть залишатися постійні розлади, що посилюються з часом [3].

Згодом вплив стресів воєнного часу на подальший психічний стан комбатантів глибоше за все було вивчено на матеріалі війни у В'єтнамі. У зв'язку з тим, що описаний поств'єтнамський симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, М. Горовіц (M. Horowitz, 1980) запропонував виділити його як самостійний синдром, назвавши його посттравматичним стрес-совим розладом.

Початок систематичних досліджень постстресових станів, викликаних переживанням природ-них та індустріальних катастроф, можна віднести до 50-60-х років минулого століття [1].

Поширеність ПТСР у популяції залежить від частоти травматичних подій.

Вивчення постраждалих із посттравматичними стресовими розладами дозволило виявити, що в дитинстві вони потерпали від психотравм значно частіше, аніж постраждали, у яких не спостерігався вищезазначений розлад, і були позбавлені узгодженої підтримки з боку батьків; наголошува-лися також вищі показники розлучень батьків.

Перенесене в дитинстві сексуальне насильництво (або примушення у вступ до статевого зв'язку із кімось з найближчого оточення дитини) корелювало із вищим рівнем як депресивних, так і тривожних симптомів пізніше, в зрілі роки [4, 5].

Преморбідні особливості хворих із посттравматичними стресовими розладами генетичного характеру. Хоча люди, в характері яких присутні риси тривожності, особливо схильні до розвитку посттравматичних стресових розладів, подібні розлади нерідко виникають і при обсесивному, за- лежному і навіть шизоїдному типі особистості. Проте логічно було б чекати, що індивіди з вищими показниками за опитувальниками для оцінки рівня невротизації (або «біс тривожності») більшою мірою схильні до розвитку симптомів посттравматичних стресових розладів, ніж люди з флегматич- нішого складу.

Істотно підвищений ризик розвитку посттравматичних стресових розладів виявився у тих, хто постійно піддавався негативному впливу шкідливих соціальних чинників, наприклад важко вирішуваних міжособистісних проблем або несприятливих умов життя [6].

Слід зазначити, що у всіх обстежених нами хворих спостерігалася наявність проблем у мікро-соціумі, таких, як, наприклад, конфлікти в родині з батьками або дітьми, друзями, колегами по роботі, розлучення тощо.

У етіології посттравматичних стресових розладів головну роль відігравали такі три групи чинників.

I. Спадково-конституціональні.

У цій групі необхідно виділити конституціонально-типологічні особливості центральної нервової системи і особистісно-акцентуйовані особливості.

II. Психоемоційні, або психогенні.

Це гострі або хронічні чинники зовнішньої дії, опосередковані через психічну сферу, які мали як когнітивну, так і емоційну значущість, і через це відігравали роль психогенії.

III. Психоорганічні.

Різна преморбідна органічна (травматична, інфекційна, токсична, гіпоксемічна та ін.) скомпроментованість інтеграційних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все, лімбіко-ретикулярного комплексу.

Для чоловіків найбільш частими чинниками була участь у військових подіях, автоподії, локальні техногенні катастрофи і надзвичайні ситуації.

З клінічної точки зору посттравматичний стресовий розлад відносився до особистісно-реактивних станів, що розвиваються внаслідок перенесеної надзвичайної ситуації, яка носила патогенно- психогенний характер для конкретної людини (наприклад, ситуації являли безпосередню загрозу для біологічно або соціально повноцінного існування людини, причетність її або рідних, близьких, друзів до катастрофічних ситуацій глобального або окремого характеру, – таких, як стихійні лиха, війни або техногенні катастрофи тощо).

Саме тому медико-психологічна реабілітація має бути обов'язковою частиною комплексу реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО, що призвело до її активного відбудування та поступового обов'язкового залучення до частини комплексних реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО [7 – 9].

Метою цього дослідження було вивчення соціальних факторів ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у демобілізованих учасників АТО, які знаходяться на реабілітації в санаторно-курортних умовах.

Посттравматичний стресовий розлад у клінічній практиці має відповідну – одноіменну – рубрифікацію (F43.1) у Міжнародній класифікації хвороб Десятого перегляду і представляється як син-дром, що виникає після дії екстремального за силою стресу.

В дослідженні взяло участь 80 демобілізованих учасників АТО, які знаходились на медико-психологічній реабілітації в санаторно-курортних умовах. У ході дослідження основна група з 80 хворих була розділена за Міссісіпською шкалою визначення наявності ПТСР на групу втручання 1, в яку увійшли 63 хворих ($126,7 \pm 3,18$), та групу втручання 2, в яку увійшли 17 хворих, які не мали ознак ПТСР, але мали скарги на психічний стан ($74,5 \pm 2,36$).

Програма медико-психологічної реабілітації здійснювалась протягом 40 годин за трьома основними етапами: діагностичним, корекційним та підтримуючим.

На першому етапі клініко-психопатологічного дослідження для первинної діагностики емоційного стану у демобілізованих учасників АТО нами були використані наступні шкали суб'єктивної та об'єктивної оцінки: шкала тривоги та депресії М. Гамільтонта, шкала депресії А. Бека, шкала діагностики реактивної та особистісної тривоги Ч. Д. Спілбергера, адаптована Ю. Л. Ханіним, Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант).

Основні психопатологічні феномени посттравматичного стресового розладу спостерігалися у вигляді облігатних симптомів:

- нав'язливих спогадів (наприклад, короткосочасне і яскраве повторне переживання перенесеного «flashback», нічні жахи «pavor nocturna»);
- обтяжливих сновидінь;
- недиференційованої тривоги;
- відчуття повторного переживання психотравмуючої ситуації;
- переживання гострого психологічного дискомфорту стресового рівня у ситуаціях, що нагадували або асоціювалися з первинною психотравмуючою подією;
- психомоторного недиференційованого збудження;
- емоційного притуплення, навіть до ступеня «anaesthesia dolorosa psychica».

Більшість обстежених нами хворих із посттравматичним стресовим розладом відзначали емоційне притуплення у відносинах з рідними, близькими, друзями, аж до психічної анестезії в особливо важких випадках.

У більшості облігатними були різні невротичні прояви, які зазвичай розвиваються на тлі відносного тривалого поточного емоційного перенапруження, безпосередньо пов'язаного як з індивідуально значущими психотравмуючими обставинами, так і з особливостями професійної діяльності.

ності в складних умовах (робота в нічний час, підвищений рівень шуму, затримка грошових виплат, відсутність роботи за фахом, нестабільність заробітку, загроза скорочення тощо).

Багато з обстежених нами хворих втратили інтерес до суспільного життя, знизилася їх активність при вирішенні власних життєво важливих проблем. Спостерігалася втрата здатності до співпереживання і зниження потреби в душевній близькості з іншими людьми. Порушена здатність підтримувати соціальні контакти позначалася і на сімейних відносинах: майже кожен четвертий перебуває в розлученні.

На тлі вказаних загальноневротичних порушень, як правило, значно знижувалася працездатність. У ряді випадків у обстежених хворих з'являлася метушлива і непродуктивна діяльність, що була підкреслена домінуванням стану дезадаптації. Нерідко спостерігалося загострення преморбідних індивідуально-типологічних рис.

В клініці в усіх хворих на посттравматичний стресовий розлад загальним було те, що переживання травми ставало головним в житті хворого, змінюючи стиль життя і соціальне функціонування, відбувався зсув акцентів з самої травми на її наслідки.

Вираженими особливостями вищевказаних невротичних проявів був тимчасовий характер, нестабільність, парциальність і фрагментарність окремих порушень, критичне ставлення до них, можливість швидкої і повної корекції під впливом ситуації, що змінилася на сприятливу.

В усіх обстежених хворих з посттравматичним стресовим розладом мало місце зниження рівня соціальної адаптації. Адаптивні ресурси і можливості особистості, рівень нервово-психічної стійкості хворих були істотно знижені; спостерігалося також певне зниження комунікативних можливостей особистості.

Хворобливий стан хворих з дезадаптацією характеризувався високим рівнем тривожності (з переважанням астенічних і фобічних компонентів тривоги, а також негативних очікувань відносно свого майбутнього), низьким рівнем нервово-психічної стійкості, зниженим фоном настрою, порушеннями міжособистісних комунікацій у поєднанні підвищеної конфліктності і дратівливості з ознаками мікросоціальної залежності, низькими показниками здоров'я, дезадаптивними перебудовами в ціннісно-смисловій сфері, низькими адаптивними ресурсами особистості, частковою або повною незадоволеністю сімейними відносинами, високими значеннями соціальної фрустрованості.

Як правило, до колишніх бійців ставляться з нерозумінням і побоюванням, що тільки посилює хворобливу реакцію демобілізованих військовослужбовців на незвичну обстановку, яку вони оцінюють з властивим їм фронтовим максималізмом. Учасники бойових дій зазнали труднощів процесу адаптації до умов мирного життя внаслідок їх конфліктної поведінки в соціальному середовищі: не-здатність прийняти нові «правила гри», небажання йти на компроміс, спроби вирішити спори мирного часу звичними силовими методами. Демобілізовані військовослужбовці підходять до мирного життя з фронтовими мірками і переносять військовий спосіб поведінки на мирний ґрунт, хоча і розуміють, що це неадекватно. Після «фронтової ясності» конфлікти мирного часу, коли «противник» формально таким не є і застосування силових методів боротьби заборонено законом, виявляються складними для сприйняття військовослужбовців, у яких виробилася миттєва реакція на будь-яку небезпеку. Багатьох демобілізованих бійцям важко стриматися, проявити гнучкість, відмовитися від звички трохи що хапатися за зброю, в прямому чи переносному значенні [10, 11].

Результати патопсихологічного дослідження показали, що у всіх досліджених хворих був високий рівень реактивної тривоги (ГД1 – 100,0% (46,8±1,04) та ГД2 – 88,2% (45,7±1,23)), як реакція на пережитий стрес, тоді як рівень особистісної тривожності превалював серед хворих, які мали діагноз ПТСР, як за об'єктивною (у 93,7% (20,6±2,3)), так і суб'єктивною оцінкою (у 90,5% (44,5±1,12)). В обох групах за суб'єктивною оцінкою хворі однаково сильно відчували наявність депресії (у ГД1 – 85,7% (15,1±2,04) та у ГД2 – 64,7% (17±1,3)), але за об'єктивними даними у 76,2 % хворих з ПТСР рівень депресії був вищим (17,7±0,5).

На другому етапі була проведена медико-психологічна реабілітація для демобілізованих учасників АТО, яка здійснювалася за ступеневим принципом:

1. Перший ступінь – заклади первинної ланки охорони здоров'я (лікарі загальної практики – сімейної медицини).
2. Другий ступінь (за потребою) – амбулаторна допомога у територіальних загальносоматичних та спеціалізованих закладах охорони здоров'я (кабінети психотерапії).

3. Третій ступінь (за потребою) – реабілітаційні відділення госпіталів ветеранів війни і учасників бойових дій.

4. Четвертий ступінь (за потребою) – центри (відділення) медико-психологічної реабілітації санаторно-курортної мережі «Укрпрофоздоровниця».

Змістовою частиною цієї системи була Програма медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО, яка розроблена відповідно до європейських та світових стандартів.

При цьому медико-психологічна реабілітація визначалася як комплекс лікуванально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків), психосоціальна реабілітація – як комплекс заходів, які спрямовані на максимальне відновлення рівня соціального функціонування і якості життя осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків).

Для вирішення основних задач медико-психологічної реабілітації були оптимально використовані різні фактори, індивідуально підібрані лікувальні впливи, щоб уникнути перенапруги адаптаційних механізмів, дотримуючись основних принципів побудови реабілітаційних заходів.

Тривалість програми – від 12 до 21 діб.

Програма реалізувалася за 3 етапами:

1) Початковий (етап налагодження терапевтичного контакту – комплаенсу).

Тривалість – 2 – 3 доби.

Проводилося:

- структуроване діагностичне інтерв'ю лікаря; психодіагностична сесія з фахівцем психологом;
- визначення індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми за принципом мультидисциплінарного обговорення;
- узгодження індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми з пацієнтом;
- початок індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми.

2) Основний (реабілітаційний). Тривалість – 14 – 18 діб. Проводилося:

- індивідуальна психотерапія (4 сесії);
- групова психотерапія (10 – 12 сесій);
- релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);
- ФТО, ЛФК, ароматерапія, рефлексотерапія та інші методи немедикаментозного впливу (постійно);
- медикаментозна терапія (за показаннями).

У індивідуальній психотерапії перевага надавалася використанню когнітивно-біхевіоральній психотерапії. Когнітивна психотерапія найкраще зарекомендувала себе в лікуванні ПТСР, депресій, тривоги, фобій, панічних атак. В основі когнітивного підходу лежить твердження: «Емоції і поведінка людини визначаються тим, як він оцінює світ». Тобто, якщо в глибинах підсвідомості у людини є переконання «світ недружелюбний», то і поведінка його і емоції будуть відповідними.

Групова психотерапія полягала в цілеспрямованому використанні групової динаміки, тобто всієї сукупності взаємин і взаємодій, що виникали між учасниками групи, включаючи і ведучого групи (психолога, психотерапевта), в корекційних цілях. Доцільним було створення психотерапевтичних груп закритого типу, кількістю від 10 до 12 учасників, за змістом психотерапевтична робота була спрямована на трансформування життєвої стратегії поведінки за рахунок зміни якості життя та адаптаційних механізмів (соціальної спрямованості).

Індивідуальна та групова психотерапія також носила соціальний напрямок, який передбачав два рівня: макросоціальна реадаптація особистості (відновлення і корекція рольової позиції особистості); мікросоціальна реадаптація особистості (відновлення і корекція мікросоціальних рольових позицій в міжособистісній взаємодії).

В якості релаксаційних методів використовувалася сугестивна особистісно-орієнтована психотерапія, яка проводилася в групах по 10-12 чоловік. Сугестивний вплив у вигляді словесних формул був направлений на зняття емоційної напруги, концентрацію уваги на роботі життєво важливих органів і систем організму, налаштування їх на ритмічну роботу. Розвивалась здатність

вольового управління своїми вегетативними функціями, активністю, настроєм, самопочуттям. На психотерапевтичних сеансах засвоювалися формули для аутогенного тренування.

- 3) Супортівний (завершальний / підтримуючий). Тривалість – 2–3 доби.

Проводилося:

- індивідуальна психотерапія (2–3 сесії);
- релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);
- завершення всіх інших лікувальних заходів.

За результатами проведеної медико-психологічної реабілітації було виявлено, що в обох група досліджених у хворих стабілізувався емоційний стан за рахунок вироблення навичок саморегуляції, відновлення фізичного потенціалу військовослужбовців і проведення тривалих психологічних заходів. У психічному статусі хворих на ПТСР спостерігалася стабілізація сну, зниження дратівливості, покращення апетиту. Знизився рівень реактивної тривоги ($34,7 \pm 1,82$). За суб'єктивною ($11,2 \pm 0,8$) та об'єктивною ($15,7 \pm 1,1$) оцінкою спостерігалася стабілізація емоційного стану. Хворі відмічали зниження частоти емоційного переживання і повернення в травматичну ситуацію ($p < 0,05$).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Вид. 2-е, перер. та доп. – Х.: ХМАПО, 2014. – 285 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
3. Коростій В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу / В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. Заворотний // Міжнародний неврологічний журнал. – 2015. – №6 (76). – С. 59 – 71.
4. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype / R. A. Lanius, E. Vermetten, R. J. Loewenstein [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 167. – P. 640 – 647.
5. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) / D. E. Jonah, K. Cusack, C. A. Fomeris [et al.] // Comparative Effectiveness Reviews. – 2013. – Vol. 92.
6. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: методичні рекомендації / Б. В. Михайлів, О. М. Зінченко [і співавт.]. – МОЗ України, ХМАПО, Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Харкова. – Х., 2014. – 30 с.
7. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма / рук-во для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Сnedков, А. М. Резник. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
8. Лікування та реабілітація комбатантів – миротворців із посттравматичним стресовим розладом / О. Г. Сиропятов, О. К. Напрєнко, Н. О. Дзеружинська [та ін.]. – К.: О. Т. Ростунов, 2012. – 76 с.
9. Михайлів Б. В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова) – К. – Х., 2015. – 72 с.
10. Екстремна медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: методичні рекомендації / Б. В. Михайлів, О. М. Зінченко [і співавт.]. – МОЗ України, ХМАПО, Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Харкова. – Х., 2014. – 18 с.
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. №121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

В. П. Самохвалов,

ВВЕДЕННЯ В ПРОБЛЕМУ СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХОПАТОЛОГІЇ

V. P. Samokhvalov,

INTRODUCTION TO THE PROBLEM OF SOCIOPSYCHOPATHOLOGY

Запорожский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии;

Ричмондское психосоциальное Товарищество Чешской республики.

Zaporozhe State medical university, Department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology;

Richmond psychosocial Foundation Czech Republic.

Статья поступила в редакцию 25.03.2016.

Резюме

Предполагается, что некоторые макросоциальные феномены могут быть рассмотрены с позиции социальной психопатологии. Одним из них является индуцированное социальное бредовое расстройство и поведение жертв массового насилия. Предлагаются варианты развития социальной психопатологии как синтеза клинической психиатрии, социобиологии и социологии.

Ключевые слова

Резюме

Передбачається, що деякі мікросоціальні феномени можуть бути розглянуті з позиції соціальної психопатології. Одним з них є індуковані соціальні явища, які викликані масовим насильством. Варто зазначити, що варіанти розвитку соціальної психопатології як синтезу клінічної психіатрії, соціобіології та соціології.

Ключові слова

Resume

соціальна психопатологія, індукований бредовий психоз, агресія.

Предбачається, що деякі мікросоціальні феномени можуть бути розглянуті з позиції соціальної психопатології. Одним з них є індуковані соціальні явища, які викликані масовим насильством. Варто зазначити, що варіанти розвитку соціальної психопатології як синтезу клінічної психіатрії, соціобіології та соціології.

Keywords

sociopsychopathology induced delusional psychosis, aggression.

От социальной психиатрии и психологии к социальной психопатологии. Социальную психологию, изучающую закономерности поведения и психологии человека, связанные с принадлежностью к группам, сообществам, этносам и социальной психиатрии, занятую изучением влияния социальной среды на психическое здоровье объединяет социальная история.

Социальную историю можно рассматривать с позиции суммы индивидуальных историй людей конкретного общества. Однако аналитики, психологи, политики и психиатры понимают, что массовые психические, или, по выражению В.М. Бехтерева «коллективные рефлексы» [1], несводимы и даже часто противоречат индивидуальной психологии, поведению и образу мыслей отдельного человека, обусловлены принадлежностью его к определенной группе, временнной, как, например, к толпе или относительно постоянной – партии или объединению [2 – 4]. Личность может быть ориентирована позитивно, но оказываясь в новой или аномальной социальной символической среде, вдруг обнаруживает преступное поведение, возможно и обратное, когда криминальные или дисоциальные элементы в ином социальном окружении ведут себя альтруистично. Доминирующее и сверхценное восприятие лидера, взаимное индуцирование, притяжение и от-

талкивание, экспансивная готовность к действию, деструктивность, которая сменяется массовым самопожертвованием, стереотипное повторение лозунгов и призывов, сметание всех преград, вслед за которым следует спорадическое бегство, разочарование и экстатическая вера являются лишь некоторыми описаниями коллективного сознания в период революций и протестов. Подобные коллективные явления могут быть осознаны с позиции индивидуальной психопатологии, но возможно требуют особого социально-психопатологического подхода. Эти острые и хронические процессы в современную эпоху украшены и стимулируемы массовыми коммуникациями и компьютерными технологиями, превращающими человека в единицу часто анонимной толпы, которая поглощает индивидуальное сознание, нивелирует личностные особенности.

Общество материального потребления, превращаясь в общество информационного потребления, уже не может отличить правду от лжи, добро от зла, пользу от вреда, которые становятся инвариантными, как противоречивыми являются и информационные потоки. Множественность и противоречивость позволяют вместо типажей лидеров времен Французской революции и последующих революций вплоть до начала XXI увидеть на исторической сцене анонимные группы, члены которых могут даже не знать истинные имена остальных, выдвигая на первые позиции таких же анонимов, которые управляемы скрытыми лидерами. За последнее столетие массовое сознание стало иным, что ощущается во всех его проявлениях, в искусстве, науке и технологиях, отношении к семейным ценностям, сексуальности, экономике, философии [5]. Изменилось представление о границах нормы, которые и ранее неразличимые, теперь образовали внутри психиатрии и психологии логические анклавы. Благодаря медикализации расширились границы понимания зависимости и утраты контроля над собственными импульсами, к созависимости стали относить то, что ранее считали любовью, с другой стороны – антипсихиатрическое движение и психология большую часть аутизма стали воспринимать как явление естественной эволюции человека, «мягкие» наркотики и заместительную наркотизацию необходимыми, а гендеры и трансгендеры намечаются условно и перетекают друг в друга. Нормой стал когнитивный диссонанс, амбивалентность суждений и амбитентность выбора политической и нравственной ориентации, расщепление на уровне смысла и поведения, стереотипизация суждений в стиле слоганов рекламы, демонстративная работа над собственным имиджем, доступная для всех пользователей гаджетов, обнаженная открытость и отсутствие сдерживания порывов ярости в сетях, кровенная ложь и девальвация ценностей с единственной задачей – вызвать к себе интерес. Все эти процессы обусловлены социальной, культуральной эволюции и они влияют на проявление индивидуальной и коллективной психопатологии, их принципиальное отношение к неврозу, психозу или норме. Стереотипизация данных процессов в социальной истории связана с индуцированием.

Коллективное сознание и история содержат множество примеров как индуцированного по-мешательства, то есть психоза, который носит эпидемический характер, охватывая целые популяции или малые группы, так и примеры индуцированного самопожертвования. Вероятно, желание принадлежать к группе, нации, идеи или так называемое массообразование основано на биологической природе человека. Существующая социальная психиатрия изучает влияние факторов социальной среды на психическое здоровье человека или общины, и разрабатывает позитивные методы социального влияния на психические расстройства. В случае социальной психиатрии мы сталкиваемся с индивидуумом и макроокружением, но не с описание типологии и психопатологии аномального и деструктивного общества. Социальная психопатология, которая пока не существует как отдельная наука, тем не менее, уже содержит достаточно отчетливые описания социальной депрессии, причиной которой считается экономический кризис, социальные тревоги, которые проявляется в апокалиптических настроениях, социальной эйфории и даже социального «расщепления», к которому относится понятие двойного или множественного стандарта, хотя известно, что первоначально понятие «расщепления» ассоциировалось только с шизофренией. Описаны эффекты «внезапного отсутствия» и экстремальной девальвации, очередей, группирования и популяционной деструктивности движения «новых русских» в первые годы после распада СССР [6]. Отдельно рассматриваются случаи индуцированного бреда, которые могут являться особыми формами социальной психопатологии.

Психотичностью, требующей немедленного вмешательства, обычно психиатры называют поведение, которое угрожает жизни самого индивидуума, в нашем случае – общества, в связи с высоким риском суицидальности или поведение, которое предполагает деструктивное разрушение, а также убийство окружающих. В широком смысле, любая война и агрессивное противостояние содержат психопатологический элемент, а некоторые психозы включают галлюцинаторные видения

войны даже у тех индивидуумов, которые с ней никогда не сталкивались. Разграничение войны и психоза обычно основано на том, что при обычной агрессии жертва противостоит написку с большей или меньшей успешностью, при психотическом поведении уничтожаются невинные и причиной являются не территориальные или ресурсные претензии, а символическая система самого бреда. Здесь и далее под бредом мы будем понимать принятые в классической психиатрии – «бред это ложное умозаключение, возникающее на болезненной основе, которое не подвергается критике и при этом данное умозаключение определяет поведение человека или группы людей» [7].

При некоторых формах бреда вся система подобных умозаключений, к которым относится также и идея национальной исключительности или, соответственно, неполноценности, эмоционально окрашена и экспансивна, при других существует долгие годы в латентном, скрытом состоянии. Бредовые убийства даже в индивидуальных случаях характеризуются выраженной жестокостью и есть множество оснований считать, что именно к ним следует относить и серийные убийства, которые не мотивированы ограблениями. Они нередко совершаются на фоне измененного сознания, например наркотического или алкогольного опьянения. Параллельное с историей войн развитие вооружения привело к тому, что сожаление по поводу жертв уже не нуждается в искуплении, они все более и более дистанцированы от агрессора. Время также само по себе образует дистанцию и стирает память. Это создает объединение в определенной части социального сознания жертв и «археологических артефактов» требующих многолетнего расследования и объясняемых совершенно противоположно и часто парадогично, опираясь на мифологическую логику. Следует также отличать агрессию при индуцированных бредовых психозах от культовых убийств, в частности у майя, ацтеков, инков, гекатомб. Культовые убийства являются частью конкретной устоявшейся культуры, а жертвы выбираются по определенному принципу из своей же среды и, в большинстве случаев, изначально они готовы к неизбежному. В частности, при децимациях в Риме по жребию в воинских подразделениях, разделенных на десятки, убивался каждый десятый в случае потери знамени, бунта или дезертирства, при этом убийство осуществляли девять оставшихся в живых солдат. В Афинах массовые жертвоприношения 100 быков в честь Зевса и Аполлона приходились на первый месяц по аттическому календарю – гекатомбион с 15 июля по 15 августа, в дальнейшем, в переносном смысле, гекатомбами стали называть также массовые и бесмысленные убийства в результате войн, эпидемий и террора. В символическом смысле жертвы гекатомб становились собой входжение в новый годовой цикл. Теперь мы видим сходные ритуальные жертво-приношения инакомыслиящих, совершаемые с определенным ритмом сторонниками ИГ (ДАИШ). Одновременно, сотни тысяч людей, презирая трудности, бегут от войны на Востоке, при этом значительная часть их гибнет или тратит на бегство последние средства, но в результате исхода в другую культуральную и экологическую среду их поведение меняется, также радикально меняется поведение жителей стран, принимающих мигрантов. Бегство от смерти и войны для многих неожиданно становится сходным с латентным самоубийством, альтруизм «принимающей стороны» оборачивается у многих страхом, тревогой, ксенофобией и агрессией против пришельцев.

Массовое убийство и самоубийство являются доказательствами социальной психопатологии и требуют диагностической оценки и вмешательства, так же как стремление к самоубийству или убийству при любой индивидуальной психопатологии являются поводом для неотложной госпитализации. Но если индивидуальная психопатология оценивается феноменологически в традициях K. Jaspers [7], то как следует оценивать массовые социальные феномены? Можно ли говорить о том, что аномалией является бунт, протест, война, революция, социальная деградация и утрата ценностей, социальная апатия, неконтролируемый исход в результате индуцированного панического страха, и можно ли утверждать, что некоторые общества, группы и общности переживали или переживают некий острый или хронический социальный психоз? На бытовом уровне подобная номинация «социальной болезни» лидеров и групп, а также необходимости их «лечения» встречается все чаще.

В классических традициях психиатры, рассматривая поведение и высказывания, выделяют сферу психического статуса, состоящую из эмоций, памяти, мышления, сознания, инстинктов, личности поведения, интеллекта. Но как следует описать психический статус социального явления? Здесь то, что может быть анамнезом заменяется некоторыми общими представлениями о событиях и чаще противоречивыми описаниями, литературой, свидетельствами очевидцев и СМИ, хрониками, экологией окружения, историческим временем, для которого то или иное событие было морально допустимым или нет, то есть моралью и философией времени. Мы лишь в общих чертах можем описать социальную память, сознание, мышление и инстинкты, в частности потребления,

агрессии, но теряемся в описании обобщенной этнической или социальной личности и определении социального интеллекта. Чаще всего, именно отрыв социального события от культурального или религиозного контекста заставляет говорить о патологичности и аномальности. Если описывать статус лидера, то задача упрощается, можно связать его харизматичность, личностные и аномальные черты с массовыми явлениями и индукцией, но и здесь присутствует очевидная сложность, ведь мы об этих явлениях судим по информации СМИ, которая обычно кем-то ангажирована.

Пока можно остановиться на известных и не вызывающих возражения личностях и установленных ранее расстройствах, с которыми поведение этих личностей возможно связать. Этот подход принято называть патографическим. В его основе лежит клиническая биография личности. Но стоит отступить от единичного к множественному, то есть социальному, когда биографию сменяет история, приходится полагаться лишь на гипотезы даже на уровне феноменологии, которая теперь уже носит не индивидуальный, но эпидемический характер. По сути, кроме мнений адептов психоанализа и социологии [1 – 5], а также классической психиатрии [7], можно пока опереться только на социобиологию. Но тогда биологические аналогии неизбежны и вместо культуры и общества придется вспомнить о прайде, популяции, стае, системе «плата-выигрыш», межсамцовой агрессии, территориальности и установлении рангов доминирования и, словом, обо всех, принятых в социобиологии понятиях.

Индуцированное социальное бредовое расстройство. Индуцированное бредовое расстройство как особая форма психической патологии описана в Европейской классификации психических и поведенческих расстройств под шифром F24 [8]. Следует заметить, что и в норме все психические процессы отличаются высокой индуктивностью, хотя, по-видимому, нет ни одного психопатологического расстройства, которое бы не имело психологических аналогов. Направленно и осознанно высокая индуктивность и внушаемость используются широко в педагогике, политтехнологиях, трансформациях и реформах в экономике и государственных институтах, рекламе, СМИ и эти её главные области воплощения связаны между собой. Человек является коммуникативным существом и каждый его жест, мимика, речь предполагают некий ответ окружающих, имитация такого ответа является сигналом, облегчающим коммуникацию. Стереотипное повторение сигнала приводит к лучшему социальному закреплению, что в частности выражено во фразе: «Повторение – мать учения». Индукции способствует ситуация религиозной секты или аномальной семьи, закрытость тоталитарного сообщества с выраженной фигурой вождя, географическая, культуральная и языковая изоляция. Наиболее высока индуктивность у детей и подростков, у лиц с низким интеллектом, у женщин в климактерическом и предклимактерическом периоде. Женщины в целом более подвержены индукции, чем мужчины. Индукция лежит в основе образования религиозных и политических течений в центральных декларациях которых, благодаря ей, первоначально за прекрасными лозунгами теряются агрессивные призывы, как это произошло с Манифестом Коммунистической партии, в котором за призывами к равенству и братству звучали и затем прорвали руководство к действию, призывы к уничтожению религии и частной собственности, как за гуманистическими призывами Французской революции вдруг выступило массовое уничтожение и Вандея. В системе индукции имеет значение сам источник этой системы – индуктор и реципиент, который своими высказываниями и поведением способствует усилиению продукции индуктора. В основе биологии индуцирования лежит так называемый «эффект аудитории», толпы, стаи или «социального облегчения» («social facilitation»), которые описаны у птиц, млекопитающих, человека [9, 10]. Механизм этих феноменов заключается в том, что конкретное поведение и связанное с ним эмоциональное выражение осуществляется быстрее, если оно наблюдается у окружающих. Благодаря этому, чем больше число наблюдателей, тем больше становится индукция. Среди аудитории, в этом случае, высока вероятность выделения нескольких сензитивов, то есть высоко подверженных индукции и внушаемости, выполняющих роль посредников в эпидемическом распространении поведения или речи доминантного индуктора. Через некоторое время посредники начинают конкурировать в своей индуктивности с лидером, занимают его место или устраняются. Эта конкурентность понимается как установление новой иерархии социальных рангов и новой системы доминирования. Распространенность патологической индукции и индуцированных бредовых расстройств недооценивается, хотя в новейшее время к ним следует относить нацизм, деструктивные сектантские течения, в частности мунизм, самаджизм, тоталитарные псевдокоммунистические и мусульманские движения. Существуя первоначально как секты, эти течения индуцируют другие группы, которые присоединяются к ним в момент беспорядков, революций и переворотов. К таким группам относятся маргинальные молодежные националистические движения, скинхеды, футболь-

ные болельщики и даже профессиональные движения. Ряд из индуцированных групп подразумевают возможность группового и ритуального убийства и самоубийства, героизируют погибших во имя идеи, как это было в случае Хорста Весселя (Horst Ludwig Wessel, 1907 – 1930) в нацистской Германии, строят собственную групповую мифологию обогащенную символикой от формы одежды и различительных знаков до стиля поведения имитирующего доминантного лидера с его системой приветствия, манерой разговора, жестовой и мимической экспрессией, вкусами и предпочтениями. Все подобные течения модифицируют поведение членов групп, партий и сообществ до степени изменения личности столь стойких, что они фиксируются даже после распада течения. Подобная модификация поведения достаточно детально описана А.Л. Дворкиным [11]. В социальной психиатрии описан магифренический тип адаптации – развитие магического мышления с преобладанием сцерхценных и бредоподобных идей мистического и иррационального содержания. Эта адаптация признается одним из вариантов социально-стрессорного расстройства и возникает в периоды социальной нестабильности [12]. Она отчетливо предшествует развитию социального индуцированного бреда.

Индуцирование бредовых идей в паре, группе и сообществе связано с идеями отравления, порчи, деструкцией морали, которые приписываются инородцам, целым нациям, странам и народам, конкретной религиозной вере, другому образу жизни. В атрибутику доказательств вредоносности источников предполагаемой опасности входят другая морфологическая антропология от формы черепа до соотношения размеров конечностей, цвет кожи, обычая, например поддержания чистоты тела, тайный захват материальных и финансовых ценностей. К числу «новых» идей в индуцированном бреде входят концепции конца света, происхождения собственной исключительности как расовой, так и идеологической, мессианство. Таким образом, строится новая религия или её сектантское ответвление. Индуцированный бред, как очерченный синдром, имеет в своем развитии все общепринятые стадии бреда описанные К. Conrad [13].

На первой, обозначаемой как трепа, возникает безотчетная тревога, растерянность, мир наполняется символикой, интенсифицируется воображение, возникает социальная депрессия и многочисленные идеи реформаторства. Обычно эта стадия характеризуется повышенным интересом к эзотерике, магии, психоэнергетике и появляется в результате, или предшествует экономическому кризису и распаду страны, появляются отчетливые признаки деморализации, разрушения общечеловеческих, семейных и традиционных религиозных ценностей. Подобные процессы при индивидуальном бреде во многом сходны с социальным индуцированным бредом. К этой стадии, в частности относится экономическая депрессия в России предшествовавшая Октябрьской революции на фоне интереса к символизму в искусстве, с всеобщим увлечением интеллигенции психоанализом и теософией, глубокая стагнация с ощущением национального унижения в Германии после первой мировой войны, настоящая «психоэнергетическая» эпидемия в СССР в конце 80-х годов XX века с поклонением многочисленным экстрасенсам, провидцам и астрологам. По сути это магифренический тип адаптации описанный выше [12].

В архаических обществах стадия трепы описана как «шаманская болезнь», которую связывают со смертью шамана или вождя как значимых сакральных фигур. Этот период эквивалентен советскому времени «смерти вождей». Возможно, предчувствие подобных изменений в трепе предшествует собственно началу развития бреда, оно именуется «зарницей психоза», что в поэтической форме выражено в Манифесте коммунистической партии «Как призрак бродит по Европе....». Тревога и растерянность, появление призрака умершего шамана, материализация духов с попытками найти новую священную фигуру в архаическом традиционном обществе продолжаются до той поры, пока она не обнаруживается. Этот же выбор значимой фигуры отмечается и в современной культуре.

На втором этапе, обозначаемом как апофена, возникает кристаллизация бреда. В результате естественного отбора идей и лидеров формируется центральная мифологема, которая подобно семиотическому вирусу разрушает уже существующие символические системы, воображение фиксируется на моноидее исключительности, проясняется и дегуманизируется образ внутреннего и внешнего врагов, которым приписываются все возможные недостатки. Подобный же смысловой вирус утверждает терроризм как естественный ответ на любой экономический или политический вызов [14]. В СМИ возникает карикатурные образы с невербальными знаками уродств и ассоциациями мнимых врагов с животными, упырями и вампирами. Проявляются признаки вербальной агрессии. I. Eibl-Eibesfeldt [15] пишет: «Вербальное нападение имеет универсальные принципы. Паттерны унижения, обличения, ниспровержения, подстрекательства и вербальная дегуманизация в

принципе сходны в большинстве, хотя и не во всех культурах». Система «чистки» рядов, термин, который теперь манифестирует как «зачистка» представляет собой процесс естественного и искусственного отбора лидеров, их окружения и целых народов в период формирования апофеной стадии. Он описан во время всех периодов дестабилизации, как в Германии, так и в ССР, но при этом наименее страшные формы при красных кхмерах в Камбодже, когда за короткое время было уничтожено 1.7 млн. человек на основании их неблагонадежности. Эта стадия сопровождается угро-зой геноцида, например евреев в Египте, в странах Ближнего Востока, Африке и Испании приведшие к массовой миграции, преследования иноверцев в период религиозных войн в Европе, психотическими крестовыми походами и особенно крестовыми походами детей, резней армян, дискриминацией по признакам веры. Канувшие в лету народы, возможно, были жертвами массового уничтожения, а их следы растворились в результате ассимиляции.

При подобной генерализации бреда, охватывающего все стороны действительности, говорят о развитии третьей, апокалиптической стадии бреда, для которой характерны идеи величия и эсхатологические идеи, предрекающие конец света или завершенность истории. На этой стадии бред становится мегаломаническим, превращается в часть государственной идеологии, включается в искусство и культуру, повседневную жизнь обывателей. Но он распадается в случае столкновения этой системы ценностей с сильным государством, повергая народ в последующую апатию, редукцию энергии и депрессию, прежние, пусть даже бредовые ценности девальвированы, но иных пока нет. В индивидуальных случаях говорят о достижении бредовым болезнью стадии парафрении, возникновении эмоционально-волевого снижения и распада личности. Иногда распад не происходит и бред «инкапсулируется» далее не развиваясь, в этом случае обычный слесарь сантехник может считать себя Великим кормчим, но поскольку это не влияет на его профессиональные качества, подобные высказывания считаются лишь чудачеством. «Инкапсулованные» бредовые политические режимы все же представляют серьезную опасность, так как их внутренняя реконструктивная активность может быстро обернуться экспансиею. Примерно это же происходит с локальными религиозно-политическими движениями Африки, которые ограничиваются определенной языковой или географической средой и не выходят за ее пределы, то же происходило с диктаторскими режимами северной Африки и Ближнего Востока.

Существенной характеристикой социального индуцированного бреда является роль индуктора и последующая его сакрализация. Чаще всего индуктор имеет собственный психотический опыт, более мягкий в юности и выраженный в идеях реформаторства или более жесткий, например, если он переживал слуховые галлюцинации, был «свидетелем» пришествия, испытывал видения, искажения восприятия запаха, вкуса иногда и при воздействии психоактивных веществ. Это псевдошаманский комплекс делает его значимым существом для реципиентов, которые воспроизводят мифологические детали переживаний, страданий и видений лидера до мельчайших деталей, веря в его избранность историей или высшими силами. Псевдошамана следует отличать от истинного шамана, который может регулировать свои переживания в связи с конкретным камланием или ритуалом. У псевдошамана подобный контроль отсутствует, он является скорее психотиком, чем профессионалом, использующим свое воображение.

Наиболее внушаемые занимают в новой иерархии высокие посты и транслируют обретенные знания сверху вниз до уровня исполнителей воли индуктора. Истерические (диссоциированные) личности дополняют портрет своими фантазиями. Часто при массовом индуцированном психозе сложно выявить индуктора и все кажутся в одинаковой степени безумными. Единственный пока способ – разделение участников бреда, при этом система высказываний у реципиентов начинает блекнуть или вовсе исчезает, заменяясь обыденным или новым сознанием, у индуктора – напротив – расцветает, поскольку он себя считает «жертвой испытаний». Такими испытаниями становятся тюрьма, ссылка, катаргия, любые социальные ограничения, сколь бы адекватными они не являлись. В любой культуре, даже в относительно спокойный и благополучный период тлеют или находятся в латентном состоянии семиотические вирусы идей мессианства, сглаза, заговора, колдовства, конца света, нашествия пришельцев, но достигают некоторые из них эпидемического уровня лишь при соответствующих внутренних и внешних условиях нации, страны или народа. Индукторы обычно относятся к доминантным личностям с высоким и часто неадекватно высоким уровнем самооценки, первичные реципиенты всегда подчиняются, внушаемы и зависимы.

Наилучшей моделью развития макросоциального бреда являются лидеры и члены мессианских сект, которые являются источниками индуктивных психических эпидемий. Врастая в систему политических партий, ересей и политических течений, обозначаемых как хилиастризм, они фор-

мируют собственно индуцированный бред. Один главных постулатов всех этих мессианских образований является представление о тысячелетнем царстве Мессии, тысячелетнем государстве и господстве, тысячелетнем рейхе. Самым архаичным вариантом мессианства является «cargo-cult синдром» (англ. «cargo» – груз). Сначала он наблюдался на островах Микронезии и Океании в форме быстрого распространения слухов о том, что белые люди скоро покинут островитян, и они получат много товаров, которые к ним доставит белый пароход [16]. Распространитель слухов – «новый Мессия» – характеризовался:

- уверенностью в общении душ, доказательством которых он считал собственные обманы восприятия, например он чувствовал, что умеет читать мысли окружающих;
- престижными символами в мышлении становятся женщины, отсюда стремление к покровительству по отношению к ним и случайные половые связи, стремление получать и делать богатые подарки, повышение престижа некоторых пищевых продуктов, избирательность еды, определенная иерархия по отношению к животным;
- «Мессия» распространяет свое влияние только в пределах определённой лингвистической группы;
- использование «Мессией» неологизмов, чаще слова «cado», возможно, соответствующего лат. «cados» – хвост, являющегося эквивалентом фаллоса.

Множество аналогов мессианства более широкого религиозно-политического масштаба приписывалось Г. Распутину, Мао Дзе Дуну, М. Кадафи, и многим другим лидерам, в частности стран Африки. Индуцированное мессианство можно обнаружить и у лидеров нацизма. Связь элементов – декларирование исключительной проницательности лидера – необычный стиль его жизни, в новейшее время предпочтение экологически чистых продуктов и увлечение спортом – выбор нового престижного брачного партнера и ритуал расставанием со старым – регламентация дарения в пантеон подарков – избрание личного животного, теперь чаще определённой породы собак – использование в речи необычных словесных оборотов или нецензурной речи.

В архаичном варианте Мессия готовит учеников и последователей, изобретает новую мораль и кодекс нравов, дистанцируется с группой от основного поселения. Одежда его отличается какой-либо необычностью, иногда тона одежды кричащие и вычурные. В состоянии экзальтации он уничижает свиней, которые являются чрезвычайно престижным символом в Микронезии и Океании, достаточно сказать, что новорожденных поросят женщины вскармливают грудью. Мессианец часто отказывается от пищи и тратят деньги, нередко их униждают по странным мотивам. Состояния тревоги, ожидания чуда, стремление к немедленным действиям, ожидание пришествия или конца света, направленные, в конечном счёте, к достижению радости и счастья, индуцируются во время массовых выступлений, которые продолжаются очень долго, в течение нескольких часов. Стремление мессианцев долго говорить, также является универсальным для всех культур. У «Мессии» бред величия (экспансивная парафrenia) обычно возникает остро, как своеобразное озарение, а индуктивный процесс – хилиастризм, развивается с различной скоростью. Впервые хилиастризм, как массовое течение описан на Самоа (1826 – 1841), как движение «мамана», затем на Гибридах (1867 – 1968) в секте Каона. Позже на Фиджи (1873) в секте Тука, на Новых Гибридах (1938) в секте Джон Фрум, на Соломоновых островах (1945) – масинга. Хотя любое религиозно-политическое движение развивается по одинаковым механизмам, некоторые из них вполне прогрессивны, например движение хау-хау у майори (1864 – 1868), мусульманские течения XX века. Столкновения членов движений с властями приводят к формированию ролей мучеников, которые усиливают индуктивное влияние секты.

Близкими к хилиастризму являются синдромы, при которых позиция Мессии замещается престижной ролью предка, умершего члена рода, «царевича». Такие синдромы индуцируются верой в скорое пришествие «незаконно убиенного» с богатыми дарами. Синдромы этого типа описаны на Новой Гвинее как эпидемическая патология под названием «vailala madness». Индуктор болезни дрожит, испытывает тревогу, его движения носят автоматический характер, иногда он застывает. Апокалиптические (эсхатологические) эпидемии, сопровождаемые индукцией и мессианством, отмечались также 28 октября 1992 года под руководством пастора Ли Янг Лин, в декабре 1993 года под началом миссионерской церкви Дэйвера. В это же время 200000 членов секты Дами ожидали конца света на стадионе в Сеуле (Южная Корея). Эпидемическая идеология нацизма также содержала эсхатологические черты, выраженные в концепции третьего рейха как завершенной истории тысячелетия.

Именно как хилиастризм возникли Белое Братство и виссарионизм, техника направленного

хилиастрисма заметна в психотехнологиях всех революций новейшего времени, почти всегда декларирующих прекрасное будущее, невиданный расцвет в результате борьбы со злом. Эпидемия Братства связана с именем Марины Мамонтовой (Цвигун), которая называла себя Марией Дэви Христос, и Юрием Кривоноговым, именуемым Юоанном Свами. Белое Братство развернуло невиданную пропагандистскую компанию, которая охватила наиболее значительные города Украины, с целью предупреждения о конце света, который должен был состояться 14 ноября 1993 года, на эту же дату было назначено самосожжение членов Братства. Финансы Братства складывались из добровольных взносов членов, которые отдавали в его фонд все свои средства. В листовки Братства, наряду с предупреждением о конце света и утверждением мессианской роли Марии, включались политические, и даже экономические оценки страны, состояние которой было очень тяжелым. В результате изоляции группы было задержано около 700 её членов, 60 из них в день предполагаемого «конца» собрались на Софиевской площади в Киеве. При расследовании деятельности Братства было изъято около 30 тонн литературы. Среди госпитализированных членов течения у нескольких десятков был поставлен диагноз посттравматического стрессорного расстройства и диссоциативного расстройства. Для реабилитации членов Братства в среднем понадобилось около двух лет. После тюремного заключения организаторов Братства хилиастрисм находился в скрытом состоянии, но после освобождения М. Цвигун вновь начала свою деятельность уже под другой фамилией в нескольких постсоветских странах.

Переход в латентную стадию в стиле «идеологических спор» характерен для многих хилиастрических проявлений, это же произошло с нацизмом и национал-большевизмом, которые после поражений уже через несколько десятилетий вновь возрождаются с той же идеологией, меняя лишь название и выступая иногда под маской нового толкования религиозных и идеологических основ. Системы построения мессианского индивидуального и коллективного бреда сходны: апелляция на исключительность личности или народа в связи с его уникальной историей, отделение в этой истории чистоты и иного происхождения (бред иного происхождения) – ведущая роль личности и нации в истории с воссозданием неких естественных границ территории – инвазия своих ценностей в другие культуры – война или личное противостояние.

Однако будущее парафренных и индуцированных переживаний состоит не только в спонтанном возникновении мессианства, а в техниках повышения значимости «Я». В настоящее время большинство психотехник в психотерапии и психологической коррекции направлено на укрепление «Я», его восстановление и коррекцию, так называемый «личностный рост», но вполне возможно, решение задач структурного образования уникального и значимого «Я», которое всегда окрашено элементом величия, по крайней мере, в состоянии вдохновения, а также создание группового и корпоративного «Я». Часть психотерапевтов и коучей, поведенческих терапевтов и мастеров тренингов и ранее и теперь – бессознательно использовали и используют все элементы мессианства для модификации поведения, что создает постоянную опасность возрождения семиотических вирусов хилиастрисма.

Для суждений об индуцированном бредовом социальном расстройстве важно выделить доминантное индуктивное лицо с бредом, при этом бред у реципиентов исчезает через некоторое время при разлучении. Лидер подвергается изоляции, дискриминируется на судебном процессе или элиминируется, таким же образом поступают с наиболее активными реципиентами, далее происходит угасание индукции или бред принимает латентные формы как своеобразная память предков. В индивидуальной психопатологии используется раздельная госпитализация, а в политическом противостоянии идеология расчленения государств. К критериям социального индуцированного бреда относится также случаи, когда один, два и более лиц разделяют бредовую точку зрения сколь бы абсурдной она не была, поддерживают друг друга в своих убеждениях и стереотипно воспроизводят клише доминанты благодаря тесным семейным, территориальным, религиозным или информационным взаимоотношениям, которые создают периодическую или постоянную возможность прямой индукции реципиентов. Описаны случаи, когда у реципиентов возникают внущенные зрительные галлюцинации или они индуцируются и имитируют неожиданные поступки и высказывания индуктора, его предпочтения и вкусы. Такой индукции способствует социальная реклама и социальные сети.

Индуцированное социальное бредовое расстройство следует дифференцировать с обычной психологической индукцией, как нормативным поведением. Основными критериями является отчетливое искажение действительности при бреде, невозможность коррекции высказываний и критики, а также психотическое стремление к агрессии или принуждение к самоуничтожению. Де-

структуривность и аутодеструктивность являются главными критериями. К критериям относится также «объективизация» суждений индуктора. В частности, индуктор может быть сензитивом, первым услышавшим запах газа, который пока остальными не ощущается или предчувствовать первые симптомы землетрясения. Его информация индуцирует реципиентов, но она должна объективно проверяться. Это касается также идей преследования, реформаторства. Сложнее обстоит дело с религиозной индукцией. Так называемое «объективное» суждение, здесь может быть принято лишь при очевидно нелепых утверждениях, которые не включены в конкретный, характерный для данной религии традиционный контекст. Во всех случаях мы должны учитывать отклонение в религиозном и семейном воспитании в детстве, которые согласно психоистории L. deMause могут являться «детскими источниками терроризма и агрессивной военной экспансии» [17].

Разделение индуктора и реципиентов в последующем сопровождается, по отношению к ним, различной тактикой. Индуктора следует подвергать социальной изоляции и лечить как пациента с бредом, реципиенты после утраты доминантного лица чувствуют собственную заброшенность, депрессию, у них возникает импульсивная агрессия и духовная пустота. Подобные переживания, как синдром поражения, также могут индуцироваться и охватывать нации. Это требует продолжительной реабилитации и психотерапии зависимости. Многое в этой терапии сходно с воздействием и реабилитацией при зависимости от психоактивных веществ. Послевоенные планы реабилитации наций пребывавших под тоталитарным режимом должны учитывать опыт групповой и индивидуальной коррекции и реабилитации зависимых расстройств личности и заболеваний, связанных с утратой контроля над собственными деструктивными импульсами.

Агрессия и война – границы нормы и психопатологии. Стандартным воплощением феномена групповой агрессии у человека является война как форма достижения любой цели, когда иначе, как агрессивным противостоянием, эта цель не может быть достигнута. Подобной целью может быть любой ресурс, территория или установление доминантности. Многие считают войну своеобразным двигателем прогресса, но с позиции психиатра это всегда, в той или иной мере, явление патологическое, свидетельствующее об отстранении человека как от своей биологической, так и идеальной природы. По сути, феномен войны может быть понят в связи с проблемой внутривидовой агрессии. У животных внутривидовая агрессивная экспансия подавляется умиротворением. Этологи считают, что агрессия является частью агонального поведения, к которому относятся также кроме угрозы и схватки, поведение защиты при угрозе и схватке, а также поведение бегства и подчинения (субмиссии), которые близки к поведению жертвы. Согласно S. Freud (хотя первичная идея принадлежит С. Шпильрейн) причиной агрессии является некий инстинкт смерти «Танатос», создающий побуждение к деструкции. Предполагается по E. Fromm [18], что агрессия может быть доброкачественной, оборонительной и злокачественной. Доброкачественная агрессия может быть реакцией на осознание вытесненных желаний, реакцией на приказ и проявлением директивности как формы протesta или инструментальной агрессии, когда она используется для достижения иных целей, например для обучения (педагогическая агрессия). Эти формы агрессии считаются адаптивными, то есть приспособительными. Жестокость и деструктивность, месть, убийство не являются адаптивными и преследуют целью получение некрофилического удовольствия, которое может сопровождаться экстазом, ненавистью и сужением сознания. Деструктивную агрессию как индивидуальную, так и групповую следует признать патологическим поведением, поскольку внутривидовая бессмысленная агрессия в животном мире считается аномалией. Особые типы личностей предполагают фиксацию некрофилических черт с навязчивым интересом к смерти и разложению, фиксацией на обладании в детстве, тенденциями к возвышению технологии, утверждениями, что все живое является товаром и всякая проблема может решаться лишь насилиственным путем, а также инцестуозным соединением с матерью или отцом. Некрофилические черты распространяются в культуре и искусстве, в частности в кинематографии, со смакованием сцен насилия, зомбификации и вампиризма. Романтизация и возвышение убийства, как акта очищения доставляющего удовольствия, характерно для нацизма и тоталитарных культур. Вызывающие естественное отвращение фотографии и киносъемки палачей со своими жертвами – типичные символы социального «деструктивного нарциссизма» и некрофилии. При этом внезапные экстатические убийства следует различать от продуманных и ритуализированных акций, свидетельствующих об индуцированном систематизированном бреде.

I. Eibl-Eibesfeld [15, 19] считает, что моторные адаптации животных включают видовые паттерны поведения угрозы и борьбы, которые реализуются соответствующими морфологическими структурами (например, мозговыми). Эти структуры фактически являются орудиями агрессии. Ре-

лизеры, то есть знаки окружающей среды, активируют агрессивное поведение с помощью врождённых разрешающих механизмов. В некоторых случаях агрессия связана с эндогенной мотивацией что определяется как агрессивное смещение – «aggressive drive». Следовательно, агрессия может проявляться как результат преобразования энергии действия других инстинктов. Например, при ограничении территориальных инстинктов возможна территориальная экспансия, пищевого инстинкта или инстинкта обладания – кражи или грабёж. Разнообразие криминального поведения связано именно с агрессивным смещением. В животном мире эскалация агрессии невозможна в связи с системами умиротворения и подчинения, но также как у человека агрессия у животных является неотъемлемой частью биологической природы. Агрессия у человека является формой адаптации, но она может стать патологической. Основоположник этологической теории агрессии K. Lorenz пишет: «У нас есть основания считать внутривидовую агрессию на этапе современного культурно-исторического и технологического развития человечества, самой угрожающей из всех опасностей. Мы не сможем избежать её, если отнесёмся к ней как к чему-то метафизическому и неизбежному. Но может быть и сможем, если обнаружим её естественные причинные факторы. Всегда, когда человек достигал контроля над силами природы с помощью своей воли, за этим стояло понимание причинных взаимосвязей явлений. Учение о нормальных видовых жизненных процессах, или психологии, является полезной основой для изучения патологических нарушений этих процессов» [20].

Героические, пацифистические и деструктивные модели ребёнок фиксирует с раннего детства на основе наблюдения родителей и феноменов культуры, зафиксированных в текстах, фильмах, речи и поведения окружающих [21]. Предполагается, что агрессия мотивирована не внутренними, но внешними ограничениями и является реактивной или рефлексивной [22]. Ограничение целенаправленного поведения (frustratio) приводит к агрессивному ответу. K. Lorenz предполагал, что внутривидовая агрессия является истинным инстинктом с собственным эндогенным возбуждением и побуждением. В этом случае запуск, стимуляция, эскалация агрессии развивается в рамках характерных для биологии поведения стадий состоящих из: побуждения требующего удовлетворения – поискового поведения – завершающего акта. В развертывании инстинкта агрессии последовательно отмечаются стадии: а) агрессивно предупредительные, б) агрессивно-конфликтные, в) агрессивно контактные. Они отчётливо проявляются у индивидуумов в мимике, позе, жесте, речи и могут быть обнаружены в макросоциальном поведении противостояния [23]. Для агрессивно-предупредительной стадии характерно применение системы предупреждений, ограниченный в контактах стран, санкции, на агрессивно конфликтной стадии – инвективы (оскорблении) и дегуманизация противника, агрессивно-конфликтной стадией является собственно война. Эскалация конфликта может быть приостановлена соответствующими стадиями умиротворения или подчинения. Однако такая динамика характерна для случаев, когда причиной агрессии является фрустрация, при внутренней мотивации первая и вторая стадии скрываются и тогда нападение считается вероломным. Существуют врожденные механизмы агрессии, и механизмы, связанные с обучением. Предполагается, что «язык» поведенческого проявления агрессии, прежде всего по генетическим причинам различается у разных этносов, хотя и модифицируется культурой. Отсюда представление о существовании неизбежных конфликтов между этническими группами, избирательная ксенофобия [15, 23]. Представление о врожденности механизмов агрессии основано на наблюдении младенцев с 6-месячного возраста в разных обществах и этносах, у них всех проявляется так называемый страх перед посторонними. Эта система поведения включает бегство, отворачивание и отстранение от неизвестного, нового, пришельца. I. Eibl-Eibesfeldt [15] наблюдал это поведение во всех архаических традиционных культурах, которые в ту пору еще не сталкивались с цивилизацией, а также у евро-пейских детей. Поскольку любое агрессивное поведение чувствительно к воспитанию, страх перед посторонними может усиливаться или подавляться родителями, а острые формы агрессивности в старшем возрасте «канализироваться» в символическом агрессивном столкновении, например, в спортивных соревнованиях, даже наблюдение которых приводит к отреагированию агрессии зрителей. Однако при высоком уровне агрессивности наблюдение, но не участие, не приводит к канализации агрессии и агрессивно предупредительные, и конфликтные элементы возникают у болельщиков и индуцируют аналогичное проявление почти у всех наблюдателей. Для избегания эскалации в культурах принято прерывать соревнование, в частности бои боксеров, представлениями девушек («gerls»), а также умиротворяющей рекламой. Эти девушки или ветераны, могут возглавлять военные парады, смягчая их агрессивный подтекст.

Война как особое поведение по I. Eibl-Eibesfeldt [15, 19] связана со склонностью к взаимопомощи членов группы, готовностью агрессивно реагировать во время угрозы членам группы, мотивацией (особенно у мужчин) к борьбе и доминированию, тенденциями к захвату территории и ее защите, страхом перед посторонними, нетерпимостью к отклонениям от норм группы. Она, также как и индивидуальная агрессия, прерывается победой – поражением или перемирием – умиротворением. В норме убийство всегда сопровождается муками совести, раскаянием и социальным дистанцированием, но при убийстве по бредовым мотивам это происходит редко. Разделение чувства вины осуществляется присутствием или участием в агрессивной акции и убийстве, что имеет аналогии даже в каннибалистических культурах, как совместное поедание жертвы с теми, кто не участвовал в убийстве. В связи с этим считается, что существуют врожденные механизмы препятствующие убийству, которые и воплощены в принципе «Не убий». Однако массовая резня побежденных, в том числе женщин и детей вызывает подозрение, что подобные механизмы существуют не у всех и не всегда проявляются. В частности в истории описано своеобразное «буйное слабоумие» («dementia pugnax») с эйфорией и расторможенностью, отрывочными высказываниями, которое индуцируется пением, танцами, ритмичными прыжками, канабисом и алкоголем. D.M. Warburton [24] предположил, что при этом буйство высвобождаются галлюциногенные гипоталамические гормоны. При этом происходит подавление страха и возникает неуправляемое высвобождение агрессивных импульсов. Транс, бред инсценировки, преследования и экстаз стимулируются войной, но в период противостояния не считаются патологией, поскольку способствуют экспансии и нередко приравниваются к героизму или «бестиарности». Санкционированный прием алкоголя, курение конопли и жевание ката перед началом военных действий прослеживается в культуре от скифских и кельтских военных костров, в которые бросали коноплю до новейших времен.

Ряд исследователей считает, что война и сопровождающие её феномены не являются чисто патологическим феноменом, и подобная оценка относится скорее к эмоциональному, чем научному взгляду. Тем не менее, Медицинская Ассоциация за Предотвращение войн (Medical Association for Prevention of War) указывает: «Война это патология, но она является выражением болезни самого человеческого общества она возникает для поддержания идей, вредных для общества» [25]. M.A. Nettleship [et al.] [26] цитируя это предложение, заметили: «Одним из наиболее серьезных выражений патологической природе войны является то, что это утверждение никак не доказывается авторами. Между тем, разве могла бы война пережить тысячи лет, передаваясь от поколения к поколению, если бы она была только патологическим состоянием? Является ли смертельной мутацией изобретение войны? До последнего времени заметно, что война может быть адаптивной в положительном смысле, она способствует дальнейшему существованию и превосходству воинственных групп над мирными. Независимо от того насколько чудовища война для пострадавших и убитых, вряд ли можно объяснить войну социальной болезнью и результатом патологических идей, охвативших противоборствующие культуры». Тем не менее, и это положение спорно, ведь из поколения в поколение передаются с почти той же частотой около одного процента популяции такие расстройства как шизофрения, эпилепсия, аффективные психозы. Относительно постоянными остаются также цифры тяжелых нейродегенеративных расстройств. Исходя из этой логики, придётся признать большую часть психической, да и соматической патологии явлением способствующим «дальнейшему существованию» человечества.

Индуктор и реципиенты индуцированного бреда. Между индукторами, в частности лидерами третьего рейха, мессиями сект и А.Б. Брейвиком и многими другими, улавливается некая связь, которая выражена в свободном и лишенном сомнений исполнении массовых убийств, холодным расчетом и неким призывом высших сил, неважно в какой форме выраженном, в виде искаженного Кантовского категорического императива или оккультного мистического построения мировидения, ощущении высшего предназначения. Во всех случаях приходится говорить об особой морали и особом видении мира, в котором из смеси элементов индивидуалистической философии, оккультизма, мессианства выстраивается стиль жизни. Хладнокровное убийство с массовым уничтожением беззащитных жертв при экзекуциях, в концентрационных лагерях относятся к патологическим формам агрессивности, поскольку они совершаются вне военных действий, в собственном тылу и носят не оборонительный или наступательный, но символический характер. Если непосредственные исполнители (реципиенты) могут быть в токсическом или экстатическом состоянии, что важно для разделения чувства вины, то организаторы массового уничтожения действуют на основе определенной искаженной логики бреда. К ней относится «научное» обоснование вредности и неполнценности жертв, например, на основе данных евгеники, психиатрической генетики, нордицизма

и мифологии. Девиация личности под влиянием парадоксальных и ложных идей приводит сначала к личной, а затем к социальной новой системе ценностей, подразумевающей санкционную (очищающую) важность уничтожения неполноценных народов, а также наций мешающих осуществления величия. Сутью этой девиации является так называемое «нравственное помешательство» moral insanity Pritchard, [27] предполагающее по разным причинам, искажение морали, позволяющее осуществлять любые проекты или поступки не соответствующие общепринятым стандартам. В широком смысле к этой группе относятся любые искажения социального поведения, так называемые «социопатии». Идеи нравственного помешательства могут индуцироваться и охватывать значительные профессиональные группы, когда «научный» или экономический результат достигается пытками и уничтожением жертв. Вероятно, именно этой патологией можно объяснить экспериментирование Й. Менгеле, системы стерилизации, санации и маркировки принятые в нацистской Германии, а также японские эксперименты в отрядах 100 и 731.

Классическим примером является штандартенфюрер СС Otto Ohlendorf (04.02.1907 – 08.06.1951) – начальник внутреннего отдела службы безопасности (СД), который в 1941 году руководил оперативной группой «D» и был уполномоченным начальника полиции безопасности и СД при 11-й армии. Родившись в консервативной протестантской фермерской семье, он в возрасте 18 лет 28 мая 1925 года вступил в нацистскую партию (членский номер 6531) и СС (СС-номер 880). Изучал в Киле, Лейпциге и Геттингене юриспруденцию и экономику, одновременно занимаясь политикой и экономикой. В 1933 году стал преподавать в Кильском университете экономику, несмотря на то, что образование не окончил. Судя по всему, относился к так называемому альтернативному научному направлению, связанному с национал-социалистическим взглядом на экономическую науку. В 1933 году стал ассистентом в Институте мировой экономики, где основал отдел национал-социализма. С 1935 года – начальник отдела в Министерстве экономики. В 1936 зачислен в СД. Считался одним из ведущих интеллектуалов СС, готовил аналитические отчеты по немецкой и мировой экономике для высшего руководства, на которые часто бывала жесткая реакция.

Отличался неуживчивым характером и старался настаивать на своем мнении. Проведя год стажировки в Италии стал противником фашизма считая, что в отличие от национал-социализма, который опирается на свободное проявление личности и её свойств, фашизм рассматривает человека лишь как орудие для достижения цели. Свои взгляды высказывал открыто, за что был лишен права публичных выступлений. Среди его аналитических отчетов выделялся доклад «Экономика в национал-социалистическом государстве», в котором он критически рассматривал состояние дел в экономике, преобладание крупного капитала и отсутствие гибкости в принятии решений, а также явные финансовые злоупотребления руководства. Доклад вызвал резко негативную реакцию и O. Ohlendorf решили привлечь к практической работе. Отмечали отсутствие у него чувства юмора, невротичность, уверенность в том, что его мнение является наилучшим, неумение идти на компромиссы. Он постоянно и упорно выдвигал идеи экономической и политической реформации, чем сыпал себе немало противников, однако неизменно его искренность понималась руководством как преданность идеям. Не желая возглавлять айнзатцгруппу, он дважды писал рапорт об отказе и только в 1942 году был освобожден от этой должности. Среди своих реформаторских идей незадолго до начала войны, он предложил принять ряд законопроектов, которые включали в себя протекцию религиозных меньшинств, юридический контроль над заключением в концентрационные лагеря, статус национального меньшинства для евреев (что распространяло бы на них гражданские права). Это странным образом контрастирует с его ролью в массовом уничтожении евреев, которую он сыграл через некоторое время. Идеализм O. Ohlendorf и его святая вера в то, что нацистский режим можно реформировать, привела к тому, что Генрих Гиммлер назвал его видящем в себе рыцаря, охраняющего Святой Грааль «охранника Грааля Идеи» (Gralshutter der Idee). В символическом смысле Грааль понимался как недостижимая и труднодоступная, заветная цель.

После создания Главного управления имперской безопасности (РСХА) O. Ohlendorf возглавил III управление (СД – Инланд) вплоть до краха рейха, которое осуществляло контроль за особенно важными сферами внутренней жизни рейха и партии. После того как по распоряжению Гиммлера были организованы четыре айнзатцгруппы (Einsatzgruppen der Sicherheitspolizei und des SD) для карательных операций на оккупированной территории Советского Союза, одну из них, «группу D», возглавил O. Ohlendorf. Целью групп, по его словам было «ликвидировать евреев и политических комиссаров в районе операций оперативных групп на русской территории». Лишь с июня 1941 по июль 1942 года подчиненная O. Ohlendorf айнзатцгруппа уничтожила около 91728 человек. Он яв-

ляется непосредственно ответственным за уничтожение евреев, крымчаков, цыган и военнопленных, покоящихся в Крымском Рве, в 10 км от Симферополя, дважды лично инспектировал расстреляны и не отрицал свою ответственность на Нюрнбергском процессе, хотя при этом не считал себя виновным, полагая уничтожение евреев и цыган необходимым и даже формой самообороны. По словам О. Ohlendorf, было известно, что Советы планировали тотальную войну против Германии. Для немцев целесообразнее было нанести превентивный удар, чем ждать нападения. Смысль уничтожения детей состоял в том, «что если бы дети узнали, что их родители были убиты, они выросли бы врагами Германии; целью, таким образом, было «обеспечение безопасности в долговременной перспективе». Однако, указывая на опасность цыган и евреев О. Ohlendorf считал, что они в период противостояния будут выполнять роль шпионов, поскольку не относятся ни к одной из противоборствующих сторон «как это было в период тридцатилетней войны». Он при этом ссылается на исследования «Тридцатилетней войны», написанные Рикардо Хачем и Шиллером. Ссылка на Тридцатилетнюю войну, которая продолжалась с 1618 по 1648 годы кажется странной, если учесть, что она произошла почти 400 лет назад. Еще более странным является то, что у указанных авторов нет ссылок на шпионскую деятельность евреев и цыган, разве что Ф. Шиллер писал о том, что при захвате шведами Майнца они потребовали выкуп у города, отдельный для евреев и духовенства, которые должны были внести за себя более значительные суммы [28]. В своих суждениях О. Ohlendorf вероятно опирался на иные ссылки, но какие? Вполне вероятно, что это были комментарии событий Тридцатилетней войны в стиле антропософской педагогики. В сектах вообще комментарии приобретают большую значимость, чем исходные тексты и слова лидера значат больше, чем первоисточник. В 1938 году публикует свою основополагающую книгу о Тридцатилетней войне С. V. Wedgwood [29], с которой, безусловно, был знаком О. Ohlendorf, как любитель истории этой войны. Она так её характеризовала, эта война «Морально отвратительная, экономически разрушительная, социально губительная, преследовавшая малопонятные цели, бесчестная и фактически безрезультивная, эта война вошла в историю Европы как выдающийся пример бессмысленного кро-вопролития». И далее «Весь сумбурный и трагичный конфликт, тянувшийся тридцать лет, дает нам поучительный пример того, как опасны и губительны для народов тщеславные и безмозглые пра-вители». Атмосфера в Европе перед этой войной весьма напоминала аналогичный период ровно через четыре столетия и аналогичное состояние дел, предшествующее войнам и распаду империй. «Трансформации в материальном мире, крушение установившихся традиций и порядков пробуждали тягу к духовному, таинственному и необъяснимому. Те, кого не устраивала церковь, находили прибежище в оккультизме. Розенкрейцерство из Германии перенеслось и во Францию, в Испании расцвело иллюминатство. Боязнью колдовства заразились и высокообразованные люди, среди широких масс населения распространился культ Сатаны. Чёрная магия проникла в самые отдаленные районы – от севера Шотландии до средиземноморских островов – и одинаково устрашала и суровых кельтов, и забытых крестьян России, Польши и Богемии, и практических купцов Германии, и невозмутимых йоменов Кента».

Свою личную технологию уничтожения О. Ohlendorf на Нюрнбергском процессе объяснял следующим образом:

Ohlendorf: – «Во-первых, негласность, отсутствие посторонних зрителей, во-вторых, военный метод осуществления казней (залп). В-третьих, беспрепятственная доставка осужденных и проведение казни без каких-либо волнений. В-четвёртых, наблюдение за изъятием собственности для того, чтобы нельзя было обогатиться. Вероятно, были еще какие-либо другие подробности, которых я сейчас не припомню. Во всяком случае, всякое дурное обращение как моральное, так и физическое должно было быть исключено из метода проведения казни».

Полковник Покровский: – «Вы сказали относительно дурного обращения. Что вы понимали под дурным обращением при казнях?»

Ohlendorf: – «Если, например, метод, при помощи которого проводились казни, вызывал все возможные нервные волнения и неподчинение среди жертв и руководство оперативных команд вынуждено было насильственным образом подавлять эти беспокойства».

Полковник Покровский: – «Что вы понимаете под подавлением с помощью насильственных мер? Что вы понимаете под насильственным подавлением волнения, возникающего среди жертв?».

Ohlendorf: – «Когда, как я уже говорил, при приведении в исполнение казни необходимо было избивать жертвы».

Полковник Покровский: – «Необходимо было бить жертвы?».

Ohlendorf: – «Я, правда, не видел этого, но я слышал об этом».

Обвинители же заявляли, что деятельность обвиняемого находится «за пределами понимания нормального человеческого разума». Находясь в камере смертников, он ободрял сокамерников и заявлял, что трудности пребывания в тюрьме ничто по сравнению с тяготами, пережитыми в последние годы войны. В динамике рассмотрения всех фотографий от периода рейха до последних дней Нюрнбергского процесса, нам демонстрируют образ человека, контролирующего свои эмоции, верящего в свои идеалы и своеобразного денди. Во время процесса молодые женщины посыпали букеты цветов в камеру узника, что характеризует степень включенности этой личности в культурные реалии Германии того времени [30].

Выраженная амбивалентность (противоречивость) между вызывающим беспокойство «волнением жертв», представлением о «дурном, как моральном, так и физическом» обращении по отношению к раздетым мужчинам, женщинам и детям, идущим на смерть и результаты его двух инспекций расстрелов в Крыму, привела О. Ohlendorf к идее использования душегубок лишь потому, что он считал «неэтичным» уничтожать женщин и детей в присутствии мужчин, хотя как он говорил, «разгрузка» душегубок составляла большие проблемы для сотрудников команды. Он также говорил «Я никогда не допускал, чтобы расстрелы проводили конкретные люди. Я приказывал нескольким солдатам стрелять одновременно, чтобы избежать прямой персональной ответственности. Другие руководители групп укладывали свои жертвы на землю лицом вниз и убивали их выстрелом в затылок. Я не одобрял таких методов, поскольку как для жертвы, так и для исполнителя казни это было огромным психологическим бременем». То есть, уничтожение не было бременем для него, но могло стать бременем индивидуальной ответственности для остальных, как для палачей, так и для жертв. Эта позиция уникальности и сверхценности, предназначенностя себя и отделённости от толпы, типична для индивидуалистической философии рассматриваемой личности [31], но она, как будет показано ниже, является и главной целью педагогики антропософии.

В чём же причина геноцидальности О. Ohlendorf, её мы не обнаруживаем в традиционном консервативном протестантском воспитании, но ощущаем в этом дух эпохи. Известно, что его брат было антропософом и состоял в списках антропософского общества, что было серьёзной проблемой, поскольку позже в 30-х предполагалась тотальная дискриминация этого течения. Сами антропософы считают, что их спасло именно заступничество О. Ohlendorf, который в своих докладных записках, считая негативным явлением и отвергая астрологию, спиритуализм и оккультизм Вальдорфской школы Rudolf Steiner – основоположника антропософии, происходящий из теософии, предлагал развивать позитивные моменты антропософии, прежде всего её систему духовной педагогики и «биологического знания», в которое включалась фертилизация, контроль рождаемости и кристаллизация расы. Это может свидетельствовать о том, что мировоззрение О. Ohlendorf могло быть результатом воздействия идей R. Steiner и Вальдорфской педагогики, которая уделяла внимание не первоисточникам, а мнению самого R. Steiner. С этим мнением и связано своеобразное восприятие О. Ohlendorf Тридцатилетней войны.

Известно, что антропософия опирается на формальную христианскую мистику, но одновременно на неоплатонизм, кабалистику, веданту и немецкую натурфилософию Гете, являясь по R. Steiner «Гетианством 20 века», украшенную символикой розенкрейцеров. Многие считают антропософию псевдохристанской оккультной sectой и основой идеологии национал-социализма [31, 32].

Новый антропософический человек стремится развить духовное «Я» и при этом, он на основании соединения мистики, фантазии, духовного опыта, мыслительных операций направленно создает личную мифологию, отделяющую его от группы. Аналогией может быть направленное воспитание сверхценных аутистических фантазий, своеобразный «аутизм наизнанку», при котором фантазии должны быть воплощены в реальность вопреки натиску прагматической действительности. Будучи индивидуалистической философией, антропософия противопоставляется любой государственной идеологии, поэтому в СССР и Германии ее запрет произошел почти synchronно в начале 30-х годов XX века. Но дело не в самой антропософии, а в том, что у предрасположенных личностей она способствует развитию скрытых как позитивных, так и негативных тенденций, бредоподобных фантазий и расщеплению «Я». Этого не происходит, если естественно-научное воспитание предшествует или соединяется с духовным. Отсюда среди поклонников антропософии с одной стороны мы можем встретить О. Ohlendorf и других нацистских лидеров, с другой М. Волошина, А. Белого, А. Швейцера, Й. Бойса и их теософических предшественников – Е. Блаватскую и Е. Рерих. Именно изначальная «почва» личности создает в одном случае личную мифологию, приводящую к гуманистической этической нравственности или веры, и в личную исключительность и предназначение – в другом. В случае О. Ohlendorf знаковая конструкция его почвы является

шизотипической, то есть расщепленной и амбивалентной, соответственно и действия отличаются противоречивостью, то есть амбитендентностью. Ведущим эмоциональным стержнем таких шизотипов является холодность и жестокость, когнитивным – экономический расчёт. Хотя не исключено, что за фасадом подобных личностей кроется сентиментальность, романтизм, духовчество. Этот личностный субстрат кристаллизуется под воздействием официальной мистической доктрины национал-социализма, которая императивно требует уничтожения как освобождения пространства для высшей расы. Социальный индуцированный бред находит своего рецептиента и делает его «промежуточным» носителем бредовых и бредоподобных идей. Далее он выступает уже как вторичный индуктор. При бредоподобных фантазиях и бреде существует двойная ориентировка, один мир видится через символическую конструкцию, другой является реальным. С одной стороны карающий меч и «охранник Грааля», безжалостно уничтожающий жертв, с другой – нежный отец пятерых детей и любимец женщин, с одной стороны он – часть непрерывного процесса противостояний и борьбы уходящей вглубь веков или по крайней мере на четыре столетия в прошлое, с другой существующий в реальном времени служака обязанный выполнять приказы, с одной стороны человек считающий себя ответственным за все завоеванные рейхом территории и их «очистку от нежелательных элементов», но, в то же время, семьянин и домосед, привязанный к национальному очагу.

Поведение жертв массового насилия. Виктимология, как наука о процессе становления поведения жертвы простирается на различные области знаний от культурологических до социобиологических и экологических. Многие её аспекты применимы для изучаемой ситуации массового уничтожения. В этом, как и в других случаях, обращает на себя внимание за некоторым исключением, дисциплинированное и безропотное поведение идущих на смерть мучеников, их иллюзии о препровождении и транспортировке в «новое место пребывания», надежды на лучшее. В виктимологии подобный стиль обозначается как «неосмотрительность жертвы» (*victim precipitation*), когда ей приписывается вина за само преступление [33]. Соответственно в связи с неосмотрительностью следует обвинение жертвы в ответственности за совершенное над ней насилие, которое связывают с особой расовой беспомощностью и готовностью идти на смерть, что равносильно скрытой тенденции к суицидальности [34]. Такое приписывание возможно и в нашем исследуемом случае, поскольку по описанию самого О. Ohlendorf, «Местная оперативная команда пытались учесть всех евреев и объявила регистрацию. Регистрацию проводили сами евреи...». Регистраторы подозревали о своей части, но, тем не менее, аккуратно её исполняли. Все они затем также были расстреляны. Существует определённая тропность выбора мест массового уничтожения, также как и экологических зон индивидуального насилия. Предпочтение отдается ямам, воронкам, ярам и рвам, оврагам, каньонам, высоким или обрывистым берегам, падение с которых скрывает жертв. Эти же зоны избираются для прятанья, затаивания, секретных миссий и обороны. Общим для этой экологии является покров тайны. Демонстративное уничтожение в людных местах и площадях, приговоренных к уничтожению вплоть до XX века, сменяется некими секретными миссиями уже с Первой мировой войны. Это связано с тем, что при массовом демонстративном уничтожении его «воспитательное» значение может быть нивелировано ответной агрессией наблюдателей в связи с тем, что вина жертв даже не доказана и не объявлена. Дистанцирование места уничтожения носит тот же смысл «прятанья» как и любое ограбление с последующим убийством [35].

Социобиологи [36 – 38] считают, что адаптивная реакция на агрессию может проявляться в следующих вариантах: агрессия жертвы, когда жертва вынуждена себя защищать даже в условиях неадекватной возможности противостояния, материнская агрессия, при защите ребёнка, реакция бегства, либо осмысленная либо хаотическая, застывание, автоматизм подчинения, чаще реакция застывания и автоматизм подчинения объединяются, поведение умиротворения. Соответственно, в группе каждый из типов реакций индуцируется. В описаниях очевидцев заметны все вариации этих реакций, но в целом преобладает застывание – подчинение, за которым кроется психология веры и надежды на спасение. В биологическом мире эта реакция делает жертву незаметной и стимулирует подавление агрессии, но в этом же мире, не встречается группового насилия против представителей своего вида, это свойственно лишь человеку. Причиной преобладания реакции застывания – подчинения могут быть культуральные особенности, в частности доверие к предполагаемому агрессору, жёсткая фиксация собственной территории, но возможно и генетические причины, например, отсутствие немедленной реакции на агрессивно-предупредительные или конфликтные знаки агрессора, которые приводят целые народы к подчинению и ассимиляции, но не противостоянию оккупанту.

Жертвы агрессии могут подвергаться так называемой повторной виктимизации, то есть повторному насилию в результате их обвинения. Оно может выражаться в игнорировании и попытках забвения насилия, некорректности в воспоминаниях о произошедшем или его отрицании [39]. Гробокопательство и вскрытие мест массового захоронения могут относиться к символической повторной виктимизации, когда останки жертв вновь подвергаются ограблению и деструкции. Участники повторной виктимизации, по существу, психологически, являются теми же убийцами. Последующая мифология описывает все вариации поведения жертв, например их чудесное спасение, бегство или сопротивление. Однако, это единичные случаи, в целом все же преобладает психогенный ступор и безропотное подчинение, которые отчетливо индуцируются.

Таким образом, следует считать систему массового уничтожения психопатологическим симптомом социального индуцированного бреда, а исполнителей индукторами и реципиентами этого бреда или промежуточными носителями семиотической инфекции.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Индуцированный бред, который приводит к системе массового уничтожения и столь же массовому психогенному ступору жертв насилия является одним из примеров социальной психопатологии. На этом примере заметно, что в массовых социальных аномальных явлениях неотделимы или синкетичны все сферы психического статуса и невозможно разграничить эмоции, мышление, сознание, социальную память, выделить социальный интеллект или осевую личность массы.

Подобные социальные феномены могут быть пока описаны и поняты только с позиций социобиологии, как проявления биологии некоторых массовых инстинктивных явлений, модифицированных актуальной культурой и процессами направленного воспитания.

Другим вероятным подходом может быть эпидемический, при котором полагается, что идеогемы и мифогемы культуры неизбежно приводят к массообразованию развивающемуся по принципу психической эпидемии особенно опасной в связи с развитием современных информационных технологий.

Некоторые из возникающих социальных феноменов можно считать патологическими в связи с их деструктивностью и дезадаптивностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Бехтерев В. М. Коллективная рефлексология. – Петроград: Колос, 1921. – 436 с.
2. Дюркгейм Д. Социология. Её предмет, метод, предназначение / Д. Дюркгейм. – М.: Канон, 1995. – 352 с.
3. Лебон Г. Психология народов и масс / Г. Лебон. – М.: Академический проект, 2011. – 238 с.
4. Московичи С. Век толп. Исторический трактат по психологии масс / С. Московичи. – М.: Академический проект, 2011. – 396 с.
5. Ясперс К. Призрак толпы / К. Ясперс, Ж. Бодрийар. – М.: Алгоритм, 2007. – 272 с.
6. Samohvalov V. The ethology of poverty. The biology of Politics / V. Samohvalov, V. Egorov. – Simferopol: Crimea, 1994. – P. 26 – 34.
7. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. – 1053 с.
8. Психиатрическая клиника / Под ред. В. П. Самохвалова. – Симферополь: КГМУ, 2003. – 608 с.
9. Zajonc R. B. Social Enhancement and Impairment of Performance in the Cockroach / R. B. Zajonc, A. Heingartner, E. M. Herman // J. of Personality and Social Psychology. – 1969. – Vol. 13 (2). – P. 83 – 92.
10. Zajonc R. B. Social Facilitation / R. B. Zajonc // Science. – 1965. – Vol. 149 (3681). – P. 269 – 274.
11. Дворкин А. Л. Сектоведение. Тоталитарные секты. 3-е изд., доп. и перераб. / А. Л. Дворкин. – Нижний Новгород: Изд-во братства святого Александра Невского, 2002. – 816 с.
12. Дмитриева Т. Б. Социальная психиатрия / Т. Б. Дмитриева, Н. С. Положий // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 134 – 169.
13. Conrad K. Das problem der nosologische Einheit in psychiatrie / K. Conrad. – Nervenarzt, 1959. – 134 p.
14. Baudrillard J. L'Esprit du terrorisme / J. Baudrillard. – Power Inferno, 2002. – 96 p.
15. Eibl-Eibesfeldt I. Human Ethology (Foundations of Human Behavior) / I. Eibl-Eibesfeldt. – Munich: Piper, 1997. – P. 279 – 313.

-
16. Токарев С. А. История зарубежной этнографии. – М.: Высшая школа, 1978. – 354 с.
 17. Демос Л. Детские источники терроризма / Л. Демос // XXI век: актуальные проблемы исторической науки: Материалы междунар. науч. конф., посвящ. 70-летию ист. фак. БГУ. (Минск, 15 – 16.04.2004). – Мин.: БГУ, 2004. – С. 195 – 198.
 18. Fromm E. Anatomie der menschlichen Destruktivitat / E. Fromm. – Stuttgart: DVA, 1974. – 635 p.
 19. Eibl-Eibesfeldt I. The biology of peace and war. – London: Thames & Hudson, 1979. – 171 – 187 p.
 20. Lorenz K. Das sogenannte Bose / K. Lorenz. – Wien: Borotha Schoeler, 1963. – 47 s.
 21. Bandura A. Aggression: A Social Learning Analysis / A. Bandura. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1973. – 358 p.
 22. Frustration and Aggression / J. Dollard, L. Doob, N. Miller. – New Haven: Yale Univ. Press, 1939. – P. 144 – 155.
 23. Хренников О. В. Типология и структура невербальных проявлений агрессивного поведения в различных этнических группах: дис. канд. биол. наук, 03.00.13 / Хренников Олег Владимирович; Симферопольский гос. ун-т им. М.В. Фрунзе. – Симферополь, 1997. – 130 с.
 24. Warburton D. M. Brain, Behavior, and Drugs: Introduction to the Neurochemistry of Behavior / D. M. Warburton. – London: Wiley, 1975. – 280 p.
 25. Medical association for prevention of war. – N.Y., 1963. – 349 p.
 26. War, its causes and correlates / M. A. Nettleship, R. Dalegivens, A. Nettleship (Eds.). – The Hague: Mouton, 1975. – 190 p.
 27. Prichard T. A treatise on insanity and other disorders affecting the mind / T. Prichard. – Philadelphia, 1837. – 1786 – P. 91.
 28. Шиллер Ф. Тридцатилетняя война / Ф. Шиллер. – М.: Художественная литература, 1957. – 786 с.
 29. Wedgwood C. V. The Thirty Years War / C. V. Wedgwood. – Methuen, 1938. – 542 p.
 30. <http://drittreich.info/modules.php?name=Forums&file=viewtopic&t=732>
 31. Reinsperger R. «Keeper of the Grail of the National Socialism» and Friend of the Anthroposophics? / R. Reinsperger. – электронный ресурс: http://www.egoisten.de/pixx/ohlendorf_en.pdf
 32. Кураев А. Вальдорфская педагогика: сделано в секте / А. Кураев. – электронный ресурс: <http://pravbeseda.ru/library/index.php?id=574&page=book>
 33. Imelman J. D. Waldorf-Education. An outdated combination of religion and education Panorama / J. D. Imelman // Int. J. of Comparative Religious Education and Values. – 1992. – Vol. 4 (2), 1992. – P. 46.
 34. Karmen A. Crime Victims: An Introduction to Victimology / A. Karmen. – Wadsworth Publ., 2003. – P. 45 – 95.
 35. Meyerson G. Fascism and the Crisis of Pax Americana / G. Meyerson, M. J. Roberto. – электронный ресурс: <http://richgibson.com/fascismcrisis.htm>
 36. Wilson E. O. Sociobiology: The New Synthesis / E. O. Wilson. – Belknap Press, Harvard University Press, 2000. – 720 p.
 37. Hentig H. The Criminal and his Victim (Studies in the Sociobiology of Crime) / H. Hentig. – N.Y., 1948. – P. 303 – 309.
 38. Самохвалов В. П. Социобиология в психиатрии / В. П. Самохвалов, О. А. Гильбурд, В. И. Егоров. – М.: Видар, 2011. – 336 с.
 39. Campbell R. Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence / R. Campbell, S. Raja // Violence and victims. – 1999. – Vol. 14 (3). – P. 261 – 275.

© Ю.І. Засєда, Р.І. Солом'яній

УДК 613.8

Ю.І. Засєда, Р.І. Солом'яній,

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ФЛОСІН І ПРОСТАМОЛ УНО В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БАКТЕРІАЛЬНИМ ПРОСТАТИТОМ І ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПЕРШОГО СТУПЕНЮ

Yu.I. Zaseda, R.I. Solomianyi,

EXPERIENCE OF FLOSIN AND PROSTAMOL UNO DRUGS ADMINISTRATION IN COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS AND FIRST DEGREE HYPERPLASIA OF PROSTATIC GLAND

ТОВ «Клініка «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

Clinical unit «Men's Health» (MUZHJSKOE ZDOROVIE)

Стаття надійшла до редакції 23.03.2016.

Резюме

Мета дослідження. Вивчити ефективність комбінованого лікування препаратами Флосін, Простамол Уно в комбінації зі стандартним лікуванням (антибактеріальна терапія в поєднанні з масажем передміхурової залози) в порівнянні з виключним використанням антибіотиків в поєднанні з масажем передміхурової залози у пацієнтів середнього віку з хронічним бактеріальним простатитом.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 100 пацієнтів різних вікових груп з діагностованим хронічним бактеріальним простатитом, гіперплазією передміхурової залози першого ступеню. I-ша група – комбіноване лікування Флосіном, Простамолом Уно і проведення антибактеріальної терапії в поєднанні з масажем передміхурової залози (50 пацієнтів); II група - з використанням антибіотика Левофлоксацину 750 мг в поєднанні з масажем передміхурової залози (50 пацієнтів).

Результати. При проведенні дослідження, в основній групі лікування було відзначено повне зникнення клінічних симптомів, більш швидке одужання і мінімальні шанси на розвиток рецидивів, в порівнянні з контрольною групою, де було відзначено часткове зникнення симптомів і більш швидке настання рецидивів. При застосуванні комбінованої терапії було відзначено - збільшення об'єму передміхурової залози в середньому на 26,5% при значній однорідності тканини передміхурової залози; нормалізація кількості лейкоцитів в секреті передміхурової залози до 1 - 3 в полі зору була відзначена у 72% пацієнтів основної групи. і 54% - контрольної групи.

Висновки. Було встановлено, що застосування таких препаратів, як Флосін і Простамол Уно в поєднанні з антибактеріальною терапією і масажем передміхурової залози є більш ефективним і результативним у порівнянні з антибактеріальною терапією з масажем передміхурової залози, а також зменшує ризик розвитку рецидивів і приводить до швидкого поліпшення самопочуття пацієнтів, та результатів лабораторних та інструментальних методів досліджень.

Ключові слова:

хронічний простатит, гіперплазія передміхурової залози, Флосін, Простамол Уно.

Резюме

Цель исследования. Изучить эффективность комбинированного лечения препаратами Флосин, Простамол Уно в комбинации со стандартным лечением (антибактериальная терапия в сочетании с массажем предстательной железы) по сравнению с использованием антибиотиков в сочетании с массажем предстательной железы у пациентов среднего возраста с хроническим бактериальным простатитом.

Материалы и методы. В исследование было включено 100 пациентов различных возрастных групп с диагностированным хроническим бактериальным простатитом, гиперплазией предстательной железы первой степени. I-я группа - комбинированное лечение Флосином, Простамолом Уно и проведения антибактериальной терапии в сочетании с массажем предстательной железы (50 пациентов) II группа - с использованием антибиотика Левофлоксацина 750 мг в сочетании с массажем предстательной железы (50 пациентов).

Результаты. При проведении исследования, в основной группе лечения было отмечено полное исчезновение клинических симптомов, более быстрое выздоровление и минимальные шансы на развитие рецидивов, по сравнению с контрольной группой, где было отмечено частичное исчезновение симптомов и более быстрое наступление рецидивов. При применении комбинированной терапии было отмечено - увеличение объемной скорости мочеиспускания и уменьшение времени мочеиспускания; уменьшение объема предстательной железы в среднем на 26,5% при значительной однородности ткани предстательной железы; нормализация количества лейкоцитов в секрете предстательной железы до 1 - 3 в поле зрения была отмечена у 72% пациентов основной группы, и 54% - контрольной группы.

Выводы. Было установлено, что применение таких препаратов, как Флосин и Простамол Уно в сочетании с антибактериальной терапией и массажем предстательной железы является более эффективным и результативным по сравнению с антибактериальной терапией с массажем предстательной железы, а также уменьшает риск развития рецидивов и приводит к быстрому улучшению самочувствия пациентов и результатов лабораторных и инструментальных методов исследований.

Ключевые слова:

хронический простатит, гиперплазия предстательной железы, Флосин, Простамол Уно.

Summary

Aim of the study is to determine the effectiveness of combined treatment with Flosin, Prostamol Uno in combination with standard treatment (antibacterial therapy in combination with prostate massage) compared with the use of antibiotics in combination with prostate massage in middle-aged patients with chronic bacterial prostatitis.

Materials and methods. The study included 100 patients of different age groups with diagnosed chronic bacterial prostatitis, prostatic hyperplasia of the first degree. Group I - combined treatment with Flosin, Prostamol Uno and antibiotic therapy in combination with prostate massage (50 patients). Group II - using the antibiotic Levofloxacin 750 mg in combination with prostate massage (50 patients).

Results. During the study, the main treatment group featured complete disappearance of clinical symptoms, faster recovery and minimal chances of relapse, as compared with the control group, where partial disappearance of symptoms and faster occurrence of relapses were noted. When combined therapy was used, an increase in the volumetric rate of urination and a decrease in the time of urination was noted, as well as decrease in the volume of the prostate gland on average by 26.5% with a significant homogeneity of the prostate gland tissue and normalization of the number of leukocytes in the secretion of the prostate to 1 - 3 was noted in 72% of patients in the main group, and 54% in the control group.

Conclusions. It was found that the use of such drugs as Flosin and Prostamol Uno in combination with antibacterial therapy and prostate massage is more effective than antibacterial therapy with prostate massage, and it also reduces the risk

of relapse and leads to rapid improvement in the well-being of patients and better results of laboratory and instrumental research methods.

Key words: *chronic prostatitis, hyperplasia of prostatic gland, Flosin, Prostamol Uno.*

ВСТУП

Поширеність бактеріального простатиту ймовірно більше, ніж діагностується через те, що бактеріальна флора не завжди висівається при проведенні бактеріального посіву секрету простати або еякуляту. Однією з причин є ймовірна наявність мікроплівок бактерій у масиві фіброзу та в каменях передміхурової залози. Крім того, проблема хронічного бактеріального простатиту має значне соціальне значення через те, що захворювання вражає чоловіків молодого працездатного віку, а лікування хронічного бактеріального простатиту як і раніше недостатньо ефективне. Раціональні схеми лікування, як і раніше знаходяться в фокусі експертної групи урологічної спільноти. У цій статті представлено наше дослідження, проведене в 2015-2016 році на базі Київської клініки «Мужское здоровье», з включенням 100 пацієнтів, об'єднаних проблемою хронічного бактеріального простатиту і гіперплазії передміхурової залози, однакових за віком і діагнозом.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчити ефективність комбінованого лікування препаратами Флосін, Простамол Уно в комбінації зі стандартним лікуванням за протоколами МОЗ України (антибактеріальною терапією в поєднанні з масажем передміхурової залози) в порівнянні з виключним використанням антибіотиків в поєднанні з масажем передміхурової залози у пацієнтів середнього віку з хронічним бактеріальним простатитом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дизайн дослідження: проведено відкрите наглядове дослідження пацієнтів з хронічним простатитом в стадії загострення і гіперплазією передміхурової залози першого ступеня. У проведенні дослідження було включено 100 пацієнтів різних вікових груп з діагностованим хронічним бактеріальним простатитом, гіперплазією передміхурової залози першого ступеню.

В першу групу терапії комбінованого лікування Флосіном, Простамолом Уно і проведення антибактеріальної терапії в поєднанні з масажем передміхурової залози увійшли 50 пацієнтів, тобто 50% досліджуваних, вік яких варіювався від 28 до 40 років;

До другої групи монотерапії з використанням антибіотика Левофлоксацину 750 мг в поєднанні з масажем передміхурової залози було включено інших 50 пацієнтів, що також склало 50% досліджуваних, вік яких також варіювався від 28 до 40 років.

Діагноз верифікувати на підставі проведених досліджень: за міжнародною шкалою оцінки симптомів IPSS, пальцевого дослідження передміхурової залози, лабораторних досліджень (аналізу секрету передміхурової залози), ультразвукової діагностики (ТРУЗД), урофлоуметрії. Для лікування в основній групі пацієнтів використовували такі препарати, як: Флосін (Тамсулозін), Простамол Уно (Serenoa repens) + стандартна терапія за протоколами МОЗ України (Левофлоксацин 750 мг 1 раз на день 4 тижні і масаж передміхурової залози 10 масажів через день). Лікування в контрольній групі проводилося з застосуванням антибактеріальної терапії (Левофлоксацин 750 мг 1 раз на день 4 тижні) і масажу передміхурової залози (10 масажів через день). У проведенні дослідження були задіяні 100 пацієнтів у віці від 28 до 45 років з встановленим діагнозом хронічний простатит в стадії загострення, гіперплазія передміхурової залози першого ступеню. Простамолом Уно, Флосін і Левофлоксацин призначалися вранці по 1 капсулі для поліпшення комплаєнса. Тривалість терапії Флосіном і Простамолом Уно склала 12 тижнів.

ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ:

- Оцінити ефективність і вплив комбінованого лікування препаратами Флосін, Простамол Уно і проведення антибактеріальної терапії в поєднанні з масажем передміхурової залози в порівнянні з виключним використанням антибіотика в поєднанні з масажем передміхурової залози на результативність лікування пацієнтів з хронічним простатитом і гіперплазією передміхурової залози першого ступеня;
- Оцінити вираженість клінічних симптомів при комбінованому лікуванні препаратами Флосін,

Простамол Уно і проведенні антибактеріальної терапії в поєднанні з масажем передміхурової залози в порівнянні з виключним використанням антибіотика в поєднанні з масажем передміхурової залози;

• Вивчити прояв небажаних реакцій при комбінованому лікуванні препаратами Флосін, Простамол Уно і проведенні антибактеріальної терапії в поєднанні з масажем передміхурової залози в порівнянні з виключним використанням антибіотика в поєднанні з масажем передміхурової залози;

Для оцінки застосування лікувальної терапії в клінічній практиці були враховані такі показники:

- Вихідні дані по пацієнтах: стать, вік, стадія захворювання, вид запропонованої терапії;
- Вираженість симптомів за шкалою якості життя IPSS через певний проміжок часу (до 12 тижнів), в залежності від тривалості лікування, що проводиться;
- Зміни показників урофлюметрії в залежності від тривалості та виду проведеного лікування;
- Зміни динаміки ультразвукової діагностики, зменшення об'єму передміхурової залози і поліпшення однорідності структури залози;

– Динаміка показників в секреті передміхурової залози і поліпшення інших показників; Згідно з протоколом дослідження, лікарями-урологами клініки «Мужское здоровье», при першому візиті, здійснювався збір первинної інформації та результатів додаткових методів дослідження. Вся зібрана інформація та дані додаткових методів досліджень були ретельно опрацьовані і занесені в індивідуальну карту кожного пацієнта. При повторному візиті пацієнтам призначалася відповідна медикаментозна терапія і процедури у вигляді масажу передміхурової залози. Вид терапії та тривалість проведення визначався лікарем на підставі отриманих результатів попередніх аналізів і скарг пацієнта. Спосіб застосування та дозування відповідали всім інструкціям і рекомендаціям, запропонованим виробником.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В ході проведеного дослідження оцінювалася ефективність і вплив обох видів терапії на лікування пацієнтів з хронічним простатитом і гіперплазією передміхурової залози першого ступеня. Отримано наступні результати: значне поліпшення самопочуття і зміни в результатах дослідження демонструє лікування Флосіном, Простамолом Уно і проведення антибактеріальної терапії в поєднанні з масажем передміхурової залози, у порівнянні з значно меншою ефективністю і результативністю виключного використання антибіотика в поєднанні з масажем передміхурової залози в контрольній групі.

При проведенні дослідження, в основній групі лікування було відзначено повне зникнення клінічних симптомів, більш швидке одужання і мінімальні шанси на розвиток рецидивів, в порівнянні з контрольною групою, де було відзначено часткове зникнення симптомів і більш швидке настання рецидивів.

При оцінці пацієнтами результатів лікування за шкалою IPSS, були визначені такі результати: в основній групі сумарний бал за IPSS до лікування склав $25,3 \pm 0,32$; індекс якості життя L = $4,3 \pm 0,05$; оцінка загального стану по сумі балів (S + L) = $29,6 \pm 0,3$. По закінченні лікування: IPSS = $2,2 \pm 0,1$; L = $1,4 \pm 0,05$; i (S + L) = $3,6 \pm 0,23$. У пацієнтів контрольної групи сумарний бал за IPSS до лікування склав $26,2 \pm 0,3$; індекс якості життя L = $4,1 \pm 0,05$; оцінка загального стану за сумою балів (S + L) = $29,3 \pm 0,3$. По закінченні лікування: IPSS = $9,6 \pm 0,1$; L = $2,2 \pm 0,05$; i (S + L) = $11,8 \pm 0,23$.

За результатами урофлюметрії відзначено збільшення об'єму швидкості сечовипускання на $8,5 \text{ мл/с}$ і зменшення часу сечовипускання на $14,4 \text{ сек}$ в основній групі в порівнянні з контрольною групою, де об'ємна швидкість сечовипускання збільшилася на 5 мл/с , а зменшення часу сечовипускання склало 10 секунд .

За даними контрольних УЗД дослідень, в основній групі відзначено зменшення об'єму передміхурової залози в середньому на $26,5\%$ при значній однорідності тканини передміхурової залози, в контрольній групі зменшення об'єму передміхурової залози склало $10,3\%$ зі збереженням гіпоекогенних ділянок тканини передміхурової залози.

За даними досліджень секрету передміхурової залози, позитивна динаміка і нормалізація лейкоцитів в секреті передміхурової залози до $1 - 3$ в полі зору була відзначена у 72% пацієнтів основної групи і 54% – контрольної групи.

Результати досліджень зведені в таблицю.

Метод обстеження	Основна група		Контрольна група	
	(до лікування)	(після лікування)	(до лікування)	(після лікування)
IPSS(бали)	25,3 ± 0,32	2,2 ± 0,1	26,2 ± 0,3	9,6 ± 0,1
Урофлоуметрія (максимальна об'ємна швидкість сечовипускання)	9,5 мл/с	18 мл/с	9,8 мл/с	14,8 мл/с
Об'єм простати	35,6 ± 2	26,1 ± 2	33,5 ± 2	30,1 ± 2
Кількість лейкоцитів	18 ± 3 в п/з	3 ± 1 а п/з	19 ± 2 в п/з	7 ± 3 в п/з

В ході проведених досліджень не було виявлено небажаних реакцій і алергічних проявів у пацієнтів обох груп лікування.

ВИСНОВОК

Таким чином, в ході проведених клінічних досліджень нами було встановлено, що застосування таких препаратів, як Флосін і Простамол Уно в поєднанні з антибактеріальною терапією і масажем передміхурової залози є більш ефективним і результативним у порівнянні з антибактеріальною терапією з масажем передміхурової залози. Також, в ході дослідження було встановлено, що застосування таких препаратів, як Флосін і Простамол Уно зменшує ризик розвитку рецидивів і приводить до швидкого поліпшення самопочуття пацієнтів, згідно результатів лабораторних та інструментальних методів досліджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Debruyne FM et al. Eur Urol 1998 Sep; 34
2. McConnell et al. N Engl J Med 2003 Dec; 349
3. Арнольді Е. К. Хронічний простатит. - Ростов-на-Дону: Фенікс, 1999. - 320с.
4. Горпинченко І. І., Гурженко Ю. Н. Препарат Сетеріс в комплексній терапії хронічного простатиту, ускладненого порушеннями сечовипускання//Здоров'я человека. - 2004. - №3.- С. 47-52.
5. Nickel J. C. Rational management of non-bacterial prostatitis and prostatodinia.//Current Opinion in Urology. - 1996.6. - P.53 - 58.
6. Ткачук В. Н., Горбачов А. Г. Агулянський Л. І. Хронічний простатит. - Л.: Медицина, 1989, - 208 с.
7. Berges R.R., Pientka L., Hufner K. et al. Male lower urinary tract symptoms and related health care seeking in Germany // Eur. Urology.- 2001. - Vol. 39. - P. 682.
8. Aliaev I.G., Vinarov A.Z., Demidko I.L., Spivak L.G. The results of the 10- year study of efficacy and safety of Serenoa repens extract in patients at risk of progression of benign prostatic hyperplasia // Urologiia. - 2013 JulAug. - 4. - P. 32-6.
9. Співак Л.Г., Гелашвілі В.В., Винаров А.З. Неінтервенційне (наглядове) дослідження застосування лікарського препарату Тамсулозін (Профлосін®) у пацієнтів з доброкісною гіперплазією передміхурової залози в рутинній клінічній практиці. Андрологія і генітальна хірургія. 2014; 15 (4): 44-49.

© Ю. И. Заседа, Р. И. Соломенний, А. В. Ганущак,

УДК 613.8

Ю. И. Заседа, Р. И. Соломенний, А. В. Ганущак,

ОПЫТ РАДИКАЛЬНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНО- ФИБРОЗНОГО И ФИБРОЗНО-КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПРОСТАТИТА

ДОСВІД РАДИКАЛЬНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАЛЬКУЛЬОЗНО-
ФІБРОЗНОГО І ФІБРОЗНО-КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ПРОСТАТИТУ

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomianyi, A. V. Ganuschak,

**EXPERIENCE ON RADICAL CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC CALCULOUS-FIBROUS
AND FIBRO-CALCULOUS PROSTATITIS**

ООО «Клиника «Мужское здоровье», Киев, Украина.

Clinical unit «Men's health», Kiev, Ukraine.

Статья поступила в редакцию 30.03.2016.

Резюме

Проанализирована проблема терапии 200 пациентов с хроническим калькулезнно-фиброзным простатитом. Предложена новая схема местного лечения в сочетании с препаратами протеолитического и литотитического действия в синергизме с физиотерапией. С помощью этого способа лечения, после проведения 1 – 2 курсов терапии по 12 – 15 сеансов, достигнут лизис конкрементов и деструкция фиброзной ткани передстательной железы.

Состав этих препаратов, методика их применения и длительность курса лечения разрабатывались в ходе собственных клинических исследований в киевской клинике «Мужское здоровье», которые доказали, что у всех, без исключения, пациентов на фоне лечения отмечена позитивная динамика. Исчез синдром хронической тазовой боли, воспаления за счёт эрадикации возбудителя болезни, улучшилась половая, микулитическая и фертильная функции, исчезла необходимость хирургического удаления конкрементов и фиброзной ткани. Достигнут стойкий клинический результат в сравнении с контрольной группой пациентов.

Ключевые слова

хронический калькулезнно-фиброзный и фиброзно-калькулезнный простатит, синдром хронической тазовой боли, фибринолитический, литолитический раствор, электрофорез, ультразвук.

Резюме

Проаналізовано проблему лікування 200 хворих з хронічним калькульозно-фіброзним простатитом. Запропоновано нову схему місцевої терапії у поєднанні з препаратами протеолітичної і літолітичної дії в синергізмі з фізіотерапією (фізико-хімічний вплив). За допомогою цього способу лікування, після проведення 1 – 2 курсів по 12 – 15 сеансів кожного, досягнуто лізису конкрементів і деструкції фіброзної тканини передміхурової залози.

Склад цих засобів, методика їх застосування та тривалість курсу лікування відпрацювались у ході власних досліджень в київській клініці «Мужское здоровье», які довели, що у всіх без винятку пацієнтів на фоні лікування відмічено позитивну динаміку. Зник синдром хронічного тазового болю, запалення за рахунок ерадикації збудника захворювання, покращилася статева, мікулітна і фертильна функції. Зникла необхідність хірургічного видалення конкрементів і фіброзної тканини, досягнуто стійкий клінічний результат у порівнянні з контрольною групою.

Ключові слова	хронічний калькульозно-фіброзний і фіброзно-калькульозний простатит, синдром хронічного тазового болю, фібринолітичний, літолітичний розчин, електрофорез, ультразвук.
Resume	<p><i>This research focuses on an experiment conducted successfully on 200 patients with chronic calculous – fibrotic prostatitis. A proposal of a new way combination which includes; local therapy with drugs, protease and a mixture capable of dissolving calculus action in synergy with physiotherapy (physical-chemical effect) was made. It was noted that with this method of treatment, after 1 – 2 courses of therapy, 12 – 15 sessions each, calculus lysis and destruction of the fibrous tissue of the prostate was achieved.</i></p> <p><i>The combination of this treatment with the method of application during their research in the Kiev clinic «Men's Health», was clinically proven that in all the patients during treatment noted positive dynamics; there was disappearance of chronic pelvic pain syndrome, absence of inflammation by eradication of the pathogen, improved sexual life, improved fertile function, and there was no need for surgical removal of calculus and fibrous tissue. All these clinical outcomes were achieved and compared with the control group patients.</i></p>
Keywords	хронический калькулезно-фиброзный и фиброзно-калькулезный простатит, синдром хронической тазовой боли, фибринолитический, литолитический раствор, электрофорез, ультразвук.

Предстательная железа выполняет множество функций, участвует в репродуктивном и копулятивном процессах, в простатотестикулярном взаимодействии. Её секрет оказывает ферментативное и буферное действие на эякулят, поддерживает жизнеспособность сперматозоидов. Также она играет роль барьера на пути инфекции из мочеиспускательного канала в верхние мочевыводящие пути и участвует в регулировании акта мочеиспускания.

Воспалительные заболевания предстательной железы в последнее время стали очень распространенным заболеванием. Частота хронических простатитов в общей популяции составляет 5 – 20% [1 – 4]. Заболеваемость хроническим неспецифическим простатитом по данным обращаемости составляет от 30 до 58% у мужчин всех возрастных групп и занимает одно из первых мест среди генитальной патологии мужчин репродуктивного возраста [1, 3, 5, 6].

На основании анализа личных и статистических исследований установлено значительное распространение хронического калькулезно-фиброзного и фиброзно-калькулезного простатита среди репродуктивного мужского населения Украины, заболеваемость на который с каждым годом растёт и по данным разных авторов составляет от 15 – 20 до 85% случаев от общего количества диагностированных заболеваний хроническим простатитом [1, 7 – 12].

Образования конкрементов происходит в толще паренхимы предстательной железы, их ядром являются амилоидные тельца, а также сгустки слущенного эпителия, инкрустированного комочками белков и фосфатами, в последствии обрастают солями фосфорнокислого кальция, увеличиваются, забивают протоки и расширяют фолликулы.

При этом, амилоидные тельца действуют как инородные тела, которые раздражают слизистую оболочку, что приводит не только к отложению солей кальция, но и к формированию фиброзной ткани, причем, четко выделяется зона фиброзно-измененной ткани по периферии конкремента, с резким обеднением или отсутствием кровотока в ней [1, 4, 9, 10, 13].

Кристаллографический анализ показывает, что ядро камня в подавляющем большинстве случаев состоит из фосфата кальция в форме гидроксиапатита или витлокита [14].

Конкрименты локализуются в ацинусах и выводных протоках и травмируют ткани, которые окружают, способствуют нарушению микроциркуляции крови. На поверхности камней происходит формирование бактериальных пленок (биопленок), ассоциатов различных видов микроорганизмов, проявляющих высокую устойчивость к антибактериальным препаратам, что вызывает высокую частоту рецидивов воспаления [4, 5, 13].

Возникновения фиброза в простате является одной из причин хронизации воспаления в предстательной железе. В следствие воспаления стромы железы, атрофии функционально актив-

ной ткани, нарушение гемодинамики (гипоксии), коллаген-синтезирующая функция фибробластов усиливается в паренхиме предстательной железы, вызывая образования фиброзных изменений в виде тяжей, строение которых состоит из грубых коллагеновых волокон произвольно переплетенных между собой, в структуре которых, также происходит формирование плотных биопленок. Кроме фиброзной ткани в простате, как правило, содержится и гнойный экссудат, содержащий не только коллоидный раствор белка, но и некроформы клеток и тканей [1, 3, 4, 6, 7, 9, 15].

В таких случаях урологи сталкиваются не только с проблемой наличия инфицированных конкрементов, санация которых невозможна без их фрагментации и растворения с последующей эвакуацией продуктов диспергирования, но и с наличием зоны фиброзно-измененной ткани покрывающим снаружи конкремент с различным обеднением или отсутствием кровотока в ней.

Цель исследования – восстановить функциональность предстательной железы и мионеврального аппарата и в целом позволить сократить время проведения лечения хронического калькулезно-фиброзного и фиброзно-калькулезного простатита (ХКФП) и повысить эффективность и качество лечения.

Деминерализовать и дефрагментировать конкременты, рассосать фиброз, в том числе и в зоне фиброзно измененной ткани по периферии конкремента и отдельных участков фиброза, исключить рецидив развития болезни.

Улучшить микроциркуляцию в тканях предстательной железы, особенно в зонах фиброза и конкрементов, освободить тубулоальвеолярные железы простаты от застойного секрета и остатков растворенного кальцинатина и расщепленной фиброзной ткани.

Увеличить скорость проникновения и концентрацию лекарственных препаратов, улучшить их усвоение в тканях предстательной железы, особенно сложных молекул протеолитических ферментов, таких, как Ферменкол с большой молекулярной массой 23 кДа – 36 кДа, который медленно всасывается и обеспечить проникновение его из прямой кишки и уретры в простату. Снизить интенсивность и количество физиотерапевтических факторов воздействия.

Материалы и методы. Исходным материалом при написании явились экспериментальные данные и клинические наблюдения лечении ХКФП на базе киевской клиники «Мужское здоровье». Обследовано и пролечено 200 однородных больных с диагнозом ХКФП, без сопутствующих заболеваний в возрасте от 27 до 45 лет, в среднем $34,1 \pm 4,5$ года, у которых наличие камней умеренных размеров в диаметре составляли от 0,3 до 1,0 см, $0,6 \pm 0,07$ см одного конкремента и очагов фиброза от 0,3 до 3,0 см, $0,92 \pm 0,15$ см одного в диаметре.

У всех обследованных проводился сбор анамнеза, оценка клинической симптоматики по международной шкале «Индекса симптомов хронического простатита» (NIH-CPSI, IPSS, QoL), пальцевое исследования предстательной железы, урофлоуметрия с определением максимальной (Qmax) и средней (Qave) скорости потока мочи, лабораторные исследования, которые включали: общий анализ крови, биохимию крови, коагулограмму, общий анализ мочи, трехстаканную пробу мочи, микроскопическое и микробиологическое исследование эякулята и мочи, спермограмму, ПЦР-диагностику заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы (ТРУЗИ) с доплерографией сосудов [16 – 20].

Основной жалобой была боль в промежности с иррадиацией в яички, усилившаяся во время семяизвержения; нарушение мочеиспускания, в том числе желание помочиться повторно; ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря; императивный позыв на мочеиспускание; ослабление струи мочи; наличие боли в промежности при сидении на твердой поверхности. Практически все пациенты предъявляли одновременно несколько жалоб.

Среди возбудителей неспецифического воспаления в секрете предстательной железы высыпались: *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus* spp. *Klebsiela* spp. Уровень бактериальной флоры находился в пределах 104–106 КОЕ/мл.

Определения уровня ПСА, иммунологических и гормональный профиль, КТ (компьютерная томография) предстательной железы, МРТ (магнитно-резонансная томография) предстательной железы – проводились по показаниям.

По данным ТРУЗИ в обследованной группе пациентов один конкремент обнаружен у 43%, два – у 37%, три – в 15% случаев. Многочисленные мелкие камни обнаружены у 12%.

В правой доле предстательной железы конкрименты локализовались у 39% случаев, в левой – у 31%. В обеих долях камни обнаружены у 30%. Размеры конкриментов чаще всего встречались диаметром 0,4 – 0,9 см в 82% наблюдений. Единичные очаги фиброза обнаружены в 37% случаев, два – в 18%, три – в 11%. Диффузные многочисленные мелкие очаги обнаружены до 0,2 см у 34%. В правой доле предстательной железы очаги фиброза встречаются в 33% случаев, в левой – в 22%, в обеих долях у 45% пациентов. Размеры очагов чаще всего встречались диаметром от 0,4 – 1,2 см в 71% случаев.

Всех пациентов разделили на две однородные группы.

I группа (n = 100) – пациенты, которые получали базисную терапию, включавшую в себя:

1. Антибиотикотерапию терапию проводили согласно результатам лабораторных исследований, в основном группой фторхинолонового ряда в течение 4–8 недель. В текущем исследовании был применен препарат Лебел (Левофлоксацин) компании Нобель 500 мг 1 раз в сутки, так как он обладает широким антимикробным действием, в частности на микрофлору, которая была высеяна. Особенно высокая активность в отношении выявленных возбудителей (*Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus spp.*, *Klebsiela spp.*), удобный режим приема для пациента 1 раз в сутки, что обеспечивает высокий комплаенс. В дополнение Лебел имеет высокий профиль безопасности, что очень важно при длительном приеме антибактериального препарата.

2. Системная энзимотерапия препаратом «Вобэнзим» на протяжении всего периода лечения. В зависимости от продолжительности и тяжести заболевания рекомендуемая доза составляла от 3 до 10 таблеток, 3 раза в сутки. Поддерживающая доза – от 3 до 5 таблеток, 3 раза в сутки.

3. Для активизации обменных процессов, увеличение энергопроизводства в митохондриях клеток и, как следствие, ускорение процессов регенерации, стимуляция более быстрой смены фазы отека фазой пролиферации с образованием рубца в очаге воспаления, пролонгирование и потенцирование действия медикаментов, усиление тканевого иммунитета, обеспечение анальгезирующего эффекта проводилась физиотерапия. Наиболее оптимально ректально использовались низкочастотный и высокочастотный ультразвук и электрофорез.

Низкочастотный и высокочастотный ультразвук (аппарат «Барвинок-У») в импульсном режиме, интенсивностью 0,2 – 0,4 до 0,6 Вт /см², через стенку прямой кишки. Длительность процедуры от 8 до 10 мин., количеством процедур от 12 до 15.

Электрофорез (аппарат «МИТ-ЕФ2») с напряжением на электродах – до 40 В, диапазон изменений тока электрофореза 5 – 30 мА, продолжительностью процедуры от 8 до 10 мин, количеством процедур от 12 до 15.

Дополнительно в каждом индивидуальном случае, проводился пневмовибромассаж или низкоинтенсивная инфракрасная лазерная терапия (ИФЛ).

II группа (n = 100) – больные, кроме базисной терапии пациенты получали фибринолитическую и литолитическую смесь ректально и / или уретрально, содержащую, мас. %:

- комплексоны 3,5 – 7,0,
- димексид 3,0 – 5,0,
- буферный раствор, остальные до 100,0,
- ферменкол 4 мг;

в комбинации с физиотерапевтическим воздействием электро- и фонофореза.

По синергизму физико-химического воздействия были разделены на 2 пары:

1. Первая пара физико-химических факторов воздействия на кальцинаты в тканях простаты были выбраны комплексоны – органические химические соединения, исключительной способностью которых является образование в растворе с ионами металлов очень прочных комплексных соединений, которые не разрушаются даже при 140°C и выше, но хорошо растворимых в воде.

Для растворения конкриментов в простате наиболее подходящим комплексоном является Трилон Б (динатриевая соль этилендиаминетрауксусной кислоты), связующий ионы кальция, превращается в тетацин, который, в свою очередь, обменивает ион кальция на ионы свинца, кобальта, кадмия, ртути, т.е. эффективно выполняет дополнительную функцию как антидот. Также, для этих целей применяют цитрат натрия (лимонную кислоту).

Фонофорез проводили на аппаратах МИТ-11, или Барвинок. Основное условие – плотность мощности в диапазоне от 0,2 – 0,4 до 0,6 Вт / см².

Эта комбинация наиболее эффективно воздействует на конкременты в тканях простаты – ультразвук разрушает конкременты, как бы «взбивает» их поверхность, а комплексон растворяет поверхностный слой конкрементов, преобразуя их в водорастворимые натриевые соли и под воздействием ультразвука жидкые остатки кальция смываются с поверхности конкрементов и выводятся из простаты, тем самым «очищается» поверхность конкрементов для последующего физико-химического воздействия.

2. Вторая пара физико-химических факторов воздействия для уменьшения фиброза использовались протеолитические ферменты, коллагеназы. В качестве ближайшего аналога выбран препарат Ферменкол, который представляет собой комплекс коллагенолитических протеаз, имеющих высокое сродство к белковым и пептидным субстратам, в первую очередь, коллагену. Механизм действия препарата на рубцовую ткань заключается в механическом нарушении структуры избыточного коллагена путём «раскусывания» и, тем самым, нарушения целостности супрамолекулярных структур тропоколлагена, сопровождающегося дальнейшим гидролизом с помощью тканевых коллагеназ, уменьшая очаги фиброза с разной структурой его строения.

Однако, коллагенолитические протеазы ферменкола активны и в отношении друг друга. Поэтому их концентрация в растворе прогрессивно снижается.

В связи с этим необходимо ускорять доставку этого препарата в орган-мишень. Но из-за большой молекулярной массы от 23 до 36 кДа, ферменкол плохо проникает через барьер «прямая кишечка – простата».

Наиболее эффективными методами доставки этого препарата в орган-мишень и увеличение концентрации являются физиотерапевтические методы – электрофорез и фонофорез, а также, использование энхансеров.

Среди физических факторов воздействия на фиброзную ткань в простате выбран электрофорез. Он ускоряет доставку, например, противофиброзных и противокалькулезных препаратов в ткани простаты, улучшает проницаемость тканей и обладает фибромодулирующим действием и потенцирует действие этих препаратов.

Электрофорез проводили на аппарате МИТ-ЕФ2 (напряжение на электродах – до 40 В, диапазон изменений тока электрофореза 5 – 30 мА).

При электрофорезе лекарственный препарат в растворе диссоциирует на ионы и образует заряженные гидрофильные комплексы. Под действием электрического тока они в значительно большем количестве проникают глубоко в ткани, где накапливаются, создавая пролонгированное действие. Это происходит благодаря усиленному приливу крови, повышению проницаемости клеточных мембран и усилию внутриклеточного обмена. Т.е., в ионной форме лекарственный препарат значительно активнее поступает в нужный орган-мишень, чем в молекулярной форме, в которой они вводятся при обычных способах их применения, при том, не насыщая весь организм. Преимуществом электрофореза является возможность управления как по амплитуде, так и по частоте, форме и длительности импульса, которое легко осуществляется с помощью электронных схем управления. Лекарственная смесь вводилась с того полюса, полярность которого соответствует заряду этого лекарственного препарата. Для смеси из двух лекарственных препаратов полярность полюса определяется по более выраженной полярности одного из лекарственных препаратов.

В некоторых случаях, лекарственные препараты вводят с обоих полюсов – так называемый, биполярный электрофорез (бифорез). Бифорез проводят в случаях использования нескольких лекарственных препаратов с разной полярностью диссоциированных ионов и гидрофильных комплексов или лекарственных препаратов сложного состава, содержащие как катионы, так и анионы.

Протеолитические ферменты при их введении с помощью электрофореза являются амфотерными веществами, т.е. они не расщепляются на ионы, а их молекулы приобретают заряд в зависимости от концентрации ионов водорода. Считается, что протеолитические ферменты имеют изоэлектрическую точку (например, ферменкол pH = 7,4) при которой они как ферментный препарат (белок) приобретает суммарный нулевой заряд. Изменение pH-среды относительно этой изоэлектрической точки сообщает молекуле протеолитического фермента электрический заряд, т.е. полярность зависит от pH буферных растворов, которые используются в качестве растворителей

для протеолитических ферментов: в кислых буферных растворах они приобретают положительный заряд, в щелочных, соответственно, отрицательный.

Комплексоны в своей структуре имеют ионы натрия, которые и определяют полярность лекарственного препарата, а именно, отрицательную, и вводятся при электрофорезе с катода. Также, комплексоны имеют более выраженную отрицательную полярность, что является определяющим для ввода смеси из двух лекарственных препаратов. Поэтому, для ввода с одного электрода, например, ректально или уретрально, протеолитический фермент, например, ферменкол, он должен быть щелочным, и иметь отрицательную полярность, т.е. pH 8,6 – 8,8, вводиться с катода.

Для ввода лекарственных препаратов с разных электродов, т.е. bipolarный электрофорез (бифорез), ректально и уретрально, протеолитический фермента, например, ферменкол должен быть кислым, иметь положительную полярность, т.е. pH 5,0 – 7,2 и вводиться с анода.

Вторая пара физико-химических факторов обеспечивает сочетанное воздействие – прохождение эпидерmalного барьера (прямая кишка), быструю доставку лекарственных препаратов в орган-мишень, размягчение и растворение фиброзной ткани в предстательной железе.

Дополнительно, для улучшения проведения лекарственных препаратов в орган-мишень через барьеры для комплексонов и протеолитические ферменты используют энхансеры, т.е. растворители, которые улучшают проведение лекарственных препаратов и тем самым повышают концентрацию лекарственных препаратов в органе-мишени. Наиболее подходящий для этих целей – Димексид. Он обладает уникальными физико-химическими свойствами: способностью растворять многие соединения, высокой проникающей способностью, выраженными транспортными свойствами и др. Димексид абсолютно нейтрален к электрофорезу, его можно вводить с любого полюса. Он не изменяет полярности других веществ, содействует их лучшему проникновению через кожу и слизистые оболочки. Димексиду также присущи: противовоспалительное, спазмолитическое, дегидратирующее, антикоагулянтное и бактериостатическое действия.

Для восстановления функционального состояния мионеврального аппарата предстательной железы параметры электрических сигналов физиологических методов (амплитуда, частота следования импульсов, их длительность и несущая частота) должны соответствовать функциональной лабильности гладких висцеральных мышц.

Для большинства гладких и тонических мышц при пороговой частоте электрического раздражения равной 5 – 6 Гц наблюдается прирост силы сокращения, но частота следования импульсов, равной 10 Гц и выше, гладкие мышцы уже полностью не воспроизводится (И.С. Бериташвили, 1959; Р.С. Орлов, 1967).

Изменяя параметры и режимы электрофореза и фенофореза можно управлять этим механизмом «расшатывание». Так, выбирая частоту импульсов, можно влиять на прирост силы сокращения гладких и тонических мышц простаты, что обеспечит активное освобождение тубулоальвеолярных желез простаты от застойного секрета и остатков растворенного кальцинат и расщепленной фиброзной ткани.

Кратность импульсов в процедурах фенофореза и электрофореза может быть кратной от 1 до 5 и обратно и выбирается с учётом преобладания измененной ткани предстательной железы. Так, в случае с большей массой фиброзной ткани – основное влияние оказывает физико-химическая пара «электрофорез с протеолитичным ферментом», т. е. длительность импульса электрофореза ($t_{\text{еф1}}$) должна быть больше длительности импульса фенофореза ($t_{\text{ФФ1}}$), и наоборот, в случае, когда в предстательной железе преобладают конкременты, продолжительность воздействия физико-химической пары «фенофорез с комплексоном» должна быть больше, т. е. длительность импульса фенофореза ($t_{\text{ФФ2}}$) будет больше длительности импульса электрофореза ($t_{\text{еф2}}$), например, $K = 2 : 1$.

За время, что пациенты находились под динамическим наблюдением, было обнаружено в клинически небольшом числе проявления местной непереносимости и аллергии, и в исследуемой группе составила 2%. (Подано заявление на изобретение №A201605861 «Способ лечения хронического калькулезно-фиброзного простатита», дата подачи 31.05.2016, МПКБА61В 17/22 А61Н 1/32).

Результаты исследования. На основании данных обследования контрольной и опытной групп индекс симптомов хронического простатита по результатам анкеты, которую заполняли па-

циенты обеих групп при первом визите после проведенного лечения состоящий из боли, дизурии, влияния симптомов на качество жизни (табл. 1).

Таблица 1. Сравнение данных до начала и после лечения пациентов обеих групп.

Показатель	1 группа (контрольная)		2 группа (опытная)	
	До начала лечения	После лечения	До начала лечения	После лечения
NIH-CPSI, баллы	18,7 ±3,5	12,3 ±2,9	18,6 ±3,7	4,2 ± 1,3
IPSS, баллы	12,7 ± 1,6	8,3 ± 2,5	13,2 ±2,2	4,0 ± 1,5
QoL, баллы	4,3 ± 1,0	3,1 ± 1,2	4,1 ±0,8	1,4 ±0,4
Qmax, мл/с	12,7 ±2,3	23,0 ±3,3	12,3 ±3,0	34,7 ±3,5
Qave, мл/с	8,2 ± 0,9	13,5 ±2,4	8,8 ± 1,3	18,1 ± 1,9

В первой группе по данным ТРУЗИ у 15% пациентов плотность простаты уменьшилась на 10%, а явления фиброза остались неизменными.

Уменьшение объема простаты < 30 см³ на 20% и >30 см³ на 11%. Объем камней остался неизменным.

Во второй группе по данным ТРУЗИ плотность простаты уменьшилась на 27%. Уменьшение объема простаты < 30 см³ на 26% и >30 см³ на 32%.

Уменьшился объем фиброза после первого курса терапии < 0,2 – 0,3 см на 91% 0,4 – 1,2 см на 63% > 1,3 см на 44%.

После второго курса терапии фиброз уменьшился на 98%, 86% и 73% соответственно.

Уменьшился объем конкрементов после первого курса терапии < 0,4 см на 93%, 0,4 – 0,9 см на 83%, > 1,0 см на 54%.

После второго курса терапии объем конкрементов уменьшился на 100%, 94% и 61% соответственно.

В первой группе после проведенного лечения по данным микробиологического исследования у 33% пациентов выявлен рост микроорганизмов: Enterococcus faecalis, Escherichia coli, Staphylococcus spp., Enterobacter spp. 10³ – 10⁴ КОЕ / мл.

После лечения во второй группе в микробиологическом контролльном исследовании роста микроорганизмов не выявлено в 91% и после второго курса терапии 100% соответственно.

В обеих группах в секрете простаты после окончания курса лечения не превышает 2 – 3 лейкоцитов в поле зрения.

Клинические примеры.

Пример 1. Больной С., 26 лет, болеет 8 лет, обострения заболевания случаются каждый год. Жалуется на дизурические явления, а также на боли и дискомфорт в промежности, особенно при сидении на жесткой поверхности. При пальпации, предстательная железа увеличена в размерах и уплотнена, преимущественно справа. Там же наблюдалась наибольшая болезненность. По данным ТРУЗИ, объем простаты 32 см³, структура неоднородная с чередованием гипо- и гиперэхогенных зон. Справа определяется четкое гиперэхогенное образование размерами 15 на 22 мм с резко уменьшенным кровообращением и наличием внутри него плотного образования 4 на 6 мм, что даёт четкую акустическую тень. В секрете простаты – 25 – 30 лейкоцитов в поле зрения, в скоплениях – до 80 лейкоцитов в поле зрения. По данным бактериального посева определяется обильный рост E. Coli с традиционной антибактериальной чувствительностью в т.ч. к доксициклину и препаратов фторхинолонового ряда. По данным ПЦР-диагностики ИПП не обнаружены. По данным опросника «Индекс симптомов хронического простатита» (NIX-CPSI, 1999), клинический индекс составил 38 баллов. Диагноз: хронический калькульно-фиброзный простатит в стадии умеренного обострения.

Больному проведен курс лечения: антибактериальную терапию по чувствительностью с антибиотикограммой, Лебел 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 недель.

А также, комплексную комбинированную физиотерапию, которая включала совместное использование электро- и фонофореза с использованием одного ректального ультразвукового аппликатора-электрода с использованием литолитической и протеолитической смеси в виде раствора ферменколу в калькулиze с помощью электро- ультразвукового прибора:

- Низкочастотный блок ультразвуковых колебаний прибора – 22 кГц, плотность мощности – 0,2 Вт/см².

- Генератор электрических колебаний – ток 10 мА.

- Режим последовательный, частота импульсов модуляции была выбрана 5 Гц, соотношение импульсов – 1 : 1.

- Раствор ферменколу в калькулиze, который готовили согласно патента [20]. При этом, ферменкол вводили в калькулиз и доводили до объема 100 мл буферным гликоколевым раствором с pH 8,6.

Перед введением литолитическим и протеолитической смеси в прямую кишку больному проводили очистительную клизму.

Затем, в положении больного на животе с подложенным под таз валиком, осуществляли введение 50 мл смеси в виде микроклизмы в полном объеме.

После этого в прямую кишку на глубину 5 – 7 см вводили ректальный ультразвуковой аппликатор-электрод.

- Второй электрод был присоединен к положительному полюсу этого прибора, который размещали на промежности с гидрофильной прокладкой, размером 10x15 см, смоченную лечебным раствором калькулиз [20], приготовленным ex tempore.

Продолжительность процедуры – 10 минут. После этого прямую кишку освобождали от электрода и остатка жидкости. Раздражающего эффекта на прямую кишку не было отмечено.

Было проведено 2 курса по 15 процедур, ежедневно с интервалом 2 недели. По истечении 6 недель лечения, было отмечено полное исчезновение болевого синдрома и симптомов нарушения мочеиспускания, самочувствие хорошее. По данным опросника Индекс симптомов хронического простатита составил 5 баллов. При пальпации, предстательная железа – безболезненная, нормальных размеров, туга эластичная. В секрете простаты 1 – 3 лейкоцита.

По данным ТРУЗИ, объем простаты 24 см², эхогенность достаточно однородная за исключением участка тела повышенной эхогенности прежних размеров (15x22), но эхоплотность уменьшена на 50%. Также отсутствует эхотень. На месте конкремента плотность сравнялась с окружающим фиброзом. По данным бакпосева микрофлора не обнаружена. По данным последующим наблюдений в течение полугода обострений не было.

Пример 2. Больной К., 32 года, болеет 12 лет. Постоянно жалуется на рези при мочеиспускании и боли внизу живота и в промежности. При пальпации предстательная железа выражено болезненная и уплотненная, преимущественно слева. По данным ТРУЗИ объем простаты 28 см², определяется одна выражена гиперхогенная зона размером 10x10 мм, с множественными параретральными включениями слева, которые дают эхотени от 1 до 3 мм в диаметре с резко уменьшенным кровообращением. В секрете простаты лейкоциты покрывают все поле зрения. В мазке из уретры 25 – 30 лейкоцитов. По данным ПЦР-диагностики ИППП не обнаружены. По данным бактериального посева определяется обильный рост Enterococcus faecalis, чувствительный к доксициклину и левофлоксацину и моксифлоксацину.

По данным опросника «Индекс симптомов хронического простатита» (NIX-CPSI, 1999), клинический индекс составил 42 балла. Диагноз: хронический калькульно-фиброзный уретропростатит в стадии выраженного обострения.

Больному проведен курс лечения: антибактериальную терапию по чувствительностью к антибиотикограмме, Лебел по 500 мг 1 раза в сутки в течение 6 недель.

А также, комплексную комбинированную физиотерапию, которая включала совместное использование электро- и фонофорез с использованием ректального ультразвукового аппликатора-

ра- электрода и уретрального электрода с соответствующими литолитическим и протеолитическим растворами с помощью электро-ультразвукового прибора:

- Высокочастотный блок ультразвуковых колебаний прибора – 880 кГц, плотность мощности – 0,4 Вт / см².
- Генератор электрических колебаний – ток 10 мА, ток 3 – 5 мА.
- Режим последовательный, частота импульсов модуляции была выбрана 2 Гц, соотношение импульсов – 1:1.
- Ректально вводили ультразвуковой аппликатор-электрод – как отрицательный полюс прибора и литолитическим раствором – калькулиз, который готовили согласно патента [20].
- В уретру вводился одноразовый уретральный катетер (зонд) специальной конструкции с металлическим стержнем – как положительный полюс. Использовали протеолитический раствор – ферменкол с буферным раствором натрия цитрата с pH – 6,0 – 6,3, ex tempore.

Перед введением протеолитического раствора в прямую кишку больному проводили очистительную клизму. Затем, в положении больного на животе с расположенным под тазом валиком, вводили 50 мл смеси с помощью микроклизмы в полном объеме. После этого в прямую кишку на глубину 5 – 7 см вводили ректальный ультразвуковой аппликатор-электрод. В уретру проводили инстилляции протеолитического раствора до 5 мл через уретральный катетер.

Далее проводили процедуры электрофореза и фонографии.

Продолжительность процедуры – 8 – 10 минут. После этого уретру и прямую кишку освобождали от электродов и остатка жидкости. Раздражающего эффекта на уретру и прямую кишку отмечено не было.

Было проведено 2 курса по 12 процедур ежедневно с интервалом 2 недели. По истечении 6 недель лечения было отмечено значительное улучшение. Больной отмечает минимальный дискомфорт в промежности, иногда дискомфорт при мочеиспускании.

По данным опросника клинический индекс составил 8 баллов. При пальпации предстательная железа безболезненна, нормальных размеров, туга эластичная. В секрете простаты мазке из уретры – 1 – 3 лейкоциты. По данным ТРУЗИ объем простаты 25 см³, эхогенность достаточно однородна и полное исчезновение эхотени. По данным бакпосева микрофлора не найдена. По данным последующих наблюдений в течение полугода обострений не было.

Выходы.

Предложенный способ лечения обеспечивает одновременное действие как на конкременты, так и на фиброзную ткань, создает эффективную концентрацию как литолитической субстанции, так и протеолитического фермента в предстательной железе. Это обеспечивает диспергирование и растворение конкрементов, лизис фиброзно-измененной ткани предстательной железы, что подтверждается результатами трансректальной ультразвуковой эхографии и другими исследованиями (анализ секрета предстательной железы, спермография и т.д.) в динамике, подтверждающую эффективность лечения.

Таким образом, впервые удалось разработать лечебную смесь и доставить её в участок сформированного фиброза, уменьшить объем простаты, существенно уменьшить объём больших конкрементов и достичь полного растворения тех из них, размер которых не превышал до лечения 4 мм. Удалось добиться существенного сокращения вероятности рецидивирования воспалительного процесса в предстательной железе, в том числе и за счет подавления бактериальных микропленок в толще растворенных кальцинатов антибиотиком Лебел (левофлоксацин), который был назначен на весь период дезинтеграции конкрементов.

На основе полученных данных доказана эффективность включения фибро-литолитического раствора в комплексное лечение больных с диагнозом хронического калькулезно-фиброзного и фиброзно-калькулезного простатита.

Инновационные данные позволяют ознакомить врачей с результатами исследований и будут способствовать внедрению патогенетически обоснованных методов лечения в широкую клиническую практику.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Виноградов И. В. Способ лечения хронического калькулезного простатита / И. В. Виноградов, Д. Г. Ким (RU 2534853), МПК A61P13/08, A61N7/00, A61B 17/22, публ. 2014.
2. Krieger J. N. Epidemiology of prostatitis / J. N. Krieger, S. W. Lee, J. Jeon // Int. J. Antimicrob. Agents. – 2008. – Vol. 31 (suppl. 1). – S 85 – 90.
3. Lepor H., Nieder A., Feser J. [et al.] // Urology. – 1997. – Vol. 49. – P. 476 – 480.
4. Dimitrakov J. D. Management of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome: an evidence-based approach / J. D. Dimitrakov, S. A. Kaplan, K. Kroenke // Urology. – 2006. – Vol. 67. – P. 881 – 888.
5. International Consultation on Urogenital Infections / K. G. Naber, A. J. Schaeffer, C. F. Heyns [et al.] // European Association of Urology – International Consultation on Urological Diseases, Edition 2010. – P. 877 – 891.
6. Pontari M. A. Urologic Diseases in America Project. Prostatitis / M. A. Pontari, G. F. Joyce, M. Wise // J. Urol. – 2007. – Vol. 177 (6). – P. 2050 – 2057.
7. Судариков И. В. Особенности клиники и диагностики хронического простатита, осложненного камнями предстательной железы: Автореф. дис. канд. мед. наук; 14.04.06 / И. В. Судариков / НАМН Украины. Ин-т урологии и нефрологии. – М., 1996. – 24 с.
8. Мигов В. Г. Применение препарата Ферменкол комплекс для лечения больных хроническим калькулезным простатитом / В. Г. Мигов // Здоровье мужчины. – 2014. – №4. – С. 122 – 126.
9. Литус А. И. Хронический простатит, осложненный конкрементами предстательной железы (простатолитиаз). Патогенез, клиника, диагностика и новые подходы к комплексной терапии / А. И. Литус, В. И. Степаненко // Укр. журн. дерматологии, венерологии, кос- метологии. – 2004. – №1. – С. 60 – 64.
10. Лесовой В. Н. Лечение простатита у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / В. Н. Лесовой, А. В. Аркадов, А. В. Книгавко // Здоровье мужчины. – 2006. – №2 (17). – С. 96 – 98.
11. Мавров И. И. Половые болезни: энциклопедический справочник / И. И. Мавров. – К.: Украинская энциклопедия; АСТ-Пресс, 1994. – С. 253 – 382.
12. Горпинченко И. И. Новые методы и аппараты для лечения хронического простатита и эректильной дисфункции / И. И. Горпинченко, В. Л. Исаков // Здоровье мужчины. – 2004. – №3 (10). – С. 86 – 190.
13. Горпинченко И. И. Ударноволновая терапия больных хроническим калькулезным простатитом / И. И. Горпинченко, В. Г. Мигов // Здоровье мужчины. – 2012. – №4. – С. 75 – 78.
14. Huggins C. The course of the prostatic ducts and the anatomy, chemical and x-ray diffraction analysis of prostatic calculi / C. Huggins, R. S. Bear // J. Urol. – 1944. – Vol. 51. – P. 37.
15. Лопаткин Н. А. Рациональная фармакотерапия в урологии / Н. А. Лопаткин, Т. С. Перепанова. – М., 2006. – 818 с.
16. Декларационный патент Украины на полезную модель №60155 «Способ консервативного лечения хронического простатита, осложненного конкрементами в предстательной железе», МПК 7 A61K 35/00, 31/00, публ. 2003.
17. Патент RU 2534853 «Способ лечения хронического калькулезного простатита», МПК A61P13 / 08 A61N7 / 00, A61B 17/22, публ. 2014.
18. Патент RU 2112571 «Способ лечения хронического простатита и устройство для его осуществления (варианты)», МПК A61N7 / 00, публ. 1998.
19. Декларационный патент Украины на полезную модель №75078, «Способ консервативного лечения хронического простатита, осложненного конкрементами в предстательной железе», МПК (2012.01) A 61K 31/00, a 61K 35/00, a 61P 13/08, публ. 2012.
20. Декларацийний патент Украины на полезную модель №75079, Литотитическое средство «Калькулиз» для консервативного лечения хронического простатита, осложненного конкрементами в предстательной железе, МПК (2012.01) A 61K 31/00, a 61K 35/00, a 61P 13/08 публ. 2012.

© Е. И. Кудинова
УДК 612.821+616.89

Е. И. Кудинова,

ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

О. I. Кудінова,

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ
ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ СОМАТОФОРМНОУ ВЕГЕТАТИВНОУ ДИСФУНКЦІЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

O. I. Kudinova ,

**PRINCIPLES OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF EMOTIONAL DISTURBANCES IN PATIENTS
WITH SOMATOGRAPHIC VEGETATIVE DYSFUNCTION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии.
Kharkov medical academy of postgraduate education, department psychotherapy.

Статья поступила в редакцию 16.03.2016.

Резюме

Целью исследования являлось улучшение диагностики соматоформных расстройств (СФР) и уточнение патопсихологических механизмов формирования соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы и разработки принципов формирования психокоррекционных мероприятий

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-психопатологическое и психопатологическое исследование 97 больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы (СВДСС). Определение темперамента, уровня нейротизма, экстра- и интроверсии проводилось с помощью опросника Eysenck Personality Inventory. Уровень личностной и реактивной тревожности изучали по шкале самооценки. Наличие и уровень депрессии изучали с помощью шкалы Гамильтонна для оценки депрессии.

Результаты. В результаты проведенных исследований выделены ведущие клинические синдромы – кардиалгический (78%), аритмический (12%). У всех пациентов установлено повышение уровня депрессии, личной и реактивной тревожности. Проведена стратификация патогенетических механизмов СВДСС, что послужило основой для формирования медико-психологической коррекции.

Выводы. Таким образом, результаты проведенной работы показали, что для больных СВДСС наиболее эффективным является применение системы медико-психологической коррекции, построенной по интегративному принципу, которая включает в себя комплекс суггестивной психотерапии с элементами телесно-ориентированной, групповой психотерапии и аутогенной тренировки.

Ключевые слова

соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы, патогенетические механизмы, психотерапия.

Резюме

Метою дослідження було поліпшення діагностики соматоформних розладів (СФР) і уточнення патопсихологічних механізмів формування соматоформні вегетативної дисфункциї серцево-судинної системи і розробки принципів формування психокорекційних заходів

Матеріали і методи. Проведено комплексне клініко-психопатологічне та психопатологічне дослідження 97 хворих соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-сосудинної системи (СВДСС). Визначення темпераменту, рівня нейротизму, екстра-та інтерверсії проводилося за допомогою опитувальника Eysenck Personality Inventory. Рівень особистісної та реактивної тривожності вивчали за шкалою самооцінки. Наявність і рівень депресії вивчали за допомогою шкали Гамільтона для оцінки депресії.

Результати. Виділено провідні клінічні синдроми – кардіалгічний (78%), аритмічний (12%). У всіх хворих встановлено підвищення рівня депресії, особистісної та реактивної тривожності. Проведено стратифікацію патогенетичних механізмів СВДСС, виокремлено принципи побудови психотерапевтичної корекції.

Висновки. Таким чином, результатами проведеної роботи показали, що для хворих СВДСС найбільш ефективним є застосування системи медико-психологічної корекції, побудованої за інтегративним принципом, яка включає в себе комплекс суггестивної психотерапії з елементами тілесно-орієнтованої, групової психотерапії та аутогенного тренування.
соматоформна вегетативна дисфункція серцево-сосудинної системи, патогенетичні механізми, психотерапія.

Ключові слова

Summary

The aim of the study was to improve the diagnosis of somatoform disorders (SFD) and to clarify the pathopsychological mechanisms of somatoform autonomic dysfunction of the cardiovascular system and to develop principles for development of psycho-corrective measures.

Materials and methods. A complex clinical-psychopathological and psychopathological study was conducted among 97 patients with somatoform autonomic dysfunction of the cardiovascular system (SADCVS). The determination of temperament, level of neuroticism, extra- and introversion were carried out using Eysenck Personality Inventory questionnaire. The level of personal and reactive anxiety was studied against the self-esteem scale. The presence and level of depression was studied using the Hamilton scale for assessing depression.

Results. Leading clinical syndromes, cardial (78%) and arrhythmic (12%), were identified as the result of the conducted studies. All patients featured an increase in the level of depression, personal and reactive anxiety. The stratification of the pathogenetic mechanisms of the SADCVS was performed, which served as the basis for development of medical and psychological correction.

Conclusions. Thus, the results of the work performed showed that in case with SADCVS patients, the most effective was the system of medical and psychological correction, developed on the basis of an integrative principle, which includes a set of suggestive psychotherapy with elements of body-oriented, group psychotherapy and autogenic training.

Keywords

somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system, pathogenic mechanism, psychotherapy.

В последние десятилетия современная психиатрия большое внимание уделяет изучению патоморфоза соматоформных расстройств (СФР) [1 – 4].

В МКБ-10 и DSM-IV TR СФР выделены как самостоятельный кластер. Установлено, что они представляют собой достаточно неоднородную клиническую группу, в которую объединены системные и органные неврозы и расстройства, которые традиционно рассматривались в качестве отдельных синдромов в структуре истерического невроза.

На сегодняшний день существенно пересмотрены также теоретические, практические и классификационные подходы к вегето-сосудистой дистонии, которая особенно в отечественной психоневрологии, долгие годы была фактически общепринятым синонимом СФР [5 – 8].

Всё это создало ситуацию, когда систематизированные научные разработки в этой отрасли далеко отстали от сформированных клинических нужд. Существующие классические работы по клинической структуре некоторых форм СФР [9 – 12] не отвечают дифференциации современных

форм СФР и выбору наиболее эффективных методов психотерапии и принципов применения патогенетически обусловленных психокоррекционных мероприятий.

Всё вышеперечисленное послужило обоснованием настоящего исследования, целью которого явилось улучшение диагностики СФР и уточнение патопсихологических механизмов формирования соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы и разработки принципов формирования психокоррекционных мероприятий.

Наблюдение включало в себя следующий комплекс исследований: клинико-психопатологическое наблюдение больных, в ходе которого оценивалось состояние психической и соматической сфер; патопсихологическое исследование.

Определение темперамента, уровня нейротизма, экстра- и интроверсии проводилось с помощью опросника Eysenck Personality Inventory (EPI, H. J. Eysenck, 1963). Уровень личностной и реактивной тревожности изучали по шкале самооценки (C. D. Spilberger, в адаптации Ю. Л. Ханина, 1971). Наличие и уровень депрессии изучали с помощью шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS, M. Hamilton, 1960).

В исследование были включены 97 больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и/или сердечно-сосудистой системы (СВДСС) (F45.30).

Клинико-психопатологическое исследование больных СВДСС было проведено структурировано, этапно и лонгитудинально. Проводилось структурированное диагностическое интервьюирование больных, а также клиническая идентификация симптомов и синдромов. Анализ полученных данных позволил выделить 2 группы синдромов: синдромы, которые обуславливали нозопринадлежность или определяли клинику расстройства в целом; а также относительно неспецифические синдромы общеневротического регистра, которые распространялись на все клинические группы.

Распределение выделенных синдромов у обследованных представлено в табл. 1.

Таблица 1. Распределение ведущих синдромов у больных соматоформной-вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы

Синдромы	Абс.	% ± % m
Кардиалгический	76	78
Аритмический	11	12
Цефалгический	5	5
Абдоминальный	1	1
Дисфагический	1	1
Диспnoэтический	3	3

В группе больных СВДСС превалировал кардиалгический синдром ($75,66 \pm 76\%$), у $11,64 \pm 12\%$ больных регистрировался аритмический синдром, у $4,85 \pm 5\%$ – цефалгический.

Кроме специфических синдромов, которые определяли клиническую нозопринадлежность расстройства, у больных СВДСС выделялись синдромы общеневротического регистра, распределение которых в группе больных СВДСС представлено в табл. 2.

Таблица 2. Распределение синдромов общеневротического регистра у больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы

Синдромы	Абс.	% ± %
Астенический	28	29
Тревожный	13	14
Астено-иппохондрический	10	10
Астено-субдепрессивный	35	36
Обсессивно-иппохондрический	11	11

Как видно из таблицы, у всех больных превалировали синдромы астенического регистра.

Данные патопсихологического исследования показали следующее: показатели, полученные с помощью опросника Айзенка (EPI) выявили, что для больных СВДССС характерным было преобладание низкого уровня нейротизма, который регистрировался у $71,66 \pm 2,15\%$ обследованных.

По данным методики Спилбергера – Ханина более чем у половины больных СВДССС регистрировались высокие уровни как личностной тревожности ($64,13 \pm 2,64\%$), так и реактивной тревоги ($50,46 \pm 2,76\%$).

Показатели уровня депрессии по шкале Гамильтонса подчеркнули, что у ($43,99 \pm 2,36\%$) обследованных выявлено наличие депрессии, уровень которой соответствовал лёгкой ($31,97 \pm 2,22\%$) или умеренной ($12,02 \pm 1,55\%$) степени.

Анализ данных, полученных по результатам всех проведенных обследований, позволил установить сложную иерархическую стратификацию патогенетических механизмов развития СВДССС. При этом ведущим патопсихологическим механизмом является диссоциация между относительно низким уровнем нейротизма и высоким уровнем показателей личностной тревожности. В формировании системно-органной принадлежности СВДССС участвует в определённой степени и субъективная система представлений больного.

Многоуровневый характер патогенеза развития СВДССС обусловил разработку системы психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий.

Принципом построения системы был уровневый, направленный на коррекцию эмоциональной сферы, оптимизацию вегетативной регуляции, повышение уровня социального функционирования.

Базисным методом лечения больных СВДССС была психотерапия.

На начальном этапе нами использовалась суггестивная психотерапия с элементами телесно-ориентированной психотерапии, которая проводилась в группах по 10 – 12 больных. При этом телесный компонент формировался в нозоспецифической симптоматике. Суггестивное содержание словесных формул было направлено на снятие эмоционального напряжения, концентрации внимания на сердечно-сосудистой системе. Развивалась способность волевого управления своими вегетативными функциями, активностью, настроением, самочувствием.

На втором этапе проводилась групповая психотерапия – 10 – 12 сеансов групповой психотерапии продолжительностью 45 – 60 минут, ежедневно.

Постепенно осуществлялся переход к третьему этапу, где основным было овладение элементами аутотренинга (АТ). Самостоятельные занятия АТ проводились 2 раза в день длительностью 15 минут: утром и вечером, ежедневно. Методика проводилась по классическим формулам Шульца в модификации А. Т. Филатова.

Для оценки эффективности терапии были использованы критерии нормализации психического состояния, самочувствия больных, снижение уровня тревожности, повышение уровней самооценки своего состояния.

По завершению проведения терапии достигнуто значительное улучшение состояния у 39 больных ($79,40 \pm 2,21\%$), незначительное улучшение – у 54 ($16,12 \pm 2,01\%$). У 15 больных ($4,48 \pm 1,13\%$) не удалось достичь существенных позитивных изменений состояния.

Заключительные результаты проведенной работы показали, что для больных СВДССС наиболее эффективным является применение системы медико-психологической коррекции, построенной по интегративному принципу, которая включает в себя комплекс суггестивной психотерапии с элементами телесно-ориентированной, групповой психотерапии и аутогенной тренировки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – М.: «Медицина», 1993. – С. 225 – 237.
2. Березанцев А. Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) / А. Ю. Березанцев // Российский психиатрический журнал. – 2001. – №5. – С. 4 – 10.

-
3. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. фон Рад. – М.: «Гэотар-Медицина», 1999. – 376 с.
 4. Вейн А. М. Панические атаки / А. М. Вейн // Международный медицинский журнал. – 1997. – №3. – С. 75 – 79.
 5. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ. / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. – К.: Сфера, 1997. – Т. 2. – 435 с.
 6. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник / В. Я. Гиндикин. – К., 1997. – 104 с.
 7. Дукельський О. О. Депресія у хворих з ішемічною хворобою серця, які перенесли стентування коронарних артерій / О. О. Дукельський // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, Вип. 4 (65). – С. 74 – 78.
 8. Лазебник І. В. Клінічні особливості тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х / І. В. Лазебник // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, №4 (59). – С. 45 – 47.
 9. Марилов В. В. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки / В. В. Марилов, М. В. Коркина, В. И. Есаулов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, №4. – С. 21 – 27.
 10. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / Б. В. Михайлов, И. Н. Сарвир, В. В. Чугунов [и др.] // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, Вып. 1. – С. 36 – 38.
 11. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А. Б. Смулевича. – М.: Русский врач, 2000. – С. 78 – 105.
 12. Табачников С. И. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром / С. И. Табачников, С. В. Титиевский // Doctor.– 2002. – №6. – С. 14 – 16.

© Г.В. Морванюк
УДК 159.96+616.895

Г.В. Морванюк,

ГЕНДЕРНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

Г.В. Морванюк,

ГЕНДЕРНЫЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМЫ
ШИЗОФРЕНИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

G.V. Morvanyuk,

**GENDER AND PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA TO
INPATIENT TREATMENT STAGE**

Одеський національний медичний університет,
кафедра соціальної допомоги, загальної та медичної психології.

Odessa national medical university,
Department social helping, general and medical psychology.

Стаття надійшла до редакції 14.04.2016.

Резюме

Мета дослідження. Використання гендерного підходу в комплексній діагностиці та комплексній терапії параноїдної форми шизофренії (ПШ).

Матеріали і методи. У дослідження були включено 167 хворих на ПШ. Всі обстежувані були розділені на дві групи за гендерною ознакою: 89 чоловіків склали групу один (Г1), а 78 жінок – групу два (Г2). Дослідження проходило на протязі 2010 – 2015 років на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я».

Результати. В результаті проведеного дослідження виявлено, що більш ніж половина чоловіків (68,5%) і жінок (60,2%) на момент обстеження не мали власної сім'ї, проте всі вони жили у сім'ях своїх родичів. Зберегли власні сім'ї і 31,4% чоловіків і 39,8% жінок, проте деякі з пацієнтів кожної з груп були офіційно одруженими, проте проживали окремо (Г1 – 4,5%; Г2 – 3,9%). Більшість чоловіків (91%) і жінок (92,3%) мали складні конфліктні взаємини з родичами. Найбільше вражене почуття нездоволеності серед хворих чоловіків та жінок пов'язане з наступними факторами: «власний спосіб життя в цілому», «можливість вибору місця роботи», «можливість проводити відпустку», «дозвілля», «відносини з чоловіком / жінкою», «відносини з дітьми», «власне положення в суспільстві», «зміст своєї роботи в цілому», «умови професійної діяльності» та «обстановка в суспільстві (державі)». Серед чоловіків та жінок домінуючою є копінг-стратегія «унікнення проблем» (94,4% осіб Г1; 97,4% пацієнтів Г2), при якій хворі намагалися уникнути контакту з навколошньою дійсністю, піти від вирішення проблем. На другому місці за частотою використання знаходилась стратегія «пошук соціальної підтримки», яка широко використовувалась 89,9% хворих Г1 та 94,9% – Г2.

Висновки. Гендерні особливості обстежених пацієнтів, які страждають на ПШ полягають у наступному. Особистісну організацію відрізняють специфічні фактори, їх комплекси і блоки. У жінок виявлено найбільші прояви тривоги, когнітивних порушень, а ніж у чоловіків, в яких найбільш представлено інтроверсію.

Ключові слова

психосоціальні особливості, параноїдна форма шизофренії, стаціонарний етап лікування, комплексна допомога.

Резюме

Цель исследования. Использование гендерного подхода в комплексной диагностике и комплексной терапии параноидной формы шизофрении (ПЖ).
Материалы и методы. В исследование были включены 167 больных ПЖ. Все обследуемые были разделены на две группы по гендерному признаку: 89 мужчин составили группу один (Г1), а 78 женщин - группу два (Г2). Исследование проходило в течение 2010 - 2015 годов на базе КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья».

Результаты. В результате проведенного исследования выявлено, что более половины мужчин (68,5%) и женщин (60,2%) на момент обследования не имели собственной семьи, однако все они жили в семьях своих родственников. Сохранили свои семьи и 31,4% мужчин и 39,8% женщин, однако некоторые из пациентов каждой из групп были официально женатыми, однако проживали отдельно (Г1 - 4,5%; Г2 - 3,9%). Большинство мужчин (91%) и женщин (92,3%) имели сложные конфликтные отношения с родственниками. Наиболее выраженное чувство неудовлетворенности среди больных мужчин и женщин связано со следующими факторами: «собственный образ жизни в целом», «возможность выбора места работы», «возможность проводить отпуск», «досуг», «отношения с супругом / женщиной», «отношения с детьми», «собственное положение в обществе», «содержание своей работы в целом», «условия профессиональной деятельности» и «обстановка в обществе (государстве)». Среди мужчин и женщин доминирует копинг-стратегия «избегание проблем» (94,4% лиц Г1; 97,4% пациенток Г2), при которой больные пытались избежать контакта с окружающей действительностью, уйти от решения проблем. На втором месте по частоте использования находилась стратегия «поиск социальной поддержки», которая широко использовалась 89,9% больных Г1 и 94,9% - Г2.

Выводы. Гендерные особенности обследованных пациентов, страдающих ПЖ заключаются в следующем. Личностную организацию отличают специфические факторы, их комплексы и блоки. У женщин выявлено более выраженные проявления тревоги, когнитивных нарушений, чем у мужчин, в которых наиболее представлено интроверсию.
психосоциальные особенности, параноидная форма шизофрении, стационарный этап лечения, комплексная помощь.

Ключевые слова

Summary

Aim of the study was to use gender approach in complex diagnostics and complex therapy of the paranoid form of schizophrenia.

Materials and methods. The study included 167 patients with paranoid form of schizophrenia. All participants were divided into two groups by gender: 89 men Group 1 (G1), and 78 women - Group 2 (G2). The study was conducted during 2010-2015 on the premises of "Odessa Regional Medical Center for Mental Health".

Results. As a result of the study, more than half of the men (68.5%) and women (60.2%) had no family at the time of the study, but all lived in the families with their relatives. 31.4% of men and 39.8% of women saved their families, however some of the patients in each group were officially married, but lived separately (G1 - 4.5%, G2 - 3.9%). Most men (91%) and women (92.3%) had difficult conflicts with their relatives. The most pronounced feeling of dissatisfaction among sick men and women is related to the following factors: "own way of life as a whole", "opportunity to choose a place of work", "opportunity to spend holidays", "leisure", "relations with spouse / woman", "relations with children", "his/her own position in society", "content of their work as a whole", "conditions of professional activity" and "the situation in society (state)". Men and women use the coping strategy of "avoiding problems" (94.4% of G1 people, 97.4% of G2 patients), whereas patients tried to avoid contact with the surrounding reality, to avoid solving problems. The second most frequently used was the strategy of "seeking social support", which was widely used by 89.9% of patients in G1 and 94.9% in G2.

Conclusions. Gender features of the examined patients suffering from paranoid form of schizophrenia are as follows. Personality organization is distinguished by spe-

cific factors, their complexes and blocks. Women showed more pronounced manifestations of anxiety, cognitive impairment when compared to men who demonstrated higher level of introversion.

Keywords

psychosocial characteristics, paranoid type of schizophrenia, stationary phase of treatment, comprehensive help.

Шизофренія – розповсюджене психічне захворювання, яке вражає осіб переважно працездатного віку, призводить до ранньої інвалідизації та втрати соціальних зв'язків, значних економічних втрат та зниження якості життя [1, 2]. Загальний ризик захворювання, за сучасними даними, становить 0,4 – 0,6% (4 – 6 випадків на 1000 осіб). Дослідники відмічають, що серед хворих на шизофренію кількість жінок і чоловіків є приблизно рівною, проте у жінок спостерігається тенденція до більш пізнього початку хвороби [3]. Серед соціальних проблем, з якими стикаються хворі на шизофренію – тривале безробіття, бідність, відсутність житла [4]. Серед даної категорії пацієнтів відмічається підвищений ризик самогубства, зниження тривалості життя на 10 – 12 років порівняно з середньостатистичним показником.

Сучасні підходи до фармакотерапії, психотерапії та соціально-психологічної реабілітації є стандартними та не враховують гендерної специфіки пацієнтів [5 – 7]. Тому актуальним є використання гендерного підходу в комплексній діагностиці та комплексній терапії параноїдної форми шизофренії (ПШ).

Викладення основного матеріалу. Дослідження проходило протягом 2010 – 2015 років на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». Обстежено 203 хворих на параноїдну форму шизофренії.

Критеріями включення до груп дослідження були:

- мали встановлений діагноз ПШ (F20.0);
- термін захворювання від встановлення діагнозу складав більше, ніж 1 рік;
- хворі, які лікувалися 2 та більше разів;
- хворі, які усвідомлювали зміст пропонованих методик, були в змозі їх виконати;
- не мали тяжких соматичних захворювань;
- дали письмову згоду на проведення дослідження.

На основі вищеперелічених критеріїв, до участі були включено 167 хворих на ПШ. Всі обстежувані були розділені на дві групи за гендерною ознакою: 89 чоловіків склали групу один (Г1), а 78 жінок – групу два (Г2). Умови проведення роботи відповідають загальноприйнятим нормам моралі, вимогам дотримання прав, інтересів особистості учасників дослідження. Хворі та їх родичі були ознайомлені з темою, метою та методами даного дослідження.

На етапі включення хворих до участі у дослідженням роз'яснювались методики, за якими вони будуть проходити тестування, отримувалась письмова згода від хворого. Хворим пояснювалось, що участь у дослідженні є цілком добровільним та конфіденційним, а також вони були ознайомлені з правом відмови від дослідження.

У табл. 1 наведено розподіл хворих за віком та статтю.

Таблиця 1. Розподіл обстежених за віком та статтю (%).

Вік хворих	Г1, n = 89	Г2, n = 78
до 20 років	3 (3,4)	2 (2,6)
21-30 років	20 (22,5)	21 (26,9)
31 – 40 років	35 (39,3)	40 (51,3)
41-50 років	19(21,4)	10(12,8)
51-60 років	8 (8,9)	4(5,1)
60 та більше років	4(4,5)	1(1,3)

За даними табл. 1 можна простежити, що основну частину досліджених як в першій, так і в другій групі, склали хворі віком до 40 років. Це можна пояснити тим, що шизофренія – хвороба, яка

маніфестує частіше саме у даному віковому проміжку. При чому хворих, віком від 31 до 40 років більше у групі жінок, ніж у групі чоловіків. Та навпаки, у більш пізньому віці чоловіків було достовірно більше, ніж жінок (відповідно 21,4 та 12,8; 9,0 та 5,1), ($p < 0,05$).

Як зазначалось раніше, всі досліджені чоловіки та жінки мали встановлений діагноз ПШ (F20.0), в зв'язку з чим проходили лікування не менше ніж двічі, при цьому термін перебігу хвороби складав більше ніж 1 рік (що зазначалось в критеріях включення). Перші випадки маніфестування хвороби відмічалися у хворих у різному віці, що відображенено у табл. 2.

Таблиця 2. Розподіл досліджених за віком дебютування основного захворювання (%).

Вік хворих	Г1, n = 89	Г2, n = 78
до 20 років	11 (12,4)	8(10,3)
21-30 років	59 (66,3)	54 (69,2)
31-40 років	18(20,2)	16(20,5)
41-50 років	1 (1,1)	0 (0,00)

Як свідчать дані табл. 2, у більш ніж половини досліджених чоловіків (66,3%) та жінок (69,2%) дебют захворювання відбувся у віці 21 – 30 років.

Розподіл пацієнтів Г1 та Г2 за терміном захворювання відображенено в табл. 3.

Таблиця 3. Розподіл обстежених за терміном захворювання (%).

Термін	Г1, n = 89	Г2, n = 78
1 - 2 роки	14(15,7)	11 (14,1)
3-5 років	17(19,1)	19(24,4)
6-10 років	22 (24,7)	27 (34,6)
більш ніж 10 років	36 (40,5)	21 (26,9)

За даними табл. 3 – найбільша кількість чоловіків Г1 страждала на ПШ протягом більш ніж 10 років (40,5%), у той час, як більшість жінок Г2 відмічали, що термін захворювання в них дорівнював 6 – 10 років (34,6%).

Дані таблиці 4 свідчать про превалювання в групах обстежених осіб, які отримали вищу освіту та здобули науковий ступінь бакалавра, спеціаліста або магістра (49,5% в Г1 та 50,0% в Г2). Біля 40% досліджених чоловіків та жінок, що страждали на ПШ, отримали середню спеціальну освіту (в Г1 – 37,1%; в Г2 – 35,9%).

Таблиця 4. Освітній рівень обстежених, %.

Освіта	Г1, n = 89		Г2, n = 78	
	n	%	n	%
середня неповна	2	2,3	1	1,3
середня	9	10,1	10	12,8
середня спеціальна (ПТУ, коледж та ін.)	33	37,1	28	35,9
бакалавр	12	13,5	11	14,1
спеціаліст	29	32,6	23	29,5
магістр	3	3,4	5	6,4
дві повні вищі або науковий ступінь	1	1,1	0	-

Дослідження виявило, що більш ніж половина пацієнтів-чоловіків (68,5%) і жінок (60,2%) на момент обстеження не мали власної сім'ї. Лише 20,2% чоловіків і 18% жінок зберегли свої сім'ї, проте 4,5 % осіб Г1 та 3,9 досліджених Г2 не проживали в них. Характерним було те, що більшість хворих чоловіків (63,3 %) і жінок (56,7%) жили у сім'ях своїх родичів (табл. 5).

Таблиця 5. Сімейний стан обстежених, %.

Сімейний стан	Г1, n = 89		Г2, n = 78	
	n	%	n	%
неодруженні	53	59,6	40	51,3
громадський шлюб	10	11,2	17	21,8
офіційно одруженні та проживають разом	14	15,7	11	14,1
одруженні, але проживають окремо	4	4,5	3	3,9
роздлучені	8	8,9	7	8,9

Рівень конфліктності у родинах обстежених пацієнтів з ПШ (за даними інтерв'ю) наведено у наступній табл. 6.

Таблиця 6. Рівень конфліктності обстежених, %.

Рівень конфліктності	Г1, n = 89		Г2, n = 78	
	n	%	n	%
Конфлікти виникають постійно	42	47,2	41	52,6
Конфлікти виникають час від часу	39	43,8	31	39,7
Конфлікти не виникають	8	8,9	6	7,7

Як свідчить табл. 6, переважна більшість родин обстежених характеризувалась наявністю конфліктів (Г1 – 91,0%; Г2 – 92,3%), при цьому 47,2% чоловіків та 52,6% жінок відмічали, що конфлікти виникають постійно.

Далі наведено дані щодо рівня матеріального забезпечення обстежених.

Таблиця 7. Рівень матеріального достатку, %.

Рівень достатку	Г1, n = 89		Г2, n = 78	
	n	%	n	%
межа бідності	23	25,8	19	24,4
статки нижче середнього	29	32,6	27	34,6
середній статок	35	39,3	28	35,9
статки вище середнього	2	2,3	4	5,1

Своє матеріальне становище 41,6% чоловіків і 41% жінок оцінювали як достатнє, матеріальних коштів вистачало на задовільне харчування, періодично купувався одяг, був можливим відпочинок. Однак 25,8% чоловіків і 24,4% жінок відмітили, що ледве зводять «кінці з кінцями», матеріальних коштів вистачає лише на харчування, інші витрати є недоступними.

Для виявлення різниці у рівні соціальної адаптації була проведена методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л.І. Васермана (у адаптації В.В. Бойко). Отримані дані наведено в табл. 8. Як свідчить таблиця, найбільш виражене почуття нездоволеності серед хворих на ПШ чоловіків та жінок було пов'язане з наступними факторами: «власний спосіб життя в цілому», «можливість вибору місця роботи», «можливість проводити відпустку», «проведення дозвілля», «відносини з чоловіком / жінкою», «відносини з дітьми», «власне положення в суспільстві», «зміст своєї роботи в цілому», «умови професійної діяльності» та «обстановка в суспільстві (державі)». Найменше нездоволення викликали фактори «освіта», «сфера послуг і побутового обслуговування» та «взаємини з суб'єктами власної професійної діяльності».

Таблиця 8. Розподіл досліджених за рівнем соціальної фрустрованості.

Рівень задоволення	Середні бали	
	Г1, n = 89	Г2, n = 78
своєю освітою	2,4	2,6
взаєминами з колегами по роботі	3,3	3,4
взаєминами з адміністрацією на роботі	3,6	3,5
взаєминами з суб'єктами своєї професійної діяльності	3,4	3,2
змістом своєї роботи в цілому	3,5	3,7
умовами професійної діяльності (навчання)	3,2	3,3
своїм положенням в суспільстві	3,3	3,6
матеріальним положенням	2,9	3,2
житлово-побутовими умовами	2,8	3,1
відносинами з чоловіком (жінкою)	3,5	3,7
відносинами з дитиною (дітьми)	3,2	3,5
відносинами з батьками	2,8	3 ?*
обстановкою в суспільстві (державі)	3,2	3,4
відносинами з друзями, найближчими знайомими	2,9	3,1
сфeroю послуг і побутового обслуговування	2,6	2,8
сфeroю медичного обслуговування	2,9	3,2
проведенням дозвілля	3,6	3,8
можливістю проводити відпустку	3,5	3,3
можливість вибору місця роботи	3,4	3,5
своїм способом життя в цілому	3,1	3,3

Дані дослідження з використанням тесту визначення рівня соціальної фрустрованості Л.І. Варшмана (у адаптації В.В. Бойко) доповнено інформацією, отриманою в результаті збору анамнестичних даних, а також бесід з хворими та їх родичами. Аналіз отриманих даних дозволив констатувати, що більшість хворих чоловіків (76,6%); і жінок (83,4%); були задоволені отриманою освітою.

За даними дослідження, більшість чоловіків (76,6%) і жінок (83,4%), суб'ективно були задоволені своєю фізичною працездатністю. При оцінці своєї інтелектуальної продуктивності 86,7% чоловіків відповіло «так», а 33,3% жінок відповіло «ні». Близько половини з опитувальних чоловіків (43,3%), з них 2/3 мали стаж роботи більше 5 років (53,8%). Серед жінок роботу мала лише третина (30%), з них половина мала стаж більше 10 років (55,6%). Залишились задоволеними своєю професією третина опитувальних (30,7% чоловіків і 33,3% жінок).

Також отримано дані щодо показників рівня побутової адаптованості у хворих на ПШ. Так, серед хворих переважали чоловіки (63,3%) і жінки (56,6%), які щодня виходили на прогулянку, а 16,6% чоловіків і 23,3% жінок прогулювалися кілька разів на тиждень.

Інтерес до читання у більшості хворих чоловіків (66,7%) був знижений. При цьому серед жінок переважали хворі (76,7%), які читали (в основному газети, журнали і детективи). Велика частина чоловіків (86,7%) щодня дивилися телевізор. У той же час у жінок тільки 46,6%. Крім цього, половина хворих чоловіків (53,3%) і жінок (46,6%) не відвідують театри, музеї, кінотеатри та інші місця відпочинку. У достовірної більшості хворих чоловіків (63,3%); і жінок (66,7%) збереглося спілкування з друзями та знайомими. У більшої частині хворих чоловіків (66,7%); і жінок (60%); хобі не було. Разом з тим, самостійно виконували роботу по дому 60% чоловіків і 73,3% жінок.

При цьому в цілому, свою денну активність значна частина хворих чоловіків (50%) і жінок (40%) оцінили як задовільну, а 13,3% хворих чоловіків і 16,7% жінок оцінили свою денну активність, як «погану». В цілому, 36,7% чоловіків та 43,3% жінок були задоволені своєю денною активністю (рис. 1).

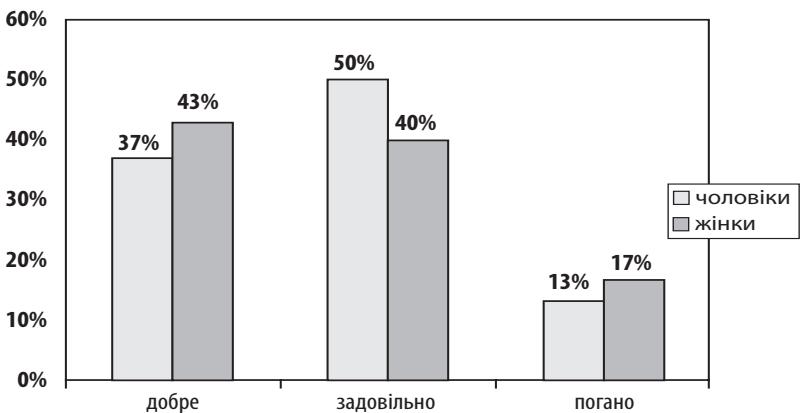


Рис. 1. Ступінь задоволеності власною денною активністю.

Своє матеріальне становище 41,6% чоловіків і 41% жінок оцінювали як достатнє, матеріальних коштів вистачало на задовільне харчування, періодично купувався одяг, був можливим недорогий відпочинок. Однак 25,8% чоловіків і 24,4% жінок відмітили, що ледве зводять «кінці з кінцями», матеріальних коштів вистачало лише на харчування, інші витрати були не доступні. В цілому, велика частина хворих чоловіків 58,4% і жінок 59% були не задоволені своїм матеріальним становищем.

Житлові умови були хорошими, за власною оцінкою, у 26,6% чоловіків і 23,3% жінок. Свої житлові умови значна частина хворих чоловіків (40%) і жінок (33,3%) оцінювали як задовільні. При цьому переважали хворі чоловіки і жінки, які суб'єктивно були задоволені своїми житловими умовами. Дослідження виявило, що більш ніж половина чоловіків (68,5%) і жінок (60,2%) на момент обстеження не мали власної сім'ї, проте всі вони жили у сім'ях своїх родичів. Зберегли власні сім'ї і 31,4% чоловіків і 39,8% жінок, проте деякі з пацієнтів кожної з груп були офіційно одруженими, проте проживали окремо (Г1 – 4,5%; Г2 – 3,9%). Більшість хворих чоловіків (91%) і жінок (92,3%) мали складні конфліктні взаємини з родичами. Але, незважаючи на досить складні взаємини з родичами, більшість хворих чоловіків (76,7%) і жінок (83,3%) з шизофренією це суб'єктивно цілком влаштовувало.

Було виявлено, що більшість хворих чоловіків (63,3%) і жінок (60%) відзначали потребу мати друзів. Але при цьому у 26,7% хворих чоловіків та у 10% жінок, окрім спілкування з домашніми, мали невелике коло друзів і знайомих. Водночас, третина жінок (33,3%) спілкувалися не тільки з домашніми, але і з невеликою кількістю друзів і знайомих, у тому числі і з їх ініціативи. Тільки у 6,7% хворих жінок спілкування було обмежене лише сімейним оточенням. Більша частина хворих чоловіків (76,7%) і жінок (86,7%) суб'єктивно були задоволені широтою свого кола спілкування.

Методика «Індикатор копінг-стратегій Амірхана» дозволила виявити домінуючу копінг-стратегію при виникненні труднощів та неприємностей у обох групах досліджуваних. Отримані дані були занесені до табл. 9.

Серед досліджуваних Г1 та Г2 домінуючою була копінг-стратегія «унікнення проблем» (94,4% осіб Г1; 97,4% пацієнток Г2), при якій хворі намагалися уникнути контакту з навколошньою дійсністю, піти від вирішення проблем. На другому місці за частотою використання знаходилась стратегія «пошук соціальної підтримки», яка широко використовувалась 89,9% хворих Г1 та 94,9% – Г2. Таким хворим було притаманне постійне звернення за допомогою і підтримкою до сім'ї, друзів, інших значущих людей. Поведінковою стратегією, що використовувалась мінімально хворими на парано-їдну шизофренію чоловіками та жінками була копінг-стратегія «рішення проблем» (Г1 – 17,9%; Г2 – 8,9%). Такі пацієнти намагалися використовувати всі наявні у них особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблем.

Таблиця 9. Розподіл досліджених за індикатором копінг-стратегії (%).

Рівень	Групи					
	Г1, n = 89			Г2, n = 78		
	рішення проблем	пошук соціальної підтримки	уникнення проблем	рішення проблем	пошук соціальної підтримки	уникнення проблем
дуже низький	73 (82,0)	0(-)	0(-)	71 (91,0)	0(-)	0(-)
низький	16(18,0)	9(10,1)	5 (5,6)	7 (8,9)	4(5,1)	2 (2,6)
середній	0(-)	58 (65,2)	12(13,5)	0(-)	41 (52,6)	7 (8,9)
високий	0(-)	22 (24,7)	72 (80,9)	0(-)	33 (42,3)*	69(88,5)

За допомогою методики К. Роджерса та Р. Даймонда проведено вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації та пов'язаних з цим рис особистості (рис. 2).

За наведеними результатами виявлено, що серед досліджених Г1 та Г2 переважав потяг до домінування, при цьому дана тенденція достовірно частіше зустрічалась в групі чоловіків ($p < 0,05$).

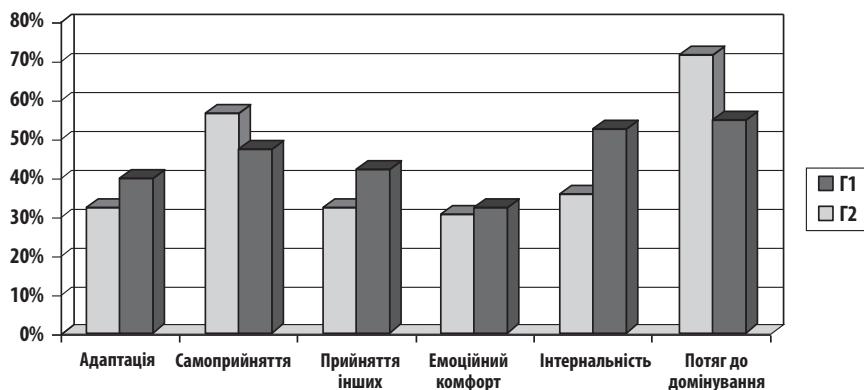


Рис. 2. Розподіл обстежених чоловіків та жінок з ПШ за рівнями адаптації.

Найнижчі значення було отримано в обох групах за шкалами «адаптація» (Г1 – 32,41 бали, Г2 – 39,76 бали), «емоційний комфорт» (Г1 – 30,65 бали, Г2 – 32,58 бали) та «прийняття інших» (Г1 – 32,71 бали, Г2 – 42,17 балів).

Висновки:

1. Виявлено, що більш ніж половина чоловіків (68,5%) і жінок (60,2%) на момент обстеження не мали власної сім'ї, проте всі вони жили у сім'ях своїх родичів. Зберегли власні сім'ї 31,4% чоловіків і 39,8% жінок, проте деякі з пацієнтів кожної з груп були офіційно одруженими, проте проживали окремо (Г1 – 4,5%; Г2 – 3,9%). Більшість чоловіків (91%) і жінок (92,3%) мали складні конфліктні взаємини з родичами. Але, незважаючи на досить складні взаємини з родичами, більшість хворих чоловіків (76,7%) і жінок (83,3%) з ПШ це суб'єктивно цілком влаштовувало.

2. Найбільш виражене почуття незадоволеності серед хворих чоловіків та жінок пов'язане з наступними факторами: «власний спосіб життя в цілому», «можливість вибору місця роботи», «можливість проводити відпустку», «дозвілля», «відносини з чоловіком / жінкою», «відносини з дітьми», «власне положення в суспільстві», «зміст своєї роботи в цілому», «умови професійної діяльності» та «обстановка в суспільстві (державі)»

3. Серед чоловіків та жінок домінуючою є копінг-стратегія «уникнення проблем» (94,4% осіб Г1; 97,4% пацієнтів Г2), при якій хворі намагалися уникнути контакту з навколошньою дійсністю,

піти від вирішення проблем. На другому місці за частотою використання знаходилась стратегія «пошук соціальної підтримки», яка широко використовувалась 89,9% хворих Г1 та 94,9% – Г2.

4. Гендерні особливості обстежених пацієнтів, які страждають на ПШ полягають у наступному. Особистісну організацію відрізняють специфічні фактори, їх комплекси і блоки. У жінок виявлено найбільші прояви тривоги, когнітивних порушень, аніж у чоловіків, в яких найбільш представлено інроверсію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Гурович И. Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / И. Я. Гурович, А. Б Шмуклер. – М.: Медпрактика, 2007. – С. 17 – 29.
2. Евсегнеев Р. А. Современные стандарты лечения шизофрении / Р. А. Евсегнеев // Медицинские новости. – 2004. – №1. – С. 44 – 49.
3. Кожина А. М. Современные подходы к реабилитации больных шизофренией / А. М. Кожина, В. Е. Кришталь, Е. И. Сухоиванова // Таврический журнал психиатрии. – 2012.– Т. 16, вип. 2 (59). – С. 35.
4. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство / [Под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича]. – М., 1999. – 224 с.
5. Юрьева Л. Н. Шизофрения: Клиническое руководство для врачей / Л.Н. Юрьева. – Д.: «Новая идеология», 2010. – 244 с.
6. Goel N. Examine the intersection of sex and stress in modeling neuropsychiatric disorders / N. Goel, L. Bale // J. Neuroendocrinol. – 2007. – №4. – P. 415 – 420.
7. Mazza M. Machiavellianism and Theory of mind in people affected by schizophrenia / M. Mazza, A. De Risio, C. Tozzini. – N.Y.: Spread, 2003. – P. 262 – 269.

© В. Л. Подлубный
УДК 612.821+616.89

В. Л. Подлубный,

Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии.
Zaporozhe State Medical University,
Department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology.

КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

В. Л. Подлубный,

КЛІНІКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ОРГАНІЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
У ПРАЦІВНИКІВ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ

V. L. Podlubnyi,

*CLINICAL PHENOMENOLOGICAL STRUCTURE OF ORGANIC
MENTAL DISORDERS WORKERS OF INDUSTRIAL ENTERPRISES*

Статья поступила в редакцию 16.03.2016.

Резюме

Представлено состояние современной проблемы социальной психиатрии и психопрофилактики в промышленных регионах, а именно – подробное освещение вопроса феноменологии органических психических нарушений у работников предприятий. Осуществлён комплексный подход в контексте клинико-эпидемиологических, клинико-психопатологических и психодиагностических изысканий в данном вопросе. Показано, что у половины (50,8%) обследованных лиц сформированными синдромами органических расстройств, установлена значительная выраженная психопатологическая симптоматика или определенные трудности в работе, а у четверти (24,6%) – присутствовала умеренно выраженная симптоматика и трудности в социальном функционировании. Значимая часть пациентов (13,8%) имела выраженную симптоматику или нарушение функционирования, которые, безусловно, требовали внимания или лечения.

Превенция вышеуказанных расстройств предусматривала их выявление на субсиндромальном уровне, когда характер психических отклонений уже обозначен определенной симптоматикой, но заболевание как таковое еще не сформировано.

Ключевые слова

псichiатрия, психопрофилактика, эпидемиология, работники промышленной популяции, органические психические расстройства, психодиагностика.

Резюме

Представлено стан сучасної проблеми соціальної психіатрії та психопрофілактики в промислових регіонах, а саме – докладне висвітлення питання феноменології органічних психічних порушень у працівників підприємств. Здійснено комплексний підхід в контексті клініко-епідеміологічних, клініко-психопатологічних і психодіагностичних досліджень в даному питанні. Показано, що у половини (50,8%) обстежених осіб з сформованими синдромами органічних розладів, виражено психопатологічна симптоматика або певні труднощі в роботі, а у чверті (24,6%) – була присутня помірно виражена симптоматика і труднощі соціального функціонування. Значна частина пацієнтів (13,8%) мала виражену симптоматику або порушення функціонування, які, безумовно, вимагали уваги або лікування.

Превенція вищевказаних розладів передбачала їх виявлення на субсиндромальному рівні, коли характер психічних відхилень вже позначеній певною симптоматикою, але захворювання як таке ще не сформовано.

Ключові слова психіатрія, психопрофілактика, епідеміологія, працівники промислової популяції, органічні психічні розлади, психодіагностика.

Resume

The condition of the modern problems of social psychiatry and psycho-industrial regions – namely a comprehensive elucidation of the phenomenology of organic mental disorders in workers of enterprises. It implemented a comprehensive approach in the context of clinical, epidemiological, clinical psychopathological and psychodiagnostic research in this regard. It has been shown that half (50,8%) surveyed people with organic disorders, syndromes formed, established a significant manifestation of psychiatric symptoms or difficulties in work, and a quarter (24,6%) – present-moderate symptoms and difficulties in social functioning. A significant proportion of patients (13,8%) had symptomatic or malfunction, which will certainly require attention or treatment.

Prevention of disorders of the above provided their identification on subsyndromal level, where the nature of mental disorders has designated certain symptoms, but the disease as such has not yet formed.

Keywords

psychiatry, psychoprophylaxis, epidemiology, industrial workers population, organic mental disorders, psycho-diagnosis.

Эзогенно-органические непсихотические психические расстройства (эзогенно-органические заболевания головного мозга) представляют одну из наиболее значимых медико-социальных проблем психиатрии. Важность данной проблемы обусловлена большой их распространенностью как в популяции в целом, так и в психиатрической и общесоматической практике [1 – 4]. Эти расстройства характеризуются хроническим, часто прогредиентным течением, приводящим во многих случаях к инвалидизации больных [5 – 7]. Отмечается также тенденция к росту числа больных, имеющих эзогенно-органические непсихотические психические расстройства, обусловленная масштабами патогенных эзогенных воздействий на население [8, 9] и появлением новых производственных эзогенных факторов, способных вызывать органическое поражение головного мозга [10 – 12]. Эзогенные воздействия нередко имеют средовой характер, в силу чего вызываемые ими расстройства приобретают экологическое звучание [3, 13 – 15]. Важность вопроса подчеркивается быстро меняющимися социально-экономическими и психологическими условиями жизни современного общества, которые предъявляют к гражданам новые, все возрастающие требования, влияющие на их психическое состояние и социальную адаптацию.

Решение данной проблемы требует комплексного многомерного подхода к изучению органических непсихотических психических расстройств, нуждается в совершенствовании диагностика этих расстройств и необходимости привлечения, наряду с традиционными клинико-психопатологическими методами и психодиагностикой.

Все вышеизложенное обуславливает необходимость своевременной и адекватной помощи лицам трудоспособного возраста занятых в промышленном производстве, что, в свою очередь, усиливает профессиональный интерес к проблемам их психического здоровья.

Цель исследования заключалась в детальной оценке органических непсихотических психических расстройств у работников промышленности с учетом их распространенности, клинико-психопатологических проявлений и характера патогенных факторов.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели в условиях информированного согласия респондентов проводилось клинико-эпидемиологическое исследование психического состояния работников промышленных предприятий в соответствии с Постановлением КМУ №1465 от 27.12.2000 года о предварительных и периодических психиатрических осмотрах, на базе диспансерно-поликлинического отделения Запорожской областной клинической психиатрической больницы в течение 2008 – 2011 гг.

Всего было обследовано 982 человека, в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст – 38,7 ± 7,68 лет) из них 656 (66,80 %) мужчин и 326 (34,20 %) женщин. Психические расстройства органиче-

ского генеза, различного, но не достигавшие психотического, уровня были диагностированы у 303 человек (30,85%).

В качестве основного инструмента использовалась модифицированная для целей нашего исследования клинико-эпидемиологическая карта, опросник, созданный на основе глоссария к «Инструкции о проведении обязательных предварительных и периодических психиатрических осмотров». Для диагностики психического здоровья был применен многоосевой подход который включал: 1) многомерную феноменологическую оценку состояния, которая обеспечивалась клинико-феноменологическим описанием с дополнением нозологических формулировок уточняющими синдромальными описаниями; 2) изучение психических нарушений (уровневая диагностика) с целью определения степени выраженности психических нарушений базировавшийся на применении «Шкалы обобщенной оценки функционирования» (Global Assessment of Functioning Scal, «GAF»); 3) анализ и определение индивидуальных особенностей, отражающих способность больного к целенаправленной деятельности проводилось с использованием психодиагностических методик (Опросник психопатологической симптоматики (SCL-90-R)). Такая структура многоосевой диагностики, в основном, соответствует общепризнанным многомерным систематикам.

Результаты и их обсуждение. Результаты клинического исследования работников промышленности, показали, что из всего обследованного контингента органические психические расстройства, связанные с повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью, преобладанием соматизированных эквивалентов различного, в том числе органического генеза не достигавшие психотического уровня и не сопровождавшиеся выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями были у 303 человек (30,85%). Среди них отдельные признаки психических расстройств (транзиторные, недифференцированные нарушения – непатологическая психическая адаптация) выявлены у 26,07% случаев (79 человек), компоненты психических расстройств (отдельные симптомы – патологическая психическая адаптация) в 52,47% случаев (159 человек) и сформировавшиеся психопатологические синдромы составили 65 человек (20,46%).

Следует отметить, что психическое состояние оценивалось нами в соответствии с современной международной классификацией болезней. Синдромальный диагноз ставился при наличии признаков, минимальных и достаточных по критериям DSM-IV и МКБ-10 для диагностики развернутого синдрома. В тех случаях, когда существовали основные признаки, но не все из них, необходимые для диагностики целостного синдрома, присутствовали, мы говорили о наличии компонентов синдрома или о субсиндромальных признаках психических расстройств. В ходе исследования также учитывались те случаи, когда имеющихся проявлений психических отклонений было недостаточно, для того чтобы сделать заключение о наличии компонентов того или иного синдрома. В подобных случаях речь шла об отдельных признаках психической патологии, т.е. о тех состояниях, когда форма психического расстройства и диапазон, в котором он мог проявиться в развернутом виде при определенных условиях, были не ясны.

Таким образом, в работе были выделены отдельные признаки психических расстройств, субсиндромальные и синдромальные формы психической патологии.

У обследованных лиц в 26,07% случаев (79 человек) были выявлены отдельные признаки психического неблагополучия, которые проявлялись в виде повышенной утомляемости, нарушений сна, периодически возникающей раздражительности, вегетативных дисфункций, головных болей. Указанные нарушения обычно возникали после физических или психических перегрузок, после ночных смен или при нарушениях сменного режима. Отличительными особенностями данных нарушений являлись транзиторность. У некоторых обследованных в анамнезе были отмечены склонность к злоупотреблению спиртными напитками, легкие соматические расстройства. Поэтому в данном случае говорить о наличии изолированного психоадаптационного состояния не представляется возможным. В то же время, учитывая, что указанные выше экзогенно-органические вредности и соматические расстройства были в легкой степени, расценивать эти психические нарушения как соматогенные с достаточной степенью достоверности также не представляется возможным.

В второй группе 52,47% случаев (159 человек) во всех рассмотренных случаях были установлены психические нарушения в большей или меньшей степени выраженности – психические расстройства на субсиндромальном уровне (компоненты психических расстройств).

У рассматриваемых лиц компоненты органического психического расстройства идентифицировались лишь в тех случаях, когда признаки, относящиеся к проявлениям органического поражения головного мозга, были представлены не в достаточной степени для диагностики развернутого синдрома.

Среди обследованных этой группы была отмечена патология со стороны внутренних органов, а именно: бронхолегочные заболевания (19), нейроциркуляторная дистония (12 наблюдений), хронический гастрит (9 наблюдений), холецистит (7 наблюдений), гипертоническая болезнь (6 наблюдений). В 26 случаях были отмечены экзогенно-органические вредности, однако ни в одном из случаев они не носили характер тяжелых ЧМТ или алкоголизма.

Клиническая картина компонентов синдрома была представлена отдельными признаками церебрастении и нарушениями в эмоциональной сфере в виде сниженной способности к целенаправленной деятельности, повышенной раздражительности, снижения контроля над выражением эмоций.

Отдельные проявления астенического, церебрастенического характера, нарушений сна не складывались в сколько-нибудь структурированную и устойчивую клиническую картину. Они были всегда ситуационно обусловлены и быстро нивелировались при нормализации режима труда и отдыха. Экзогенно-органические вредности, которые были выявлены в этих случаях, характеризовались легкой степенью тяжести и не имели тех последствий, при которых можно было говорить о психоорганическом синдроме.

К третьей группе, 65 человек (20,46%), органических психических расстройств нами были отнесены больные, у которых в клинико-психопатологической картине доминировали психические расстройства, подпадающие по классификации МКБ-10.

У пациентов этой группы выявлялись признаки психических расстройств в форме органических астенических расстройств (F06.6 – 53,84%, органических аффективных расстройств настроения (F06.32 – 20,0%), неврозоподобных органических тревожных расстройств (F06.4 – 13,84%), органических расстройств личности с психопатоподобными нарушениями (F07.8 – 9,23%) и органические расстройства личности с интеллектуально-мнестическим снижением (F07.0 – 3,07%), что продемонстрировано на рис. 1.

Органические астенические расстройства (F06.6), в той или иной степени выраженности выявлялись практически у всех обследованных. Эти больные предъявляли жалобы преимущественно церебрального характера на головные боли, головокружение, отмечали рассеянность, нарушения сна.

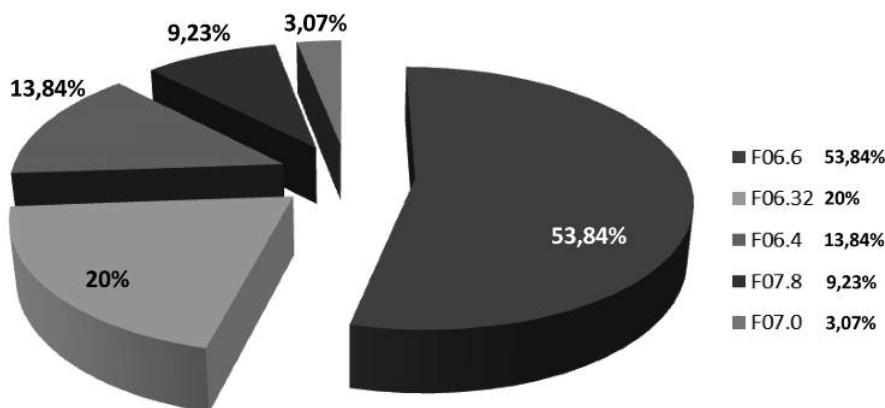


Рис. 1. Клиническая структура органических психических расстройств.

В клинической картине психических расстройств у этих больных на первый план выступали явления повышенной утомляемости и истощаемости. Органические аффективные расстройства настроения (F06.32) были выявлены у 20% и проявлялись исключительно в форме подавленного

настроения. Развитию аффективных расстройств, как правило, предшествовали астено-субдепрессивные состояния и углублению аффективных расстройств способствовали дополнительные экзогенные вредности, связанные с психотравмирующими ситуациями, что свидетельствовало о неблагоприятном течении заболевания. Неврозоподобные органические тревожные расстройства (F06.4) – 13,84%, сопровождавшаяся функциональной мозговой недостаточностью, проявлялась у обследованных пациентов, в первую очередь, в виде слабости, лабильности нервных процессов и вегетативно-сосудистой дистонии. Органические расстройства личности (F07.8) были выявлены в 9,23% от общего числа обследованных и характеризовались появлением на астеническом фоне нарастающих признаков дисгармоничности личности, при этом в процессе заболевания одни черты личности нивелировались, другие – приобретали заостренно-гротескный характер, в результате чего формировались стойкие психопатоподобные расстройства.

Легкие когнитивные расстройства выявлялись практически у всех обследованных, но у 3,07% обследованных в психическом состоянии явно прослеживались признаки органического расстройства личности с интеллектуально-мнемическими нарушениями (F07.0), что подтверждалось результатами психодиагностического исследования.

При этом, как указывается в диагностических критериях МКБ-10, из указанной рубрики исключаются случаи, когда психическая патология связана с употреблением психоактивных веществ, включая алкогольные напитки.

Общими для этой группы заболеваний являются следующие диагностические признаки:

- 1) объективные данные о наличии органического заболевания мозга, травмы черепа, функционального расстройства, интоксикации (исключая алкоголь, наркотические или другие психоактивные вещества) или соматического заболевания, могущие вызвать нарушения функций мозга;
- 2) наличие вероятной связи между развитием основной органической патологии и психического нарушения, возникающего одновременно с ней, или отставлено и подвергающиеся обратному развитию по мере послабления основного заболевания; 3) отсутствие достаточных данных об иной причине психических нарушений.

В тех случаях, когда были выявлены сформировавшиеся органические психические расстройства (синдромальный уровень), наблюдавшаяся клинико-психопатологическая картина была представлена в том или ином количественном соотношении основной триадой признаков, классически оценивающейся как патогномоничная для рассматриваемой патологии. К ним относятся церебрастеническая симптоматика, эмоциональная лабильность, интеллектуально-мнемические нарушения.

В рассматриваемых случаях сформировавшихся психических расстройств церебрастеническая симптоматика присутствовала всегда и, в отличии от тех наблюдений, которые оценивались как субсиндромальные, была представлена развернутым синдромом. Иными словами, во всех наблюдениях были отмечены головные боли, головокружения, повышенная утомляемость, истощаемость психических процессов, повышенная отвлекаемость, неустойчивость внимания, метеопатии. Эмоциональная лабильность проявлялась непостоянным выражением разнообразных эмоций и транзиторной сменой положительного и отрицательного аффекта. Интеллектуально-мнемические нарушения были выражены в существенно меньшей степени и в основном ограничивались фиксацией на какой-либо теме (застреваемость) и/или обстоятельностью суждений.

Среди общего количества обследованных лиц третьей группы мужчин составили 37 (56,92 %), что незначительно превышало аналогичный показатель у женщин (28 случаях, 43,08 %).

Изучение возрастной структуры органических непсихотических психических заболеваний головного мозга у пациентов показало, что возрастной группе до 30 лет из 65 больных, психические расстройства были отмечены у 4,61% случаев. В группе больных от 30 – 39 лет, изучаемая патология фиксировалась у 13,84%. В старшей возрастной группе, включавшей 53 больных в возрасте от 40 до 60 лет у 81,53 % человек, то есть фактически в 4 раза превышала показатель предыдущих групп. Отмеченная тенденция нарастания удельного веса больных экзогенно-органическими заболеваниями с увеличением их возраста полностью согласуется с этиопатогенетическими механизмами развития выявленной патологии.

Таблица 1. Клиническая структура органических психических расстройств.

Шкалы SCL-90-R	Группа больных $M \pm m$	Группа сравнения $M \pm m$	$P 1 - 2$
	1	2	
Соматизация (SOM)	$1,31 \pm 1,41$	$0,44 \pm 0,21$	$< 0,001$
Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C)	$1,34 \pm 1,43$	$0,75 \pm 0,27$	$< 0,01$
Межличностная сензитивность (TNT)	$1,61 \pm 1,56$	$0,66 \pm 0,26$	$< 0,001$
Депрессия (DEP)	$1,21 \pm 1,36$	$0,62 \pm 0,25$	$< 0,01$
Тревожность (ANX)	$1,31 \pm 1,14$	$0,47 \pm 0,22$	$< 0,001$
Враждебность (HOS)	$1,17 \pm 1,33$	$0,60 \pm 0,24$	$< 0,01$
Фобическая тревожность (PHOB)	$0,99 \pm 1,23$	$0,18 \pm 0,13$	$< 0,001$
Паранойальные симптомы (PAR)	$1,32 \pm 1,42$	$0,54 \pm 0,23$	$< 0,001$
Психотизм (PSY)	$0,96 \pm 1,21$	$0,30 \pm 0,17$	$< 0,001$
Дополнительные вопросы (ADD)	$1,07 \pm 1,28$	$0,49 \pm 0,22$	$< 0,01$
Индекс общей тяжести (GSI)	$1,08 \pm 1,28$	$0,51 \pm 0,23$	$< 0,01$
Индекс проявления симптоматики (PSI)	$75,83 \pm 5,31$	$21,39 \pm 1,30$	$< 0,001$
Индекс выраженности дистресса (PDSI)	$2,38 \pm 1,98$	$1,17 \pm 0,34$	$< 0,001$

Общими для этого контингента больных являются следующие диагностические признаки:

1) объективные данные о наличии органического заболевания мозга, травмы черепа, функционального расстройства, интоксикации (исключая алкоголь, наркотические или другие психоактивные вещества) или соматического заболевания, включая гормональные отклонения, могущие вызвать нарушения функций мозга; 2) наличие вероятной связи между развитием основной органической патологии и психического нарушения, возникающего одновременно с ней, или отставлено и подвергающиеся обратному развитию по мере послабления основного заболевания; 3) отсутствие достаточных данных об иной причине психических нарушений.

Анализ данных SCL-90-R позволил определить значение отдельных симптоматических шкал и выявить связи между ними (табл. 1).

Как следует из табл. 1, показатели всех шкал достоверно $p < 0,001$ и $p < 0,01$ превышают результаты, полученные в группе сравнения. «Межличностная сензитивность» является наиболее значимой (1,61), что естественно для пациентов с органической патологией, для которых характерно повышенная чувствительность к происходящим с ними событиям, обычно сопровождается повышенной тревожностью (шкала «Тревожность» $\chi = 1,31$), боязнью новых ситуаций, людей, по-дозрительностью (Паранойальные симптомы $\chi = 1,32$) т.п.

Таким больным свойственны впечатлительность и склонность к продолжительному переживанию прошедших или предстоящих событий, чувство собственной недостаточности, тенденции к развитию повышенной и требовательности к себе и заниженного уровня притязаний.

Однако тот факт, что шкала «Соматизация» ($\chi = 1,31$) сильно коррелирует со шкалами «Депрессия» и «Тревожность» ($\chi = 1,21$ и $\chi = 1,31$ соответственно), свидетельствует о высокой вовлеченности депрессии и тревожности в формирование и выраженности соматических жалоб. Также отмечаются высокие показатели шкал «Обсессивно-компульсивные расстройства» ($\chi = 1,34$) и «Враждебность» ($\chi = 1,17$), свидетельствующие о сложной структуре имеющейся психопатологической симптоматики.

Таблица 2. Гендерные различия показателей SCL-90-R в группе пациентов с резидуально-органическим расстройствами.

Шкалы SCL-90-R	Мужчины M + m		P 1 - 2
	1	2	
Соматизация (SOM)	1,22	1,34	p>0,1
Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C)	1,33	1,36	p>0,1
Межличностная сензитивность (TNT)	1,82	1,41	p>0,1
Депрессия (DEP)	1,21	1,21	p>0,1
Тревожность (ANX)	1,27	1,36	p>0,1
Враждебность (HOS)	1,21	1,12	p>0,1
Фобическая тревожность (PHOB)	0,94	1,04	P>0,1
Паранойальные симптомы (PAR)	1,36	1,31	p>0,1
Психотизм (PSY)	1,05	0,88	p>0,1
Дополнительные вопросы (ADD)	1,28	0,94	p>0,1
Индекс общей тяжести (GSI)	1,38	1,05	p>0,1
Индекс проявления симптоматики (PSI)	74,74	73,61	p>0,1
Индекс выраженности дистресса (PDSI)	1,28	3,28	p<0,001

В целом все шкалы SCL-90-R сильно коррелируют между собой. При этом наивысшая корреляция отмечается между шкалами «Тревожность» и «Соматизация» ($\chi = 1,31$; $p < 0,001$).

В то же время, как видно из табл. 2, гендерные различия достоверно выражены только по шкале «Индекс выраженности дистресса», причем этот показатель у женщин практически вдвое превышает аналогичный у мужчин, что говорит о более значительном воздействии клинических проявлений изучаемых расстройств на общее самочувствие и психическое состояние женщин.

Также, на основании определения степени выраженности расстройств, которая осуществлялась с помощью «Шкалы обобщенной оценки функционирования» (GAF) нами был проанализирована степень выраженности органических непсихотических психических расстройств (табл. 3).

Таблица 3. Распределение больных за степенью выраженности органических непсихотических психических расстройств по шкале GAF.

Диапазоны выраженности психических расстройств по шкале GAF (баллы)	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<31	0	0	0	0	0	0
31 – 40	0	0	0	0	0	0
41 – 50	4	14,3	5	13,5	9	13,8
51 – 60	12	42,9	21	56,8	33	50,8
61 – 70	9	32,1	7	18,9	16	24,6
71 – 80	3	10,7	4	10,8	7	10,8
> 80	0	0	0	0	0	0
Всего:	28	100	37	100	65	100

Как видно из приведенных данных табл. 3, у половины (50,8%) обследованных наблюдалась значительно выраженная симптоматика или определенные трудности в работе, межличностных отношениях, однако, в целом, функционирование не требовало специального вмешательства и были сохранены значимые межличностные связи. У 24,6% обследованных присутствовала умеренно выраженная симптоматика или выразительные трудности в социальном функционировании (ограниченный круг друзей, частые конфликты на работе). Группа больных (13,8%) имела установленную выраженную симптоматику или нарушение функционирования, которые, безусловно, требовали внимания или лечения, например, невозможность сотрудничества в коллективе, пьянство, грубое антисоциальное поведение.

Небольшое количество лиц с признаками органических расстройств (10,8%) имели ожидаемые реакции на психотравмирующие воздействия, не более чем легкое нарушение функционирования в межличностной и профессиональной сферах.

Выводы:

1. В результате проведенного клинико-эпидемиологического исследования у 30,85% работников промышленности выявлены нарушения психической деятельности, находящиеся на различных уровнях формирования органических непсихотических психических расстройств: на уровне отдельных признаков (непатологическая психическая адаптация) – 26,07%, на уровне компонентов формирующихся синдромов (патологическая психическая адаптация) – 52,47%; на уровне сформировавшихся синдромов – 20,46%.

2. Установлено, что в группе больных с сформировавшимися органическими расстройствами непсихотического характера преобладали расстройства в форме органических астенических расстройств (F06.6 – 53,84%, органических аффективных расстройств настроения (F06.32 – 20,0%), неврозоподобных органических тревожных расстройств (F06.4 – 13,84%), органических расстройства личности с психопатоподобными нарушениями (F07.8 – 9,23%) и органические расстройства личности с интеллектуально-мнестическим снижением (F07.0 – 3,07%).

3. Особенности преобладающей психопатологической симптоматики (методика SCL-90-R) в группе больных с органическими расстройствами свидетельствует о том, что наиболее часто встречалась межличностная сензитивность (1,61), обсессивно-компульсивные (1,34) и паранойальные (1,32) симптомы. На втором месте по количественным показателям находятся соматизация (1,31) тревожность (1,31) и депрессивные (1,21) симптомы, реже симптомы агрессии (1,17), фобическая тревожность (0,99) и психотизм (0,96). При этом достоверных гендерных отличий в группе не установлено.

4. У половины (50,8%) обследованных лиц с сформированными синдромами органических расстройств, установлена значительная выраженность психопатологической симптоматики или определенные трудности в работе, а у четверти (24,6%) – присутствовала умеренно выраженная симптоматика и трудности в социальном функционировании. Значимая часть больных (13,8%) имела выраженную симптоматику или нарушение функционирования, которые, безусловно, требовали внимания или лечения.

5. Превенция развития психической патологии, у обследованного контингента лиц, предусматривает выявление расстройства на субсиндромальном уровне, когда характер психических отклонений уже обозначен определенной симптоматикой, но заболевание как таковое еще не сформировано. В этот период ясны ориентиры в выборе лечебно-профилактических мероприятий и дальнейшее развитие того или иного расстройства можно достаточно легко копировать с минимальными затратами на лечение.

Перспективы дальнейших исследований будут заключаться в углубленном изучении причин возникновения органических непсихотических психических расстройств и разработкой научно обоснованной системы комплексных профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, основанные на принципах дифференцированности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Говорин Н. В. Клинико-патогенетические аспекты реабилитации детей с экообусловленными задержками психического развития / Н. В. Говорин, Т. П. Злова, В. В. Ахметова // Актуальные вопросы охраны психического здоровья детей и подростков. – Барнаул, 2005. – С. 32 – 34.
2. Жариков Н. М. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений / Н. М. Жариков, В. Я. Гиндинин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – №7. – С. 45 – 49.
3. Усюкина М. В. Временные психические расстройства органической природы (типовология, экспертная оценка) / М. В. Усюкина // Органическое психическое расстройство: современная диагностическая концепция. – М., 2004. – С. 15 – 22.
4. Acute mobile phone operation affects neural function in humans / R. J. Croft, J. S. Chandler, A. P. Burgess [et al.] // Clin. Neurophysiol. – 2002. – Vol. 113. – P. 1623 – 1632.
5. Голодец Р. Г. Некоторые аспекты проблемы экзогенно-органических психозов на современном этапе / Р. Г. Голодец // Нервно-психические заболевания экзогенно-органической природы. – М., 1975. – С. 11 – 28.
6. Семке В. Я. Превентивная психиатрия / В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 403 с.
7. Оруджев Я. С. Особенности нейрокогнитивного симптомокомплекса у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Я. С. Оруджев, Э. Г. Иванчук, В. В. Ростовщиков // XIV съезд психиатров России. – М., 2005. – С. 249.
8. Боев И. В. Современные социально-экологические условия среды обитания и пограничные психические расстройства / И. В. Боев // Первая научно-практическая конференция психиатров и наркологов Южного федерального округа. – Ростов-на-Дону, 2004. – С. 65 – 70.
9. Доровских И. В. Нарушения памяти в остром периоде сотрясения головного мозга / И. В. Доровски, О. С. Зайцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, №4. – С. 22 – 25.
10. Коркина М. В. Психиатрия / Под ред. М. В. Коркиной, Н. Д. Лакосиной, А. Е. Личко. – М.: Медпресс-информ, 2004. – 576 с.
11. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичов. – Л.: Медицина, 1987. – 182 с.
12. Hietanen M. Human brain activity during exposure to radiofrequency fields by cellular phones / M. Hietanen, T. Kovala, A. M. Hamalainen // Scand. J. Work Environmental Heals. – 2002. – Vol. 26. – P. 87 – 92.
13. Особенности изменения характеристик нервно-психической заболеваемости контингента участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Б. А. Трифонов, С. И. Ворошилин, Г. Ф. Талалаева [и др.] // XIII съезд психиатров России. – М., 2000. – С. 109.
14. Психическая дезадаптация и её взаимосвязь с somатическим здоровьем населения, проживающего на территории с радиационным загрязнением после аварии на Чернобыльской АЭС / Г. М. Румянцева, Е. С. Матвеева, Т. Н. Соколова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – Т. 3, № 4. – С. 21 – 28.
15. Филиппов В. Ф. Актуальность оценки психического здоровья населения на территориях экологического неблагополучия / В. Ф. Филиппов // XII съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 180 – 181.

В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов, С. Г. Гринвальд,

ЭВОЛЮЦИЯ СИНДРОМОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИИ

В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов, С. Г. Гринвальд,

ЕВОЛЮЦІЯ СИНДРОМОЛОГІЇ В ПСИХІАТРІЇ: ВИЗНАЧЕННЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАСИФІКАЦІЇ

V. V. Chugunov, B. V. Mikhailov, S. G. Greenwald,

EVOLUTION SYNDROMOLOGY IN PSYCHIATRY: DEFINITIONS, PATHOGENESIS, CLASSIFICATION

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии.

Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy.

Статья поступила в редакцию 15.03.2016.

Резюме

В хронологическом виде раскрыты базовые точки зрения в отношении понятия синдрома в psychiatric практике. Рассставлены акценты на идеологии psychiatric школ, их логики понимания и применения того или иного диагностического аппарата. Проведена оценка авторских позиций в отношении понимания нозологических единиц вплоть до современности. Представлены визуальные иллюстрации обобщений по вопросу специфичности syndromологии, её структурирования и применимости в настоящее время.

Ключевые слова

психиатрия, патогенез, основные определения, история понимания, классификации, syndromология, синдром в психиатрии.

Резюме

In chronological form disclosed basic views on the concept of syndrome in psychiatric practice. Placing the emphasis on ideology psychiatric schools, their logic, understanding and application of a diagnostic device. The evaluation of the author's position in the attitude of understanding disease entities up to the present. Presents visual illustration of generalizations on syndromology specificity, its structuring and applicability now.

Ключові слова

психіатрія, патогенез, основні визначення, історія розуміння, класифікації, syndromologia, синдром в психіатрії.

Resume

In chronological form disclosed basic views on the concept of syndrome in psychiatric practice. Placing the emphasis on ideology psychiatric schools, their logic, understanding and application of a diagnostic device. The evaluation of the author's position in the attitude of understanding disease entities up to the present. Presents visual illustration of generalizations on syndromology specificity, its structuring and applicability now.

Keywords

psychiatry, pathogenesis, basic definitions, history understanding, classifying, syndromology syndrome in psychiatry.

В прошлом и настоящем использовались разнообразные термины для обозначения более крупных образований, нежели симптомы, и, по-видимому, аналогичные (но не тождественные) синдромам.

Такими терминами являлись «симптомокомплекс» («Symptomenkomplex»), употребляемый К.Л. Кальбаумом (K.L. Kahlbaum) [1, 2], Г. Эммингхаузом (H. Emminghaus) [3], Э.В.М.Г. Крепелиным (E.W.M.G. Krepelin) [4 – 9], А.Э. Гохе (A.E. Hoche) [10]; «сцепление симптомов» («Sympтомenkuppelung oder Symptomenverkuppelung»), употребляемый немецкими неврологами, «картины состояний»

(«Zustandsbilder»), в том смысле, в каком этот термин употребляли К.Л. Кальбаум [1] Э.В.М.Г. Крепелин [4 – 9], О.К.Э. Бумке (O.C.E. Bumke) [11].

Проведенный анализ литературных источников позволил установить, что наиболее ранний термин для обозначения синдромов был «Zustandsbilder». Так, его широко использовал Е.А. Целлер (E.A. Zeller), Г. Нейман (H. Neumann) В. Гризингер (W. Griesinger) [12, 13]. Под ним подразумевалась стойкая клиническая картина, причём эта картина не всегда описывалась как совокупность симптомов.

Таким образом, зачастую под «Zustandsbilder» подразумевалось состояние как таковое, а не процесс. Э.В.М.Г. Крепелин чётко выразил своё отношение к такому представлению о болезни в клинике:

«При наших клинических наблюдениях мы неоднократно убеждались, что в течение одного и того же заболевания могут следовать одна за другой совершенно различные картины. Ни одна из этих меняющихся «картин состояний», «Zustandsbilder» как их называл К.Л. Кальбаум, не является, поэтому, сама по себе характерной для определённого процесса; большей частью они представляют собой выражение известного общего изменения душевной жизни, которое одинаково может повторяться при совершенно различных болезнях. Во всяком случае, картины состояний, свойственные определенным психозам, никогда не будут тождественны, так как условия их возникновения разнятся в каждом отдельном случае в очень существенных пунктах. Однако довольно трудно, особенно для начинающего врача, правильно оценить в картинах состояний различного происхождения тонкие, долгим опытом выясняемые отличительные признаки. Особенно обманчивым во многих случаях является то обстоятельство, что обращающие на себя внимание симптомы болезни могут оказаться совершенно несущественными для распознавания, в то время как совсем на вид незначительные особенности дают возможность делать важные заключения о сущности имеющегося на лице бо-лезненного процесса. Поэтому, быть может, окажется полезным перечислить здесь отличительные свойства некоторых наиболее распространенных синдромов, которые могут иногда служить основанием для заключения о принадлежности этих синдромов к той или иной клинической форме болезни. Как основное положение следует помнить, что не отдельный признак, а только общая клиническая картина является решающей для правильного диагноза в медицине» [14].

Примерно такое же понимание «Zustandsbilder» мы находим и у А.Э. Гохе [15].

Как мы видим, понятие «Zustandsbilder» оказалось лишённым клинической полезности, как для нозологического, так и синдромологического подхода.

Несмотря на то, что оно продолжало эксплуатироваться в научной литературе, после революции, совершённой в психиатрии Э.В.М.Г. Крепелиным, оно отошло на второй план, и в «Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge» под редакцией О.К.Э. Бумке воспринимается уже как анахронизм.

Г.В. Морозов [16] указывает, что термин «симптомокомплекс» в психиатрию ввёл в 1863 г. К.Л. Кальбаум [1], который, однако, не дал определение этому понятию. В то же время, в «Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit» [2] автор уже совершенно свободно пользуется понятием «симптомокомплекс», употребляя его в значении, подобном современному. Можно сказать, что при описании / выделении кататонии К.Л. Кальбаум использовал / разработал синдромологический подход. Интересно также то, что он рассматривал кататонию как процесс, имеющий свои закономерности развития. Такой взгляд на кататонию был неудивителен: он логично вытекал из концепции единого психоза Е.А. Целлера, Г. Неймана, В. Гризингера [12, 13], влияние которой чувствуется во всех трудах К.Л. Кальбаума.

Считается [16], что первое определение симптомокомплекса принадлежит Г. Эммингхаузу [3]:

«Die psychopathologischen Symptomenkomplexe, welche sich aus den bisher besprochenen elementaren Anomalien des Fohlens, Vorstellens und Strebens sowie aus den einfacheren Combinationen dieser Elementarercheinungen zusammensetzen, bilden pathologische Einheiten höherer Ordnung, von denen nur einige an dieser Stelle noch einer kurzen Erwähnung bedürfen, da sie nicht zu jenen abgeschlossenen Irreseinsformen gehören, von denen die specielle Pathologie der Psychosen handelt.» Таким образом, Г. Эммингхауз считает, что психопатологические симптомокомплексы состоят как из элементарных аномалий ощущений, представлений, влечений, так и из простых комбинаций этих элементарных симптомов; и образуют патологические единства более высокого порядка. Также, Г. Эммингхауз не считает симптомокомплексы «завершёнными формами помешательства» (abgeschlossenen Irreseinsformen), предвосхищающим противостояние синдромологического и нозологического подходов.

И всё же, в определении Г. Эммингхауза отсутствует явное упоминание о функциональных связях симптомов, поэтому его Symptomencomplex приближается по своему наполнению к «Zustandsbilder», отличаясь от него, однако, тем, что Symptomencomplex всегда сводим к совокупности симптомов. Вместе с тем, рождение функционально-патогенетического подхода уже предвосхищается введением такого понятия, как «патологическое единство» («pathologische Einheiten»).

«Symptomenkuppelung» употреблялось преимущественно в неврологии, где этот термин сохранил свою власть вплоть до 70-х годов XX-го столетия, в психиатрии мы чаще встречаем его в форме «Symptomenverkuppelung». Так, он встречается в ранних работах А.Э. Гохе [15], однако позже был вытеснен «Symptomencomplex». Как правило, «Symptomenverkuppelung» обозначало более аморфное, случайное образование, нежели «Zustandsbilder» или «Symptomencomplex». Это привело к образованию устойчивого словосочетания «Habitualformen Symptomenverkuppelung», или же «Grundformen Symptomenverkuppelung», которое обозначало основную форму сочетания симптомов, определяющих клинику болезни, при этом значение «Habitualformen Symptomenverkuppelung» приближается к современному значению «патогномоничный синдром», тогда как «Grundformen Symptomenverkuppelung» – «ведущий синдром».

Интересно отметить, что термин «Symptomencomplex» очень часто при переводах на русский язык передавался словом синдром и, таким образом, в отечественной психиатрии грань между терминами «Symptomencomplex» и «Syndrom» стиралась окончательно.

В немецкой же литературе такая грань сохранялась: так, Р. Гауп (R. Gaupp) [17] указывает, что синдром представляет собой частый и характерный симптомокомплекс («häufiger und charakteristischer Symptomencomplex»).

В русскоязычной литературе термин «синдром» также прижился не сразу. Так, П.И. Ковалевский [18], Н.М. Попов [19], С.С. Корсаков [20] использовали понятие «Типіческія психопатическія состоянія». Интересно, что С.С. Корсаков, описывая «Типіческія психопатическія состоянія», ссылается на Г. Эммингхауза (H. Emminghaus), который, как мы знаем, использовал термин «Symptomencomplex».

Вот как Сергей Сергеевич Корсаков определяет «Типіческія психопатическія состоянія»: «Въ громадномъ большинствѣ случаевъ у одного и того же больного мы наблюдаемъ не одинъ какой нибудь симптомъ душевнаго заболѣванія, а цѣлую совокупность симптомовъ, находящихся въ болѣе или менѣе тѣсной связи между собою и слагающихся въ болѣе или менѣе опредѣленную картину психопатического состоянія, различную въ различныхъ случаяхъ. Такихъ психопатическихъ состояній, въ которыхъ представляются нашему наблюденію душевно больные, довольно много; но нѣкоторыя изъ нихъ имѣютъ настолько опредѣленныя черты, настолько рѣзко отличаются другъ отъ друга, что заслуживаютъ названіе типичныхъ и носятъ опредѣленное название; таковы, напримѣръ, состоянія меланхолическое, маніакальное».

Следует отметить, что С.С. Корсаков в своём определении «типичныхъ психопатическихъ состояній» подчёркивает связь между отдельными симптомами, их образующими.

Однако уже у И.Г. Оршанского мы видим чёткое определение понятия «синдром»: «Синдромъ есть извѣстное типичное психопатическое состояніе, въ которомъ отдѣльные симптомы слиты въ одно цѣлое, наиболѣе характерные синдромы – меланхолическое состояніе и маніакальное» [21].

Нельзя не отметить близость формулировки С.С. Корсакова к определению И.Г. Оршанского, однако именно И.Г. Оршанский дал первое чёткое определение синдромам в русскоязычной психиатрии.

Несмотря на то, что курс С.С. Корсакова вышел в 1891 году [20], а учебник И.Г. Оршанского вышел в 1910 году, учения о синдромах долгое время не принималось русскими психиатрами. Так, В.П. Осипов в фундаментальном труде «Курс общего учения о душевных болезнях» не упоминает о синдромах [22].

Приведём же некоторые остальные определения синдромов, встречающиеся в русскоязычной литературе.

Так, во втором издании учебника по психиатрии Василия Алексеевича Гиляровского (1935) мы встречаем следующее: «Ввиду того что симптомокомплексы таким образом характеризуют собой известный период болезни, они являются состояниями, которые могут меняться, почему их иногда и называют просто состояниями или картинами состояний. Нередко применяется также термин синдром, иногда в смысле, равнозначащем симптомокомплексу, иногда для обозначения понятия более сложного, предполагающего особенное богатство симптомов и ближе подходящего к понятию болезни. Наиболее целесообразно употреблять его именно в этом смысле, напри-

мер, когда говорят о паранойальном синдроме, о корсаковском синдроме и, с другой стороны, о маниакальном или меланхолическом симптомокомплексе, а не синдроме. Если держаться такого определения, то естественно чаще придется говорить о симптомокомплексе, картине состояния, чем о синдроме» [23]. Как видно, В.А. Гиляровский отмечает различие в значениях «симптомокомплекс» и «синдром». Интересно, что сам В.А. Гиляровский не приводит в указанном учебнике ни классификацию, ни систематическое описание синдромов, в четвертом издании 1954 года мы находим уже описание синдромов в структуре психоза, а также различные синдромы упоминаются при описании других болезней/состояниях, но, опять же, без единой систематики [24].

О.В. Кербиков определяет синдромы как «типическую совокупность внутренне связанных симптомов», при этом он отождествляет понятия синдрома и симптомокомплекса [25]. На примере видоизменения определения синдрома, мы видим, как всё больший акцент делается на «внутренней связи» симптомов внутри синдрома.

Окончательно ясно эта идея прозвучала в «Лекциях по общей психопатологии», читанных В.А. Снежневским в 1969 году: «Под синдромом понимают, как вы знаете (я повторю общеизвестное), совокупность симптомов, но совокупность симптомов, внутренне взаимосвязанную. Синдром – это выражение определенной внутренней взаимосвязанности, взаимосвязи отдельных симптомов. Синдром складывается не вообще из симптомов, а лишь из определенного круга – свойственного данному синдрому симптомов. Вместе с тем синдром – это не есть нечто статическое, это не есть какая-то обособленная реакция головного мозга на вредность. Синдром есть звено, отдельное звено цепной реакции головного мозга на действующую вредность. Каждый синдром является продуктом предшествующих расстройств, предшествующих синдромов, и каждый синдром, имеющийся в данный момент у больного, содержит в себе элементы следующего синдрома. Если перед нами, предположим, сотый фанатический бред, то он является следствием, результатом предшествующего синдрома – бреда интреметаморфозного. Вместе с тем острый фантастический бред содержит в себе предпосылки развития в дальнейшем, в случае прогрессирования процесса, ориентированного онейроида и истинного онейроида. Следовательно, к синдрому всегда нужно относиться как к этапу процесса, как к проявлению цепной реакции, патокинеза болезни, в данном случае психической болезни» [25]. Таким образом, А.В. Снежневский рассматривает симптомы, составляющие синдром, как проявление единого патофизиологического процесса.

Вслед за А.В. Снежневским, В.М. Блейхер в 1976 году определяет синдром как «патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных» [26].

В «Психиатрическом диагнозе» И.Я. Завилянского и В.М. Блейхера приводят определение, близкое к определению О.В. Кербикова: «...синдром – это совокупность взаимосвязанных симптомов болезни» [27].

В.А. Жмурков в 1986 году приводит такое определение синдрома: «Синдром («совместный бег» симптомов) – совокупность симптомов, имеющих общий механизм развития» [28].

В 1988 году Г.В. Морозов приводит следующее определение синдрома: «Синдром (симптомокомплекс) – обусловленное общим патогенезом устойчивое сочетание взаимосвязанных позитивных и негативных симптомов» [16]. Как мы видим, это определение несколько уточняет определение В.М. Блейхера, развивает идеи А.В. Снежневского, и игнорирует разницу между синдромом и симптомокомплексом.

Примерно такое же определение мы находим и у Н.Д. Лакосиной: «Синдром (от греч. «syn-drome» – скопление, стечеие) – совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом, закономерное сочетание продуктивных и негативных симптомов» [29].

В.Л. Гавенко, Г.А. Самардакова и Н.Е. Бачериков определяют синдром следующим образом:

«Психопатологічний синдром – сукупність взаємопов'язаних симптомів, що визначає клінічну форму прояву хвороби і поведінки хворого, яка має єдиний складний патогенетичний механізм...» [30]. На этих примерах мы видим, что определения становятся всё более стереотипными и повторяют друг друга. Для примера приведу ещё два:

«... его [синдром] можно определить как типичную совокупность закономерно связанных между собой симптомов» [31].

«Синдромом называют повторяющееся сочетание симптомов, тесно связанных между собой общими механизмами происхождения и характеризующих текущее состояние больного» [32]. Новая проблема в русскоязычной терминологии связана с введением Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Как отмечает У. Бауманн (U. Baumann) и Р.-Д. Штиглиц

(R.-D. Stieglitz) [33], основа классификации МКБ-10 не унифицирована (этиология, течение, синдромо-логия, степень тяжести и т.д.); не теоретическая, дескриптивная. Термин «синдром» достаточно редко встречается в 5-ой главе МКБ-10, им обозначены только следующие диагнозы: F04; F07.1; F07.2; F1x.2; F1x.6; F48.1; F59; F84.2; F84.5; F95.2. При этом отметим, что весь класс F50 – 59 – «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами», должен включать именно «синдромы», однако лишь одна группа диагнозов – F59 – «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, неуточненные», образованная по остаточному принципу, содержит термин «синдром». Заметим, что в английской версии ICD-10 термин «syndrom» включён, помимо указанных, в название F06.9; F44.8; F45.3; F48.8; F68.1; F81.2; F90.0 (но лишь как расширение основного диагноза) и отсутствует в названии F95.2.

Однако, по сути, под абсолютным большинством диагнозов МКБ-10 лежат именно синдромы, или даже симтомокомплексы (в том смысле, в котором говорил о них В. А. Гиляровский [23, 24]). Таким образом, МКБ-10 значительно отличается от предыдущей классификации МКБ-9, прежде всего тем, что основная часть функционально и органически обусловленной психической патологии представлена в виде синдромальных рубрик [34], однако, сам термин «синдром» в 5-ой главе МКБ-10 практически не упоминается, и подменяется терминами «расстройство» (англ. disorder), «эпизод» (англ. «episode»), «реакция» (англ. «reaction»), «дисфункция» (англ. «dysfunction»), «нарушение» (англ. «disturbance»). Кроме того, некоторые диагнозы-синдромы названы сокращённо, например деменция, делирий, фуга, амнезия, заикания.

Наиболее частое терминологическое замещение такого рода – «расстройство» (англ. «disorder») – настолько спорно, что потребовало дополнительного разъяснения в самой МКБ-10, в разделе «Проблемы терминологии». Сравним это определение с наиболее частыми определениями синдрома:

«Во всей классификации используется термин «расстройство», поскольку термины «болезнь» и «заболевание» вызывают при их использовании ещё большие сложности. «Расстройство» не является точным термином, но здесь под ним подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств» [35].

А.А. Портнов в 2004 году критично рассмотрел особенности МКБ-10: «Международная классификация – акт капитуляции современных психиатров перед колоссальной сложностью души человека и трудно познаваемых психических заболеваний» [36].

Он предпринял попытку возврата к классическим клиническим принципам диагностики и классификации, однако, по сути, удаляется в своих воззрениях от крепелинского нозологического подхода.

Особенностью воззрений Портнова является попытка выделения «чистых» синдромов, предотвержение от использования таких диагностических образований, как «составных синдромов» (астено-депрессивный, галлюцинаторно-параноидный). Одним из важнейших оснований для выделения подобных «истинных» синдромов Портнов считает типичные особенности синдромотаксиса и синдромокинеза, выдвигая, тем самым, на первый план процессуальную характеристику синдрома.

Анализируя эволюцию определения синдрома, можно выделить этапы. Наиболее наглядно эти этапы можно представить в виде табл. 1, в которой хронологически отражены основные особенности в развитии понимания синдромов и представители, занимавшиеся проблемой синдромологии и синдромосвязующих образований.

В развитии учения о синдромах можно выделить две, диалектически связанные, тенденции: 1) психопатологическое описание синдрома как совокупности симптомов; 2) понимание синдрома как некоего психопатологического процесса. Анализируя историю развития представлений о синдромах, мы видим, как вторая тенденция выходила на первый план.

Действительно, если первая тенденция носит прикладной, описательный и, в меньшей степени, диагностический и прогностический характер, то вторая тенденция носит фундаментально-теоретический, этиопатогенетически-терапевтический, нозодиагностический и прогностический характер, представляя болезнь в детерминическом, динамическом её аспекте, не как застывшую совокупность отдельных клинических признаков, а как некоторый казуальный, исторически-об-

условленный типичный процесс, подчиняющийся определённым закономерностям, влиянию определённых факторов, имеющий определённые фазы своего развития. Только при развитии второй тенденции возможно формирование учения о синдромокинезе и синдромотаксисе, рассмотрение механизмов болезни и лечения, плодотворное применение знаний фармакокинетики и фармакодинамики.

Таблица 1.

Этапы эволюции определения синдрома	Источники определения
Формирование понимания объективного существования неких патологических единиц донозологического уровня, характеризующиеся группой симптомов	Дж. Гойслейн, Е.А. Целлер, В. Гризингер, Г. Нейман, В.Х. Кандинский, В.Ф. Саблер, В.П. Сербский.
Использование разнообразных терминов, часто с неточным наполнением, для обозначения патологических единиц донозологического уровня, характеризующиеся фунной симптомов	К.Л. Кальбаум, Г. Эммингхауз, Э.В.М.Г. Крепелин, А.Э. Гохе, Э. Морсели, Г.Т. Циген, Е. Блёттер, И.П. Ковалевский, Н.М. Ионов, С.С. Корсаков.
Введение термина «синдром»	Г.Т. Циген, Е. Блёттер, И.Г. Оршанский
Понимание «синдрома» как «типовной совокупности симптомов»	И.Г. Оршанский, В.А. Гиляровский, О.В. Кербиков, И.Я. Завилянский
Понимание «синдрома» как совокупности симптомов, отражающих некий патологический процесс	О.В. Кербиков, А.В. Снежневский, В.М. Блейхер, В.А. Жмуро, Г.В. Морозов, П.Г. Сметанников, В.Л. Гавенко
«Размытие» понятия «синдром» ввиду частичного замещения терминами «расстройство», «эпизод», «реакция», «дисфункция», «нарушение».	МКБ-10
Попытка возврата к «пурильности» синдромологии, основанной на принципиальных особенностях клиники, синдромотаксиса и синдромокинеза	А.А. Портнов

Динамическое представление о душевных болезнях начало формироваться задолго до появления термина «синдром». Так, в «Des maladies mentales» Ж.-Э. Д. Эскироль (J.-E.D. Esquirol) сформулировал «ведущие принципы» изучения психических болезней:

- 1) анализ симптомов, характерных именно для этой болезни;
- 2) поиск причины болезни;
- 3) стремление проследить её развитие и различные формы исходов (*terminaisons*);
- 4) постановка вопросов терапии.

Таким образом, первый и второй принцип Ж.-Э. Д. Эскироль отражал выделенные нами две тенденции развития синдромологии [37, 38].

Ж.П. Фальре (J.P. Falret) выделил «типы психических расстройств». «Тип психических расстройств», по Ж.П. Фальре, это сочетание определенных психопатологических нарушений в их динамике. Такое определение очень близко к современному определению синдрома [39].

Дж. Гойслейн (J. Guislain) одним из первых попытался построить схему патогенеза синдромов, определить то, что нашло позже отражение в терминах «синдромотаксис и синдромокинез».

Так, согласно воззрениям Дж. Гойслейн, начало душевного заболевания проявляется «душевной болью», «френальгией», которая является пусковым механизмом любого психического расстройства, и вызывает различного рода реакции со стороны души: маниакальное возбуждение, бред, ступор, спутанность и т.п. Тем временем, происходят изменения в нервной системе, связанные с интенсификацией нервной деятельности. Это приводит к вторичным состояниям, выраженным в ослаблении психики [40, 41].

Идеи Дж. Гойслейна породили теорию единого психоза, развитую Е.А. Целлером, В. Гризингером, Г. Нейманом [12, 13], о которых мы уже упоминали.

В дальнейшем эти идеи развивал Дж. Х. Джексон (H. J. Jackson). Так, исходя из эволюционизма Г. Спенсера (H. Spencer), он выделял в структуре нервной системы «эволюционные слои». Повреждающий фактор, наличествующий при любой нервной патологии, повреждает, прежде всего, наиболее развитые, высшие, в эволюционном отношении, слои. Этими повреждениями определяются симптомы выпадения определённых высших функций. Однако, повреждения высших эволюционных структур обуславливают выход из под контроля низших слоев. Их неконтролируемая деятельность поражает полиморфные патологические симптомы, которые выглядят как неуместная активация некоторых психических функций [42 – 44].

Историчность формирования симптомокомплексов доказывал К. Вернике (C. Wernicke) – он утверждал, что «мозговые аппараты», лежащие в основе психической деятельности, реагируют «по своим закономерностям», т.е. одинаково, независимо от характера вредности.

Следующий автор, о котором следует упомянуть на этих страницах – А. Э. Гохе [10, 15]. Так, он считал, что синдром представляет собой «переформированные формы реакции, обусловленные церебральным предрасположением и психической диспозицией».

К. Бонхоффер (K. Bonhoeffer) развел идеи А.Э. Гохе, доказав на большом количестве клинического материала, что экзогенные вредности разнообразного характера способны производить одинаковые, типичные симптомокомплексы [45]. К. Бонхоффер утверждает, что: «Разнообразию основных заболеваний противостоит большая однородность психических картин. Напрашивается мысль, что мы имеем дело с типовыми психическими формами реакции, сравнительно независимыми от специальной формы вредоносного фактора». Таким образом, «экзогенные психозы не являются прямым выражением первичного отравляющего влияния (со стороны специфической инфекции), а что при известной силе или давности влияния токсического или токсически-инфекционного фактора спонтанно или после толчка (каким может явиться, например, подъем температуры) устанавливается в организме патогенное изменение. Оно может быть вызвано во внутренних органах или в мозговом межточном обмене. Исходящие отсюда токсические влияния образуют этиологическое межточное звено и как реакция на это вторичное аутотоксическое влияние должны быть рассматриваемы описанные психотические картины».

Русскоязычным исследователям изначально был присущ общепатологический взгляд на синдромы [46]. Так, А. Кронфельд (A. Kronfeld) с восторгом пишет об исследованиях И.Г. Равкина, который на примере патоанатомических исследований ртутной интоксикации показал общую закономерность патологического процесса.

Следует особо выделить работы О.В. Кербикова [25, 47], который, используя статистические методы, пытался установить закономерности динамики синдромов, в частности, частоту взаимосочетанность / взаимоисключения определённых синдромов, а также нозоспецифичность синдромов.

Тем временем, во Франции А. Эй (H. Ey) и Ж. Руар (J. Rouart) развивали и конкретизировали Дж. Х. Джексона, применяя их к клинике психических болезней [48, 49]. Они, буквально повторяя теоретические положения Дж.Х. Джексона об «эволюции» и «диссолюции» и последовательном поражении «слоёв нервной системы», описали патогенетические механизмы синдромогенеза большого количества психопатологических синдромов. Они активно использовали понятия «негативных» и «позитивных» симптомов в психопатологии. Также, А. Эй и Ж. Руар создали своеобразную «шкалу» основных психопатологических синдромов, в которой синдромы ранжированы по степени глубины поражения психики патологическим процессом.

Следует упомянуть, что французская школа психиатрии, которая изначально строится скорее на синдромологическом принципе классификации душевных болезней, традиционно описывает и использует большее количество синдромов, нежели немецкая и русская (советская) школы.

Таким образом, от наименьшей до наибольшей глубины в разработанной шкале последовательно располагаются следующие группы основных психопатологических синдромов:

- невротические;
- параноидные;
- онейроидные;
- сенестопатические;
- маниакально-меланхолические;
- спутанно-ступорозные (*confuso-stuporeuses*);
- шизофренические;
- дементные.

Следующий шаг в развитии синдромологии был сделан А.В. Снежневским [25]. Подытожив созданные ранее различные концепции, он разработал единую, целостную, синтетическую теорию синдромокинеза и синдромогенеза. В созданном (или, скорее, «собранном») им учении за основу взяты идеи Дж.Х. Джексона, а также патогенетические взгляды И.В. Давыдовского [50], имеющие общемедицинский (и общебиологический) характер. Суть взглядов И. В. Давыдовского в том, что специфических механизмов, свойственных только какой-либо болезни, не существует, а в основе патологического процесса лежат физиологические механизмы, измененные условиями заболевания. Эти механизмы заложены исторически, они типичны, и имеют адаптивный характер.

Так, А.В. Снежневский считал, что «синдром – клиническая единица первого порядка, отражающая патогенез болезни».

Опираясь на взгляды Г. Шюле (H. Schüle) о «проявлении внутренних начал болезни» [51, 52] и И.В. Давыдовского о патокинезе, он утверждал, что доминирование одних синдромов над другими и характерная особенность их смены (стереотип) определяется механизмом развития патологического процесса, типичного для каждой болезни.

Патологический процесс определяется связями состояний, составляющих его, а качество связей определяет причинно-следственные отношения. В смене синдромов, отражающей связи состояний, являющейся преломленным организмом следствием воздействия нозогенной причины, обнаруживаются нозологические особенности патологического процесса, единство этиологии и патологии, причины и следствия.

А.В. Снежневский подчеркивал, что определенные стадии течения психического расстройства могут быть идентичны при разных нозологиях и проявляться одинаковыми синдромами. Так, астенический синдром наблюдается при атеросклерозе сосудов головного мозга, сифилитическом слабоумии, болезни Блэйлера и других заболеваниях. Указанная особенность – патогенетическая «нивелировка» этиологического фактора (эквифинальность) – биологически предопределена.

Ссылаясь на И.В. Давыдовского, А.В. Снежневский утверждает, что «Стереотип течения болезни может выступать в качестве общепатологического, свойственного всем болезням стереотипам и стереотипам нозологического, присущего отдельным болезням». Он иллюстрирует положения И. В. Давыдовского об общепатологическом стереотипе болезни учением о едином психозе, и утверждает, что общепатологический стереотип развития болезненного процесса отражает общие для всех психозов закономерности.

Так, все прогредиентные психические болезни на первых этапах вызывают астенические, невротические, аффективные, а в дальнейшем паранойальные и галлюцинаторные расстройства, помрачение сознания, грубоорганические явления. Таким образом, любой патологический процесс, единожды запущенный, движется по типу «цепной реакции», вызывая звено за звеном, сохраняя при этом фазы и периоды своей динамики.

В специфике динамики отдельной болезни обнаруживаются общепатологические закономерности. А.В. Снежневский, ссылаясь на И.Г. Оршанского и В.Х. Василенко, разделяя синдромы на «малые» и «большие», обозначал при этом степень генерализации патологического процесса. Общепатологические закономерности проявляются в усложнении по мере развития болезни клинической картины – последовательной замене малых (простых) синдромов всё более сложными (большими).

Так, А.В. Снежневский пишет, что: «По мере прогрессирования болезни синдромы превращаются из простых в сложные (Оршанский И.Г., 1910) или из малых в большие (Василенко В.Х., 1959), а клиническая картина заболевания в целом по мере его развития становится всё более полиморфной».

Снежневский, вслед за А. Эй и Ж. Руар [39, 49], разграничивал «позитивную» и «негативную» симптоматику, указывая на закономерности их взаимосвязи в динамике. Так, он отмечает, что патологически позитивные синдромы при прогредиентных психических расстройствах образуются не в искусственно-изолированном, «пурпурном» виде, а одновременно, в комплексе с феноменами ущерба, упадка психической деятельности (негативными симптомами), типичными для отдельных болезней. Астенический синдром при атеросклерозе сосудов головного мозга сочетается с гипомнемией, понижением приспособительных психических ресурсов и другими негативными проявлениями, при сифилитическом слабоумии – с понижением критики, распадом «ядра личности»; при болезни Е. Блэйлера – с аутизмом, апатией.

А.В. Снежневский указывал, что физиологическое толкование негативным и позитивным симптомам впервые дал Дж.Х. Джексон, который утверждал, что негативные синдромы клинически неопределимы, и существование позитивной симптоматики возможно лишь при наличии негативной. Позже, указывает А.В. Снежневский, понятие негативных симптомов сузилось. Под ними начали понимать симптомы дефекта, слабоумия, опираясь на их необратимость, несмотря на большой клинический материал, опровергающий «необратимость» слабоумия. Признаки временного обеднения душевной деятельности наличествуют не только в астенических состояниях, но и при аффективных расстройствах, в состояниях помрачения сознания.

Во многих случаях негативные расстройства имеют прогредиентный характер, изменяя, упрощая проявления позитивных симптомов. Подобное развитие, указывал А.В. Снежневский, свойственно так называемым дефект-психозам, и трактовалось в психиатрии XIX века как вторичное слабоумие – фатальное последствие прогредиентного патологического процесса.

А.В. Снежневский утверждает, что на единстве негативных и позитивных симптомов должна зиждаться диагностика психических болезней. Причем специфика негативных расстройств определяет образование соответственного круга позитивных симптомов. Так, паранойяльный синдром не может наступить при грубо органическом расстройстве психической деятельности.

Однако не существует данных об абсолютной нозологической специфичности негативных расстройств.

Объединяя учение о «едином психозе» (начало которого мы находим у Дж. Гойслейна), о «слоях» нервной системы и о «эволюционном и диссольционном» характере нервно-психических расстройств Дж.Х. Джексона, о позитивно и негативной симптоматике А. Эй и Ж. Руар, и, наконец, ученье о «исторически предопределённом патокинезе», «типовых реакциях», «общем пути» И.В. Давыдовского, А.В. Снежневский, подобно А. Эй и Ж. Руар, ранжирует позитивные и негативные синдромы, строя «модель соотношения общепатологических синдромов и нозологических единиц», представленную на рис. 1.

Так, А.В. Снежневский утверждает, что самым общим синдромом, присущим всем нозологиям, является астенический – круг I. Синдромы типичного маниакально-депрессивного психоза ограничиваются кругами II и I. Далее следуют сложные картины маниакально-депрессивного психоза и шизоаффективного расстройства, и проявляются они невротическими паранойяльными синдромами, а также галлюцинозом (круги III и IV).

Причём круги I – IV включают все синдромы, встречающиеся при шизофрении – астенические, аффективные, невротические, паранойяльные, парапренные, кататонические, онейроидные. Однако, синдромы VI круга свойственны

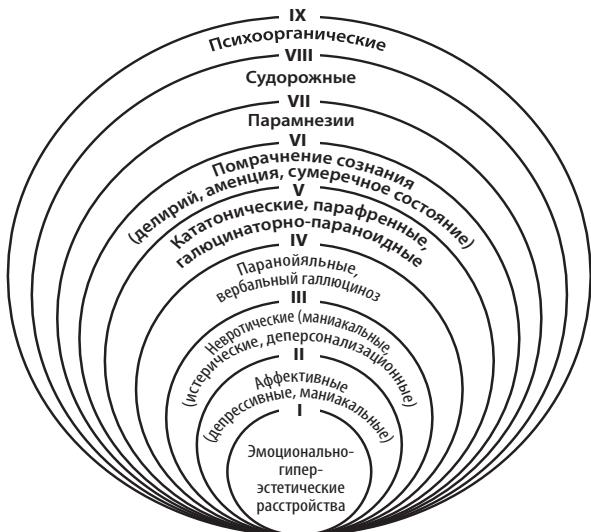


Рис. 1. Соотношения общепатологических синдромов и нозологических единиц.

и экзогенным психозам с острым помрачением сознания. В круг VII входит парамнестический синдром, свойственный как экзогенным, так и органическим психозам. Круг VIII (синдромы, присущие эпилепсии) может включать и все нижележащие синдромы, которые возникают при эпилептических психозах. Последний круг психопатологических расстройств, IX, отражает клинику всех известных тяжёлых органических психозов.

Из созданной модели А.В. Снежневский выводил, подобно Е.А. Целлеру, В. Гризингеру, Г. Нейману, градацию тяжести расстройства психической деятельности, общую для всех болезней. Так, наиболее лёгким синдромом является астенический, далее следуют аффективные, невротические (навязчивости, истерические, деперсонализационно-дереализационные, сенестопатически-ипохондрические), паранойальные синдромы и синдром вербального галлюцинации, галлюцинаторно-параноидный синдром, парафренные, кататонические, онейроидные синдромы, синдромы помрачения сознания (делирий, аменция, сумеречное состояние), парамнестические синдромы, судорожные синдромы и психоорганические синдромы.

А.В. Снежневский указывает, что в модели, представленной на рис. 1, синдромы обозначены по позитивным признакам, входящим в их структуру, однако каждый синдром представляет собой единство позитивных и негативных проявлений.

На рис. 2 представлены соотношения общепатологических негативных синдромов и нозологических единиц. Последовательность нарастания тяжести негативных расстройств и предел их прогрессирования в зависимости от вида заболевания аналогична закономерности, существующей в схеме позитивных расстройств. Негативные расстройства в клинике маниакально-депрессивного психоза исчерпываются кругами I и II, (изредка III), при шизофрении – кругами IV – VII, при экзогенных психозах и эпилепсии – VIII, при грубоорганических психозах кругом IX – X.

П.Г. Сметанников [31], в традициях Санкт-Петербургской психиатрической школы развил, дополнил и уточнил идеи А.В. Снежневского о патогенетической (патокинетической) предопределённости и природе синдромов. Так, он пишет: «Психопатологический синдром, представляющий статус больного в данный момент, отражает во вне в клинической форме его патогенетические механизмы, т.е. расстройства ВНД, складывающиеся в определённую патофизиологическую структуру. Внутри последней, естественно, происходят какие-то частные изменения, которые и определяют количественные сдвиги в таком целостном состоянии, как психопатологический синдром».

П.Г. Сметанников подводит под синдромы определённые патогенетические механизмы. Кроме того, он выделяет и описывает три формы динамики синдромов:

1. Синдромокинез – зарождение, развитие и дальнейшее движение синдрома в пределах данного приступа болезни.
2. Трансформация – патогенетически предопределенная смена одного синдрома как проявление закономерного течения болезни (стереотипа развития заболевания).
3. Перекрытие синдромов – развитие нового психопатологического синдрома при существовании прежнего без редукции последнего.

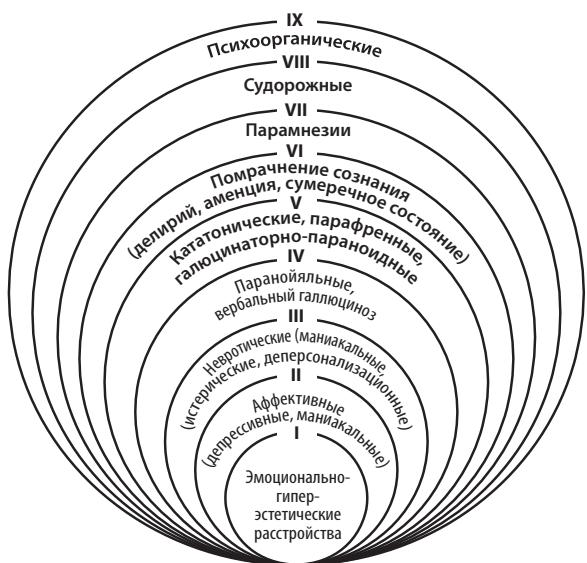


Рис. 2. Соотношение общепатологических негативных синдромов и нозологических единиц.

Таким образом, в работах П.Г. Сметанникова мы видим окончательную победу рассмотрения психопатологического синдрома как некоего психопатологического процесса, обусловленного патогенетически.

С другой стороны к структуре и динамике синдрома подошёл А.А. Портнов. В его идеях также замечено влияние Дж.Х. Джексона, И.В. Давыдовского, А.В. Снежневского. Так, Портнов выделяет три структурных элемента синдрома: симптомы выпадения, симптомы, выражющиеся деятельностью оставшихся неповрежденных церебральных систем, и личностные реакции, отражающие участие человека в болезни, которые, в свою очередь, делятся на филогенетические и онтогенетические. Особое место Портнов уделяет понятиям синдромокинеза и синдромотаксиса, на основании которых пытается построить оригинальную систематику. При этом, понятие синдромокинеза у Портнова совпадает с таковым у П.Г. Сметанникова, под синдромотаксисом автор понимает «порядок чередования, сочетания и распада симптомокомплексов и синдромов в течение движущегося патологического процесса» [31].

Выяснив, каким смыслом наполняли понятие «синдром» разные авторы, проанализируем номенклатуру и классификацию синдромов.

Г. Эммингхауз [3] приводил классификацию симптомокомплексов, включающую всего пять позиций.

Э.В.М.Г. Крепелин выделял 17 «состояний и болезней» [14].

С.С. Корсаков [20] более упорядоченно описывал «типіческія психопатическія состоянія», в его классификации уже появляются группы, объединяющие несколько единиц.

В классификации И.Г. Оршанского [21] синдромы собраны в три группы, соответствующие психическим сферам.

Е. Блётлер (E. Bleuler) [53] упоминает 15 синдромов, не группируя их.

Классификация синдромов К.Т. Ясперса (C.T. Jaspers) [54] включает, подобно классификации С.С. Корсакова, группу «Симптомокомплексы изменённого сознания». О.В. Кербиков [25] описывает 23 синдрома.

И.Ф. Случевский [55] описывает следующие 18 синдромов, выделяя при этом 5 типов слабоумия. А. Эй и Ж. Руар [48, 49] предложили оригинальную классификацию основных психопатологических синдромов, содержащую 8 групп.

Классификация психопатологических синдромов И.Я. Завилянского и В.М. Блейхера [27], следуя традиции С.С. Корсакова и К.Т. Ясперса, выделяет лишь одну группу – «Синдромы расстроенного сознания».

В.А. Жмурков [28] описывает следующие 11 групп синдромов, четыре синдрома в его классификации не входят ни в одну из групп.

Г.В. Морозов [16] делил синдромы на позитивные и негативные, выделяя внутри этих крупных групп более мелкие подгруппы.

П.Г. Сметанников [31] приводит более простую классификацию синдромов.

Оригинальны классификации А.А. Портнова [36], в основу которых поставлены особенности синдромотаксиса и синдромокинеза. Ввиду относительной новизны остановимся на его концепции подробнее.

Автор выделяет транзиторные, этапные, вставочные и сквозные синдромы. Под транзиторными синдромами понимаются синдромы, не обладающие синдромокинезом, внезапно возникающие в динамике болезни и также внезапно проходящие. Под этапным синдромом понимаются состояния, при которых один клинический феномен трансформируется в другой. К переходным синдромам относятся относительно кратковременные состояния, наблюдаемые при смене одного синдрома другим (например, к таким синдромам автор относит дистимический, возникающий при переходе паранойального синдрома в параноидный). И, наконец, к сквозным относятся синдромы, сохраняющиеся на всем протяжении болезни.

Интересно, что автор, предлагая данную систематику/классификацию, не приводит номенклатуру отдельных кластеров, ограничиваясь единичными примерами синдромов, относящихся к той или иной группе. Впрочем, сам автор утверждает, что один и тот же синдром в клинике различных заболеваний может вести себя и как транзиторный, и как этапный, и как сквозной, и как переходный. Отметим также, что данная систематика имеет строго клинически-феноменологическую, но не патогенетически-концептуальную основу.

Однако, вслед за представленной систематикой, автор обращается к иной, не менее оригинальной, классификации/группировке, выделяя следующие синдромы:

1. Психоорганические синдромы.
2. Экзогенно-органические синдромы.
3. Эндогенно-органические синдромы.
4. Аффективные синдромы.
5. Бредовые синдромы.
6. Реактивные (психогенные) синдромы.
7. Параноидные формы реактивных психозов.

При подробном изучении номенклатуры каждой группы, наравне с традиционными для психопатологии диагностическими единицами, мы находим такие, как синдром гиперстетической эмоциональной слабости, эндоформный синдром, синдром трансгрессии... Правомерность и целесообразность использования данных понятий остаётся под вопросом.

Рассматривая данную классификацию, следует отметить сильное влияние идей А.А. Ухтомского [54] о «функциональных органах», развитой Н.А. Бернштейном и А.Н. Леонтьевым [56, 57], и попытку описание / выделения специфичной динамической семиотики патологии этих «функциональных органов». В то же время, нельзя не отметить сходство данной группировки с регистр-синдромологией И.А. Кудрявцева [26]. Фактически же, была получена «классификация», в которой произвольно существует патогенетическое основание и феноменологическое (по поражению ведущей «психической сферы»).

Наконец, в 2009 году В.Л. Гавенко и соавторы [58] предложили классификацию психопатологических синдромов в зависимости от глубины поражения личности.

Анализируя различные номенклатуры синдромов, можно выделить три группы номенклатурных единиц, различных по принципам их выделения:

1. «Истинные» синдромы, (донозологические образования), характеризующиеся устойчивыми клиническими проявлениями, связанные общим патогенезом. Таких номенклатурных единиц большинство, они присутствуют в абсолютном большинстве классификаций. К ним относятся психоорганический синдром, астенический синдром, делирий и т.д.

2. «Симптомокомплексы», сиречь соединения симптомов, выделяемые из общей клинической картины по причине яркости, социальной либо культурной значимости, однако не обусловленные чётким патогенетическим процессом. Эти номенклатурные единицы встречаются в ранних классификациях, и обусловлено их существование отсутствием (или необязательностью) критерия патогенетического единства для выделения синдрома во время создания соответствующих номенклатур. К таким симптомокомплексам относятся бред сутяжничества, бред Котара.

3. Состояния, вызываемые определённым патогенетическим процессом, однако, слишком полиморфные в своих клинических проявлениях, чтобы иметь право называться «устойчивыми соединениями симптомов». Такие состояния появляются в номенклатурах после введения критерия патогенетического единства для выделения синдрома. К ним относится «эндокринный» синдром. Также интересны появление в номенклатурах, созданных после 70-х годов прошлого столетия синдромов с приставкой псевдо- (от древнегреческого «ψευδής» – ложь) или суфиксом -оид (от древнегреческого «εἶδος» – вид, облик, образ). По описаниям, это синдромы, клиникой подобные тем, от названия которых они образованы, но отличающиеся от них по этиопатогенезу.

Рассмотрим теперь принципы классификаций синдромов. Заметим, что ни одна классификация из приведенных не построена по единому принципу.

Один из наиболее распространённых принципов классификации – классификация по «психическим сферам» (такой принцип использует, к примеру, И.Г. Оршанский). Однако, не существует синдрома, клиника которого ограничивалась какой-либо одной сферой, а наше отношение того или иного синдрома преимущественно к, скажем, интеллектуальной либо аффективной сфере обусловлена исключительно законами нашей личной апперцепции объективной реальности.

Некоторые группы синдромов классифицируют в зависимости от «глубины» поражения. Такой принцип используется, например, в классификации синдромов помрачения (изменённого, расстроенного) сознания, или же в классификации олигофрений. Однако этот принцип применим лишь внутри однородных групп синдромов, и даже внутри этих групп подчас представляется сомнительным его практическая преемственность. Так, олигофрении представляют собой континuum состояний, а не отдельные клинические формы.

Некоторые авторы (В.А. Жмурков, Н.Е. Бачериков, В.Л. Гавенко [28, 30, 58, 59]) используют классификацию синдромов в зависимости от регистра психических расстройств. Однако, как показано в работах Г. Эммингхауза, Т. Цигена (G.T. Ziehen), Э.В.М.Г. Крепелина, Е. Блэйлера, И.Г. Оршанского, С.С. Корсакова, О.В. Кербикова, А.В. Снежневского и других [4 – 9, 14, 21, 25, 47, 53, 60 – 62] синдром не имеет нозоспецифичности, поэтому регистр психического расстройства не может бы универсальным принципом классификации.

С экспансией в отечественную психиатрию идеей Дж.Х. Джексона, А. Эй и Ж. Руара [42 – 44, 48, 49], проведённую А.В. Снежневским [61], появилась тенденция к делению синдромов на «позитивные» и «негативные» (Г.В. Морозов [16, 60]). Этот принцип классификации также не может быть признан удовлетворительным, так как, согласно теориям Дж.Х. Джексона, А. Эй и Ж. Руара, и А.В. Снежневского, каждый психопатологический симптом имеет в своём проявлении как негативные, так и позитивные черты.

Попытки классификации синдромов по их динамике относительно новы и немногочисленны, поэтому требуют дальнейшей разработки.

Таким образом, до сих пор не выделено удовлетворительной классификации синдромов, а созданные номенклатуры противоречивы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Kahlbaum K. L. Die Gruppierung der psychischen Krankheit und die Einteilung der Zeilensprung / K. L. Kahlbaum. – Saarbrücken: VDM, Müller, 2007.– 182 s.
2. Kahlbaum K. L. Die Katatonie oder das Spannungssirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit / K. L. Kahlbaum. – Berlin: A. Hirsch-wald, 1874.– 104 s.
3. Emminghaus H. Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen/ H. Emminghaus.– Leipzig: Verlag von F.C.W. Vogel, 1878.– 472 s.
4. Kraepelin E. Einführung in die Psychiatrische Klinik: Dreissig Vorlesungen / E. Kraepelin. – Leipzig: Verlag von Johan Ambrosius Barth, 1901.– 328 s.
5. Kraepelin E. Einführung in die Psychiatrische Klinik: Zweiunddreißig Vorlesungen / E. Kraepelin.– Leipzig: Verlag von Johan Ambrosius Barth, 1905.– 374s.
6. Kraepelin E. Lectures on clinical psychiatry: Authorized Translation from the German / E. Kraepelin; Revised and edited by Thomas Johnstone. – New York: William Wood & Company, MDCCCVI.– 309 p.
7. Kraepelin E. Psychiatrie: ein Lehrbuch für studirende und Aerzte: Siebente Auflage: I. Band: Allgemeine Psychiatrie / E. Kraepelin. – Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1903.– 478 s.
8. Kraepelin E. Psychiatrie: ein Lehrbuch für studirende und Aerzte: Siebente Auflage: Zweiter Band: Klinische Psychiatrie / E. Kraepelin. – Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1903.– 892 s.
9. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte / E. Kraepelin. – Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1896.– 478 s.
10. Hoche A. Die Neuronenlehre und ihre Gegner / A. Hoche.– Berlin: Verlag von August Hirschwald, 1899.– 52 s.
11. Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge / Hrsg. von O. Bumke; G. Kolb; H. Roemer; E. Kahn, Verfasser: Bumke, Oswald; Kolb, Gustav; Roemer, Hans; Verleger W. de Gruyter & Co., Berlin: W. de Gruyter & Company, 1931.– 400 s.
12. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten: für Aerzte und Studirende / W. Griesinger. – Braunschweig: Verlag von Friedrich Wreden, 1876 – 538 s.
13. Griesinger W. Mental pathology and therapeutics / W. Griesinger; Translated from German (second edition) by C. Lockhart Robertson and James Rutherford. – New York: William Wood & Company, 1882.– 375 p.
14. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику: Том I: Общий обзор / Э. Крепелин; Пер. с нем. проф. В.А. Гилляровского.– М.; Петроград: Государственное издательство, 1923.– 467 с.
15. Hoche A. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie / A. Hoche// Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. – Berlin, 1921.– Volume 12, N. 1 – S. 540 – 551.
16. Морозов Г.В. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии) / Г. В. Морозов, Н. Г. Шумский. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998.– 426 с.
17. Gaupp R. Die Klassifikation in der Psychopathologie / R. Gaupp// Die Klassifikation in der Psychopathologie. – Heidelberg, 1915.– Vol. 27, N. 1.– S. 292 – 314.

-
18. Ковалевский П. И. Общая психопатология / П. И. Ковалевский.– Х.: Тип. Каплана Бирюкова, 1886.– 259 с.
19. Попов Н. М. Лекции по общей психопатологии / Н. М. Попов.– Казань, 1896.– 292 с.
20. Курс психиатрии С. С. Корсакова: издание второе (посмертное), переработанное автором: Том I / Под ред. комиссии Общества Невропатологов Психиатров, состоящего при Императорском Московском Университете.–М., издание Общества для пособия нуждающимся студентам Императорского Московского Университета, 1901.– 677 с.
21. Оршанский И. Г. Учебник общей психиатрии: руководство для студентов / И. Г. Оршанский.– Х., 1910.– 389 с.
22. Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях / В. П. Осипов.– Берлин: Р. С. Ф. С. Р. государственное издательство, 1923.– 738 с.
23. Гиляровский В. А. Психиатрия: руководство для врачей и студентов / В. А. Гиляровский.– М. – Ленинград.: Гос. изд-во биологической и медицинской литературы, 1935.– 750 с.
24. Гиляровский В. А. Психиатрия / В. А. Гиляровский.– М.: Медгиз, 1954.– 520 с.
25. Кербиков О. В. Психиатрия: издание второе, переработанное/ О. В. Кербиков, М. В. Коркина, Р. А. Наджаров, А. В. Снежневский.– М.: Медицина, 1968.– 445 с.
26. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология.– Ташкент: Медицина, 1976.– 325 с.
27. Завилянский И. Я. Психиатрический диагноз / И. Я. Завилянский, В. М. Блейхер.– К: Вища школа. Головче изд-во, 1979.– 200 с.
28. Жмуров В. А. Общая психопатология/ В. А. Жмуров.– Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1986.– 280 с.
29. Коркина М. В. Психиатрия: Учебник/ В. М. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко.– М.: Медицина, 1995.– 608 с.
30. Гавенко В. Л. Пропедевтика психіатрії: Навч. посіб. для студ. мед. вузів і лікарів-інтернів / В. Л. Гавенко, Г. О. Самардакова, В. І. Коростій, Г. М. Кожина, В. М. Сінайко // Харківський держ. медичний ун-т/ В. Л. Гавенко (ред.).– Х.: Регіон-інформ, 2003.– 147 с.
31. Сметанников Г. П. Психиатрия: Краткое руководство для врачей / Г. П. Сметанников.– изд. 2-е, доп.– СПб.: СПбМАПО, 1995.– 320 с.
32. Жариков Н. М. Психиатрия: Учебник / Н. М. Жариков, Ю. Г. Тюльпин.– М.: Медицина, 2002.– 544 с.
33. Бауманн У. Классификация / У. Бауманн, Р.-Д. Штиглиц// Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана.– СПб.:Питер, 2002.–С.122–143.
34. Петрюк П. Т. МКБ-9 и МКБ-10: сходство, различие и трудности понимания / П. Т. Петрюк, В. Н. Шевелёв, В. П. Емельянов, А. П. Петрюк // Таврический журнал психиатрии.– 2005.– Т. 9, №3.– С. 84 – 87.
35. Лекарственные средства вневрологии, психиатрии и наркологии / Под ред. В. А. Шаповаловой, П. В. Волошина, А. В. Стефанова [и др.]. – Х.: Факт, 2003.– 784 с.
36. Портнов А. А. Общая психопатология: Учебное пособие/ А. А. Портнов.– М.: Медицина, 2004.– 272 с.
37. Esquirol J.-E.-D. Des maladies mentales considrées sous les rapports mïdical, hyginique et medico-Igale: Tome premier / J.-E.-D Esquirol.– Paris: Chez J.-B. Baillire, 1838.– 687 p.
38. Esquirol J.-E.-D. Des maladies mentales considrées sous les rapports mïdical, hyginique et medico-Igale: Tome second / J.-E.-D Esquirol.– Paris: Chez J.-B. Baillire, 1838.– 862 p.
39. Falret J.P. Des maladies mentales et des asiles d'aliénés: Lecons cliniques & considérations gïnïrales / J.P. Falret.–Paris:J.B. Baillire et Fils,1864.–796p.
40. Guislain J. Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés:Tome premier / J. Guislain. – Amsterdam: Chew J. vander Heyet Fils, et les hïritiersrs H. Gartman 1826.– 406 p.
41. Guislain J.Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés:Tome second / J. Guislain. – Amsterdam: Chew J. vander Heyet Fils, et les hïritiersrs H. Gartman 1826.– 462 p.
42. Jackson H.J. The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system: LectureI / J. HughlingsJackson//The British medical journal. – vol. 1, March 29, 1884.– P. 591 – 593.
43. Jackson H. J. The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system: Lecture II / J. H. Jackson //The British medical journal. – v. 1, April 5, 1884.– P. 660 – 663.
44. Jackson H. J. The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system: Lecture III / J. Hughlings Jackson // The British medical journal. – vol. 1, April 12, 1884.– P. 703 – 706.
45. Bonhoeffer K. Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen / Von K. Bonhoeffer.–Leipzig; Wien: Deuticke: 1912.– 334 s.
46. Штернберг Э. Я. к развитию и современному состоянию психиатрической синдромологии / Э. Я. Штейнберг// Журнал невропатологии психиатрии имени С. С. Корсакова.– М., 1974.– том 74, вып. 11.– С. 1723 – 1735.
47. Кербиков О. В. О специфической и взаимной связи психопато-логических синдромов / О. В. Кербиков // Сборник трудов Ярославского Госуд. Медицинского Института: Том1: Вопросы неврологической и психиатрической синдромологии: Работы кафедр психиатрии и нервных болезней.– Ярослав, 1947.– Том 1, Выпуск 1.– С. 77 – 97.

-
48. Ey H. *Essai d'application des principes de Jackson a une conception dynamique de la neuro-psychiatrie* / H. Ey, J. Rouart // *L'Encéphale*. – II, 1936, 1.– P. 30 – 60; 96 – 123.
 49. Ey H. *Essai d'application des principes de Jackson a une conception dynamique de la neuro-psychiatrie* / H. Ey, J. Rouart // *L'Encéphale*. – XXXI, 1936, 1.– P. 313 – 356.
 50. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (Этиология) / И.В. Давыдовский.–М.: Государственное изд-во медицинской литературы, 1962.– 176 с.
 51. Schule H. *Handbuch der Geisteskrankheiten* / H. Schule. – Leipzig :Verlag von F. C.W. Vogel, 1878.– 732 s.
 52. Schule, H. *Klinische Psychiatrie: Specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten* / H. Schule.–Leipzig: Verlag von F.C.W. Vogel, 1886.–543s.
 53. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie* / E. Bleuler. – Berlin: verlag von Julius Springer, 1916.– 600 s.
 54. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс; Пер. с нем. Л. О. Акопяна; ред. д. м. н. В. Ф. Войцеха и к. филос. н. О. Ю. Бойцовой. – М.: Практика, 1997.– 1059 с.
 55. Ухтомский А. А. Избранные труды/ А. А. Ухтомский– М.: Директ-Медиа, 2008.– 804.
 56. Случевский И. Ф. *Психиатрия* / И. Ф. Случевский.–Л.: Медгиз, 1957.– 442 с.
 57. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: В 2-х т. / Н. А. Леонтьев // Т. I.– М.: Педагогика, 1983.– 392 с.
 58. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: В 2-х т. / Н. А. Леонтьев // Т. II – М.: Педагогика, 1983.– 320 с.
 59. Гавенко В. Л. *Психиатрия и наркология: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений IV уровня аккредитации* / В. Л. Гавенко (ред.) / В. Л. Гавенко, В. С. Битенский, А. К. Напреенко, В. А. Абрамов, И. И. Влох.– К.: Медицина, 2009.– 488 с.
 60. Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков, К.В. Михайлова, В.Л. Гавенко [идр.]; Под ред. проф. Н.Е. Бачерикова.–К.: Здоров'я, 1989.–512с.
 61. Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова.– В 2-х т. Т. I. – М.: Медицина, 1988.– 640 с.
 62. Ziehen Th. *Psychotherapie* / Th. Ziehen. – Berlin; Wien: Urban & Schwarzenberg, 1898.– 696 s.

В. В. Чугунов, Н. В. Данилевская, А. З. Григорян,

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ С ПОСТИКТАЛЬНОЙ ГИПНОТЕРАПИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТИНТНОЙ ЭНДОРЕАКТИВНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ И ОБСЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

В. В. Чугунов, Н. В. Данилевська, А. З. Григорян

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПОЄДНАНОЇ ЕЛЕКТРОСУДОМНОЇ ТЕРАПІЇ З ПОСТИКТАЛЬНОЮ
ГІПНОТЕРАПІЄЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ФАРМАКОРЕЗИСТИНТОЮ ЕНДОРЕАКТИВНОЮ
ДЕПРЕСІЄЮ ТА ОБСЕССИВНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ

V. V. Chugunov, N. V. Danilevskaya, A. Z. Grigoryan,

*EXPERIENCE OF COMBINED ELECTROCONVULSIVE THERAPY WITH POSTICTAL HYPNOTHERAPY TO
TREAT PATIENTS WITH DRUG-RESISTANT DEPRESSION AND OBSESSIVE ENDOREAKTIVE SYMPTOMS*

Запорожский государственный медицинский университет;

кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии.

Zaporozhe State medical university,

Department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology.

Статья поступила в редакцию 22.03.2016.

Резюме

Цель исследования – определить эффективность разработанного нами метода лечения больных с терапевтически резистентной эндореактивной депрессией и обсессивной симптоматикой – комбинированной электросудорожной терапии, сочетанной с постиктальной гипнотерапией.

Материалы и методы. На базе КУ «ОКНД» ЗОС обследовано 18 пациентов с фармакорезистентной эндореактивной депрессией, которые randomизированы согласно внедряемым терапевтическим тактикам на две группы. Пациенты первой группы – группы исследования ($n = 10$) – лечились в соответствии с разработанной сочетанной методикой комбинированной ЭСТ и постиктальной гипнотерапии. Пациентам второй группы – группы сравнения ($n = 8$) – проводились сеансы ЭСТ без сочетания с другими методами лечения. Продолжительность курса терапии для пациентов обеих групп составляла 10 сеансов с интервалами в 2 суток. Использованное оборудование: аппарат для ЭСТ (электроконвульсивной терапии) «NIVIQURE». Всем пациентам проводились следующие исследования: анамнестическое и катамнестическое, клинико-психопатологическое, патопсихологическое. Лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, рентген грудной клетки, электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография, эхо-энцефалография.

Результаты. В результате разработанной методики, мы достигали сразу двух терапевтических эффектов: вследствие ЭСТ настроение пациентов заметно улучшилось уже с первого сеанса; вследствие ЭСТ, дополненного постиктальной гипнотерапией, отмечалось нивелирование обсессивных явлений более выраженное, чем в случае изолированной ЭСТ. Вследствие дополн-

нения сеансов ЭСТ постиктальной гипнотерапией эффективно нивелировались психотравмирующие переживания, что позволяло избежать рецидива заболевания – так, по данным ассоциативного теста отмечалось устранение ранее доминирующих в когнитивной сфере больных негативных переживаний. У всех пациентов первой группы, пошедших курс терапии по разработанной методике отмечалось полное выздоровление; в течении года наблюдения после терапии, рецидивов заболевания не было, что достоверно отличалось от группы сравнения, где рецидивы эндoreактивной депрессии были отмечены в 20% случаях в течение первого года после завершения терапии, в основном это относилось к пациентам, у которых психотравмирующая ситуация, выступившая триггером депрессии, оставалась не разрешенной.

Выводы. Таким образом, разработанная методика комбинированной ЭСТ и постиктальной гипнотерапии доказала свою эффективность в лечении терапевтически резистентной эндoreактивной депрессии и может быть рекомендована для лечения пациентов с рассматриваемой патологией. **электросудорожная терапия, постиктальная гипнотерапия, фармакорезистентность, эндoreактивная депрессия, обсессии.**

Ключевые слова

Резюме

Мета дослідження - визначити ефективність розробленого нами методу лікування хворих з терапевтично резистентною ендoreактивною депресією і обсесивною симптоматикою - комбінованої ЕСТ (електроконвульсивна терапія), поєднаної з постиктальною гіпнотерапією.

Матеріали та методи. На базі КУ «ОКНД» ЗОР обстежено 18 пацієнтів з фармакорезистентною ендoreактивною депресією, які рандомізовані згідно впроваджуваним терапевтичним тактикам на дві групи. Пацієнти першої групи - групи дослідження ($n = 10$) - лікувалися відповідно до розробленої поєднаної методикою комбінованої ЕСТ і постиктальної гіпнотерапії. Пацієнтам другої групи - групи порівняння ($n = 8$) - проводилися сеанси ЕСТ без поєднання з іншими методами лікування. Тривалість курсу терапії для пацієнтів обох груп становила 10 сеансів з інтервалами в 2 доби. Використане обладнання: апарат для ЕСТ«NIVIQURE». Всім пацієнтам проводилися наступні дослідження: анамнестичне і катамнестичне, клініко-психопатологічне, патопсихологіческое. Лабораторні і інструментальні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, рентген грудної клітки, електроенцефалографія, магнітно-резонансна томографія, ехо-енцефалографія.

Результати. В результаті розробленої методики, ми досягали відразу двох терапевтичних ефектів: внаслідок ЕСТ настрий пацієнтів помітно поліпшився вже з першого сеансу; внаслідок ЕСТ, доповненого постиктальною гіпнотерапією, зазначалося нівелювання обсесивних явищ більш виражене, ніж у випадку ізольованої ЕСТ. Внаслідок доповнення сеансів ЕСТ постиктальною гіпнотерапією ефективно нівелювалися психотравмуючі переживання, що дозволяло уникнути рецидиву захворювання - так, за даними асоціативного тесту зазначалося усунення раніше домінуючих в когнітивній сфері хворих негативних переживань. У всіх пацієнтів першої групи, що пройшли курс терапії за розробленою методикою зазначалося повне одужання; протягом року спостереження після терапії, рецидивів захворювання не було, що достовірно відрізнялося від групи порівняння, де рецидиви ендoreактивної депресії були відзначенні в 20% випадках протягом першого року після завершення терапії, в основному це стосувалося пацієнтів, у яких психотравмуюча ситуація, яка виступила триггером депресії, залишалася невирішеною.

Висновки. Таким чином, розроблена методика комбінованої ЕСТ і постиктальної гіпнотерапії довела свою ефективність в лікуванні терапевтично резистентної ендoreактивної депресії і може бути рекомендована для лікування пацієнтів з розглянутою патологією.

Ключові слова **електросудомна терапія, постіктальна гіпнотерапія, фармакорезистентність, ендoreактивна депресія, обсесії.**

Resume

The aim of the study was to determine the effectiveness of our method of treating patients with therapeutically resistant endoreactive depression and obsessive symptomatology - combined electroconvulsive therapy with postictal hypnotherapy.

Materials and methods. On the basis of "OKDN" ZOS, 18 patients with pharmacoresistant endoreactive depression were examined, which were randomized according to the introduced therapeutic tactics into two groups. Patients of the first group - study group ($n = 10$) - were treated by a combined electroconvulsive therapy with post-hypnotherapy. Patients of the second group - comparative group ($n = 8$) - were treated using electroconvulsive therapy without including other treatment. The course of therapy for patients of both groups was 10 sessions at intervals of 2 days. The equipment used: device for ECT (electroconvulsive therapy) «NIVIQURE». All patients underwent the following studies: anamnestic and catamnestic, clinical-psychopathological, pathopsychological. Laboratory and instrumental studies: general blood analysis, general urine analysis, chest X-ray, electroencephalography, magnetic resonance imaging, echo encephalography.

Results. The data on the implementation of the authors approach to combining electroconvulsive therapy with postictal hypnotherapy. All results are confirmed by a history, follow-up, clinical, psychopathological, pathopsychological, clinical neuropsychological, laboratory and supportive counseling related professionals. The study involved patients with depression endoreaktivye that after the intervention has stabilized mental and emotional state and cognitive properties. The algorithm and the basic stages of the procedure. Application postictal hypnotherapy strengthened postrecidive result that catharsis it affirms.

Conclusions. Thus, the developed technique of combined ECT and postictal hypnotherapy has proved effective in treatment of therapeutically resistant endoreactive depression and can be recommended for the treatment of patients with this pathology.

Key words

electroconvulsive therapy, hypnotherapy postictal, drug-resistant, endoreaktivye depression, obsessions.

Терапия расстройств депрессивного спектра является одной из основных проблем современного общества. Не последнюю роль в медико-социальных последствиях депрессии играют её рецидивы, частые случаи регоспитализаций, особенно в ситуациях, когда этиопатогенетические причины депрессии остаются неразрешенными по ряду причин [1 – 3].

Биологические методы лечения депрессии, к которым относится электросудорожная терапия (ЭСТ), издавна зарекомендовали себя как этиопатогенетические – влияющие на базисные компоненты заболевания и способные достичь пролонгированных ремиссий даже в случаях фармакорезистентности [2, 4].

ЭСТ впервые была представлена в 1930-х годах и получила широкое распространение как метод лечения психических заболеваний в 1940-50-х годах. С начала XXI века около 1 млн. больных в год получают ЭСТ при различных заболеваниях. Современная методика ЭСТ – с анестезией и миорелаксацией – позволяет в короткие сроки достичь выраженного улучшения настроения без характерных для классической электросудорожной терапии побочных эффектов [2, 3, 5].

Цель исследования – определить эффективность разработанного нами метода лечения больных с терапевтически резистентной эндореактивной депрессией и обсессивной симптоматикой – комбинированной электросудорожной терапии, сочетанной с постиктальной гипнотерапией.

Материалы и методы исследования. На базе КУ «ОКНД» ЗОС обследовано 18 пациентов с фармакорезистентной эндореактивной депрессией, которые randomизированы согласно внедряемым терапевтическим тактикам на две группы. Пациенты первой группы – группы исследования ($n = 10$) – лечились в соответствии с разработанной сочетанной методикой комбинированной ЭСТ и постиктальной гипнотерапии. Пациентам второй группы – группы сравнения ($n = 8$) – проводились сеансы ЭСТ без сочетания с другими методами лечения.

Продолжительность курса терапии для пациентов обеих групп составляла 10 сеансов с интервалами в 2 суток.

Использованное оборудование: аппарат для ЭСТ (электроконвульсивной терапии) «NIVIQURE» (Nivique Meditech Private Limited. India. Код УКТЗЕД: 9018 90 75 00. Свидетельство о регистрации №8222/2008, 15.10.2008 года).

Всем пациентам проводились следующие исследования.

1. Анамнестическое и катамнестическое – для установления особенностей и условий развития и течения психического расстройства, результатов терапии, перенесенных болезней и хронических заболеваний.
2. Клинико-психопатологическое – для определения наличествующих у пациентов психопатологических феноменов и коморбидных депрессии состояний.
3. Патопсихологическое – для определения предиспонирующих и провоцирующих депрессивных переживаний, факторов, установления медико-психологических особенностей пациентов.

Для квантификации имеющихся психопатологических проявлений использовались следующие психодиагностические методики:

- шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HRDS, M. Hamilton, 1960)
 - для выявления и квантификации депрессивных феноменов;
 - ассоциативный тест (Ф. Е. Рыбаков, 1910) – для определения доминирующих психотравмирующих мыслей и их эмоциональных коррелятов;
 - шкала Йеля-Брауна для обсессивно-компульсивного расстройства (Yele-Braun obsesive-compulsive scale – Y-BOCS, Wayne Goodman et al., 1989) – для определения выраженности коморбидных депрессии обсессивных явлений.
4. Клинико-нейропсихологическое исследование – для определения доминантного полуушария головного мозга для определения способа наложения электродов.
 5. Лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, рентген грудной клетки, электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография, эхо-энцефалография – для исключения противопоказаний для проведения ЭСТ.
 6. Консультации терапевта, невропатолога, окулиста, анестезиолога для исключения противопоказаний для проведения ЭСТ.

Результаты исследования. Уже с первого сеанса пациенты обеих групп отмечали появление приподнятого настроения, становились более активными. Так, в первой группе исследования уровень депрессивных переживаний после первого сеанса достоверно понижался с $37,75 \pm 1,9$ до $7,75 \pm 0,28$ баллов по шкале HRDS, что не имело достоверных отличий от группы сравнения, где уровень депрессивных переживаний после первого сеанса понижался с $36,9 \pm 1,88$ до $8,40 \pm 0,48$ баллов ($p \leq 0.05$).

Однако, в ряде случаев, на фоне улучшающегося настроения, негативные психотравмирующие переживания могли оставаться и выступать фактором рецидива депрессии.

Это объясняется тем, что в генезе эндoreактивной депрессии помимо самого факта эндогенно сниженного настроения, значительную роль играет когнитивный компонент – неприятные мысли и переживания, возникшие как ответ на перенесенную пациентами психотравму.

С целью их коррекции мы разработали сочетанную методику комбинированной электросудорожной терапии и постиктальной гипнотерапии.

Манипуляции, направленные на нивелирование болезненных психотравмирующих переживаний у пациентов с депрессией, которые лечились ЭСТ и постиктальной гипнотерапии, состояли из двух этапов.

Первый этап – за одну минуту перед применением анестезии, пациентам предлагалось сосредоточиться на болезненных переживаниях. Известно, что информация, находящаяся в оперативной памяти незадолго до наркоза, зачастую нивелируется. Данный эффект потенцируется ЭСТ. Это является благотворным для пациентов в случае, если данная информация является психотравмирующей.

Второй этап включал в себя непосредственно сеанс ЭСТ. Сеанс ЭСТ осуществляется врачом-психиатром, анестезия и миорелаксация – врачом анестезиологом-реаниматологом с помощью медицинской сестры (медицинская сестра-анестезист) и младшего медицинского персонала.

На протяжении всего сеанса ЭСТ проводился мониторинг частоты сердечных сокращений, артериального давления, температуры тела, частоты дыхательных движений, сатурации кислорода (SaO_2).

Сеанс ЭСТ состоял из восьми подэтапов.

I подэтап – премедикация. Целью премедикации являлась профилактика неблагоприятных эффектов ЭСТ и наркоза. С этой целью в периферическую вену подключалась система для внутривенной инфузии с физиологическим раствором натрия хлорида 0,9% – 200,0 – 400,0 мл. для внутривенного капельного введения. Производилось парентеральное введение холинолитиков – раствор атропина 0,1% – 0,5 мл. в/в; седативных средств – раствора сибазона 0,5% 2,0 мл. внутримышечно; раствора церукала 2,0 мл. внутривенно медленно (в течение 1 – 2 минут) за 10 минут до ЭСТ.

II подэтап – первая фаза респираторной поддержки. Целью данного подэтапа являлись:

- a) обеспечение следующих фаз респираторной поддержки;
- b) снижение судорожного порога у больного и продолжительности эпилептиформного пароксизма вследствие дополнительной оксигенации.

Для достижения цели проводится подключение аппарата ИВЛ с маской в режиме вспомогательной искусственной вентиляции легких (ДШВЛ) с фракцией вдыхаемого кислорода в газовой смеси (FiO_2) 1,0.

III подэтап – вводный наркоз. Целью подэтапа являлось выключение сознания больного на период возникновения у него миорелаксации и действия электрического тока во время проведения ЭСТ. Для достижения цели проводится краткосрочной неглубокий мононаркоз II – III стадий (снижение уровня биспектрального индекса (BIS) до 45%). Присоединялось парентеральное введение барбитуратов – тиопентала натрия 400 – 450 мг или пропофола 0,75 – 1,5 мг/кг внутривенно медленно к снижению BIS до 45%.

IV подэтап – обеспечение контрольной пробы Гамильтона (манжетовая проба). Целью подэтапа являлось обеспечение визуальной оценки качества, выразительности и длительности моторного компонента эпилептиформного пароксизма.

V подэтап – искусственная миоплегия. Целью подэтапа – достижение миоплегии – исключение характерных для генерализованного судорожного приступа патофизиологических звеньев. Для реализации цели проводилась кратковременная полная миорелаксация на период эпилептиформного пароксизма (1 – 5 мин) посредством парентерального введения деполяризующих миорелаксантов быстрого действия – дитилин от 0,5 – 0,75 мг/кг до 1,0 – 1,7 мг/кг.

VI подэтап – вторая фаза респираторной поддержки. Целями подэтапа являлись:

- a) достижение адекватной оксигенации больного во время миоплегии и эпилептиформного пароксизма;
- b) снижение судорожного порога у больного и продолжительности эпилептиформного пароксизма вследствие гипервентиляции и дополнительной оксигенации.

Начало второй фазы респираторной поддержки совпадало с прекращением у больного самостоятельного дыхания. Аппарат ИВЛ переключался с режима ДШВЛ в режим ИВЛ кислородно-воздушной смесью на период 1,5 – 2 минуты до начала электровоздействия на головной мозг пациента.

VII подэтап – индукция эпилептиформного пароксизма. За 10 – 20 с. до электровоздействия прекращалась респираторная поддержка, проводилось наложение электродов и осуществлялась индукция эпилептиформного пароксизма с помощью электрического разряда. В этот же период осуществлялся мониторинг и оценка пароксизма посредством пробы Гамильтона.

VIII подэтап – третья фаза респираторной поддержки. Во время данного подэтапа после отключения электроконвульсатора восстанавливалась респираторная поддержка на весь период приступа и, при необходимости, постприступного состояния.

Третий этап – в первые минуты после выхода пациентов из наркоза больные были подвержены гипнотическому внушению с разработанными лечебными формулами, направленными на коррекцию психотравмирующих переживаний.

Эффективность гипнотерапии подтверждалась данными ассоциативного теста, согласно которым к концу терапии в когнитивной сфере больных отмечалось нивелирование психотравмирующих переживаний, отсутствие сопряженных с ними эмоциональных коррелятов ($p \leq 0.05$).

У больных обеих групп отмечалось достоверное нивелирование обсессивной симптоматики согласно шкалы Y-BOCS к концу терапии (10 сеансов ЭСТ). Так, в первой группе исследования обсессивно-компульсивные явления имели достоверную тенденцию к снижению от $27,67 \pm 1,41$ баллов перед первым сеансом ЭСТ до $0,33 \pm 0,14$ баллов после 10 сеанса ЭСТ, что достоверно превышало данные группы контроля, где обсессивно-компульсивная симптоматика регressedировала с $27,20 \pm 0,91$ до $1,40 \pm 0,58$ баллов ($p \leq 0.05$).

Выводы. В результате разработанной методики, мы достигали сразу трех терапевтических эффектов:

1. Вследствие ЭСТ настроение пациентов заметно улучшилось уже с первого сеанса;
2. Вследствие ЭСТ, дополненного постиктальной гипнотерапией, отмечалось нивелирование обсессивных явлений более выраженное, чем в случае изолированной ЭСТ;
3. Вследствие дополнения сеансов ЭСТ постиктальной гипнотерапией эффективно нивелировались психотравмирующие переживания, что позволяло избежать рецидива заболевания – так, по данным ассоциативного теста отмечалось устранение ранее доминирующих в когнитивной сфере больных негативных переживаний.

У всех пациентов первой группы, пошедших курс терапии по разработанной методике, отмечалось полное выздоровление; в течении года наблюдения после терапии рецидивов заболевания не было, что достоверно отличалось от группы сравнения, где рецидивы эндороактивной депрессии были отмечены в 20% случаях в течение первого года после завершения терапии, в основном это относилось к пациентам, у которых психотравмирующая ситуация, выступившая триггером депрессии, оставалась не разрешенной.

Таким образом, разработанная методика комбинированной ЭСТ и постиктальной гипнотерапии доказала свою эффективность в лечении терапевтически резистентной эндороактивной депрессии и может быть рекомендована для лечения пациентов с рассматриваемой патологией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Абриталин Е. Ю. Применение электросудорожной терапии при фармакорезистентных депрессивных расстройствах / Е. Ю. Абриталин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – №5 (62). – С. 21 – 24.
2. Лікування психічних розладів методом електросудомної терапії. Методичні рекомендації / Н. О. Марута, В. С. Підкоритов, А. Ю. Павлов [та ін.]. – Х., 2011. – 28 с.
3. Grover S. Use of electroconvulsive therapy in an adolescent with systemic lupus erythematosus for management of depression / S. Grover, K. R. Arya, A. Sharma // J. ECT. – 2013. – №29 (3). – P. 50 – 51.
4. Методи лікування, щостановлять підвищений ризик для здоров'я особи та їх застосування при надання психіатричної допомоги: методичні рекомендації / П. В. Волошин, С. І. Табачніков, О. К. Напрєнко [та ін.]. – Х., 2001. – 18 с.
5. Нельсон А. И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии / А. И. Нельсон. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 368 с.

© A. V. Bessmertnyi, A. G. Lozinina

УДК 159.9.072(075):159.962

A. V. Bessmertnyi, A. G. Lozinina,

TO THE QUESTION OF MODERN PSYCHODIAGNOSTICS AND HYPNOCORRECTION OF PSYCHOGENIC OVEREATING

**О. В. Безсмертний, Г. Г. Лозініна,
ЩОДО ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА ГІПНОКОРЕКЦІЇ
ПСИХОГЕННОГО ПЕРЕЇДАННЯ**

**О. В. Безсмертний, Г. Г. Лозініна,
К ВОПРОСУ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ И ГИПНОКОРРЕКЦИИ
ПСИХОГЕННОГО ПЕРЕЕДАНИЯ**

Російська Психотерапевтична Асоціація (Санкт-Петербург).

Russian Psychotherapy Association (St. Petersburg).

Стаття надійшла до редакції 29.03.2016.

Resume

The article presents a generalized analysis of trends with binge eating disorder in women. The key point's psychodiagnostic and psychocorrection were highlighted. The hypothetical possibility of solving the problem of binge eating disorder using hypnocoercion method was estimated like one of the most effective and short-term interventions. The nuances of the planned study to compare the effectiveness of classical diets, training in the gym with trainer and hypnocoercion are presented. Hypnocoercion is also considered as a way to further progression of patients in sports.

Keywords

binge eating disorder, women, psychodiagnostics, hypnocoercion, psycho-trauma, weight correction, diet, gym.

Резюме

Представлено узагальнений аналіз напрямків роботи з психогенним переїданням у жінок. Розставлено психодіагностичні і психокорекційні акценти. Оцінено гіпотетичні можливості вирішення проблеми психогенного переїдання за допомогою гіпнокорекції як однієї з ефективних і короткосрочкових інтервенцій. Представлено нюанси запланованого дослідження з порівнянням результативності класичних дієт, заняття у спортивному залі з інструктором та гіпнокорекції. Гіпнокорекція також розглядається як спосіб прогресії до подальших занять спортом.

Ключові слова

психогенне переїдання, жінки, психодіагностика, гіпнокорекція, психотравма, корекція ваги, дієти, спортивний зал.

Резюме

Представлен обобщенный анализ направлений работы с психогенным перееданием у женщин. Расставлены психодиагностический и психокоррекционный акценты. Оценены гипотетические возможности решения проблемы психогенного переедания с помощью гипнокоррекции как одной из эффективных и краткосрочных интервенций. Представлены нюансы планируемого исследования по сравнению результативности классических диет, занятий в спортивном зале с инструктором и гипнокоррекции. Гипнокоррекция рассматривается и как способ прогрессии к дальнейшим занятиям спортом.

Ключевые слова

психогенное переедание, женщины, психодиагностика, гипнокоррекция, психотравма, коррекция веса, диеты, спортивный зал.

Questions of phenomenology and eating behavior, characteristics of mental and physical well-being, biopsychosocial, social-psychological and personal qualities as the main markers of phenomenology have a special place in a professional environment. By and large we are talking about the activities of specialists in psychosomatic practice [1]. A specific demonstration of the eating behavior problems [overeating for psychological reasons] – covers a growing number of people in the world [2]. The increase in the number of synonymous concepts psychogenic hyperphagia, psychogenic obesity, compulsive overeating, binge eating, food addiction, etc.) and, as a consequence, approaches to their classification often does not solve the problem. Patients permanently and / or occasionally continue to gain in weight, receiving deep emotional difficulties [3].

Changing the shape and body mass, reinforced by the crisis of food culture, native food behavior is a collective demonstration of motivational imbalance with the direct stress involvement [4].

The human ability to adapt to difficult living conditions allows one to determine the psychological causality of overeating. We can have long and obstinate dispute about healthy nutrition, sports intervention, but unconscious decisions to «comfort eat» are explained by overcoming the psychological conscious defense mechanisms [5]. Food, symbolizing the «rest energy» according to the findings of neuroscientists, and ecology-psychiatrists, plays replacement and at the same moment unstring role in psychotrauma non-consent. The over-eating with a gradual increase in the number of products needed to gain immediate calm and, peace becomes «comfortable» for an individual [6].

Developments and observations in the field of modern hypnotherapy suggest that at some point in life at the system level «instinct – decision – choice», the person changes the way of response to the one that was chosen as the most appropriate in a stressful situation [7]. Very often, the reason for such a choice is irrational and unconscientious, because psychogeny has instinctive nature. On the level of instinct (to run, hide, attack) there is the genesis of formed feelings (soreness, guilt, anger) and as a result the idea that: «in this feeling I find it easier to get calm and to eat well, because in that situation the food brought me salvation...» [7].

Changing the shape and body mass, reinforced by the crisis of food culture, native food behavior is a collective manifestation of motivational imbalance with the direct involvement of stress [4].

So, there is the result of dissociation between the theory of diagnosis and practical effectiveness of used hypnotherapy induction. A lot of patients continue futile visits to doctors, nutritionists, personal trainers, therapeutic exercise specialists, or simply engaged in self-help in the dark. Such attempts to solve the problems of weight mythologize society's attitude to own body and hit the pocket of the desperate visitors of sports clubs of weight loss.

Therefore, the goal is to learn the basic points of view about psychodiagnostics in psychogenic overeating disorders in women and more evidential and, effective methods for their correction, and to plan their own mode of study on their basis.

Results. Women compose the core group of persons with psychogenic overeating are. The modern environment is becoming more and more particular about the appearance [8]. The development of ideas about the so-called «ideal model» oppresses women and throws in a lot of situations in which beauty is identical with the lowest possible weight. Hence the motivation to look accordingly, with the help of diets, physical activity, up to the most sophisticated [9].

International classification of diseases, Tenth revision (ICD – 10) is not full of clarity of the differential diagnosis, subsuming the problem of psychogenic overeating to rubrics about affective mental disorders (F38 – other mood disorders) and hardly defined neurosis (F41.2 – mixed anxiety and depressive disorder, F48.9 – neurotic disorder, unspecified). In case of persistent physiological changes, we can talk about obesity (E66). Most psychiatrists take up the position that psychogenic overeating is a sign of bulimia nervosa, which varies from «extreme» to «deep» [10].

The idea of the comorbidity of anxiety and depressive disorders and overeating is one of the most promising diagnostic concepts.

Thus, E. Getmanchuk has developed psychopathogenesis concept that defines the interaction of psychosocial, psychopathological, individual personal characteristics with subsequent development of individualized psychotherapeutic diagnostics [11].

Modern psychodiagnostics of psychogenic overeating attempts to identify the origins of problems with the application of scales measuring of depression, alexithymia, anxiety, self-esteem, pathoper-

sonology etc. Let's note that most psychometric data assess only psychoemotional state of the second order, which is a consequence of the deeper layers of the psychic disruption [8, 12]. It sets aside the effective correction of causes from scientific evidence. Currently the most accurate results are available in the system of AUDIT-tests for the assessment of food addiction [13].

M. Voronov believes that the main causes of psychogenic overeating positioning of food as love and protection that person does not feel or does not receive; mood corrector; and elaborate mode «on the food habit and / or eating on the run» [5]. These versions just emphasize the instinctive roots of the problem.

In the last decade in Ukraine and in countries of the near abroad appeared info centers of weight correction, the number of which in recent years reached the peak. One of the most ambitious organizations, «Dr. Bormental» (Moscow) [14], has established its branches, online courses and popular literature on weight loss in the territory of the slavo-lingual population. Today the consumer of these services may choose any course for acceptable price. However, arises the question about the long lasting effect and duration of services provided [15].

If we turn to the background of overweight therapy issue and to follow its logic, we are faced with an abundance of techniques and practices. Among them we may find a different mix of diets, change of lifestyle and thinking, worldview, behavior, fasting, sporting events, and also motivation techniques of the subject to achieve the goal [12, 16]. Most written programs of weight correction contains hypnotic techniques as address to the problem of the person through suggestion and cognition [9].

Hypnosis is an ancient way of the assistance to people of various ailments and situational problems [17 – 19]. It has the most reasonable sanogenic factors. Its effect is felt internally and can be noticed by objective results [20]. Direct and supportive use of hypnosis is available to professionals working with overeating and obesity [20]. Almost all existing at the moment weight correction ways, one way or another, involve the levels of activity of consciousness, its variability [9].

Classic (legislative) approaches of hypnotherapy currently losing its relevance in working with psychogenic overeating [19]. This is due to the loss of specialists continuity, commercial and, non-traditional practices flow. Such atomization, lack of psychopathology and mythologization of ideas about the problem among the population does not allow enriching of the psycho-market for persons with psychogenic overeating with the help of scientific evidence-based effective methods [7, 19, 21, 22].

Correction methods of P. Tsai, M. Ginsburg, B. Ivnev, V. Evtushenko, D. Elman gained a reputation in the practice [6, 16 – 18, 20, 23]. Real and incomplete requests lay the conditions, before the specialist in which it is necessary to develop an arsenal of evidence-based psychological support. Hypnotherapy needs the practice consolidation on editing of life experience in case of overeating, where «...hypnosis is a state / mood», in which this is available for a shorter period of time [7, 19].

We hardly found works which described the features of psychological assistance to persons with psychogenic overeating on the basis of the analysis of family relationships. Considering the influence of family education on the shaping of future eating behavior, we assume that it is a direct indication for the development of psychodiagnostic activities prior to hypnotherapy [12, 24, 25].

Conclusions. In connection with the above, we offer study in the field of competence of medical psychology, allowing to prove the fact that no prescribed diet, no exercise in psychogenic overeating will not solve the problem of overweight as it can be implemented with the help of psychodiagnostic system (diagnostic module) and the modification (of D. Elman, C. Bunyan, V. Makulov) hypnotherapy induction (correction module).

The study planned to examine and observe over 600 women aged from 20 to 40 years with classic diets, exercises in the gym, and traditional group sessions with a psychologist, as well as our author's intervention. On the background of the comparative analysis of individual psychological, family characteristics, it is planned to show how causal and diagnostic module follow-up study of psychological trauma 3-tier method [7] effectively separate mono-diet and exercise.

The hypothesis of the research will improve effectiveness in the fight against psychogenic overeating in the selection and development of copyright psychodiagnostic methods / practices most congruent to implement hypnotherapy. The results will help to inform the evidence base for approach to the problem of psychogenic overeating.

The main and connecting focus of the planned study is: the resolution of psychotrauma within a short time (1 to 5 days); the substitution of «jamming» and the progression towards training the body in the gym (in the dynamics established for the period from 5 months to 2 to 3 years).

RefeRences:

1. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
2. Хамер Р. Г. Научная карта Германской Новой Медицины / Пер. с англ. О. Матвеева / Р. Г. Хамер. – М.: Белые альвы, 2012. – 164 с.
3. Гетманчук Е. И. Клиника и коморбидность психических расстройств при переедании, связанном с другими психологическими расстройствами / Е. И. Гетманчук // Таврический журнал психиатрии. – 2006. – Т. 10, №4. – С. 40 – 46.
4. Тик Н. Х. Осознанное питание – осознанная жизнь / Пер. с англ. / Н. Х Тик, Л. Чанг. – М.: ООО Издательство «София», 2012. – 192 с.
5. Воронов М. В. Психосоматика: практическое руководство / М. В. Воронов. – К.: Ніка-Центр, 2002. – 256 с.
6. Евтушенко В. Г. Методы современной гипнотерапии / В. Г. Евтушенко. – М.: Психотерапия, 2010. – 384 с.
7. <https://makulov.com/>
8. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения / И. Г. Малкина-Пых – М.: Эксмо, 2007. – 1040 с.
9. Михайлов Б. В. Використання психотерапії в комплексному лікуванні ожиріння: методичні рекомендації / Б. В. Михайлов, Т. М. Гумницька. – Х.: ХМАПО, 2002. – 39 с.
10. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств: карманный справочник / Н. Сарториус; пер. с англ. – К.: Сфера, 2002. – 104 с.
11. Гетманчук Е. І. Концепція психопатогенезу психогенної гіперфагії / Е. І. Гетманчук // Психічне здоров'я. – 2012. – Вип. 2 (35). – С. 15 – 19.
12. Беляєва О. Е. Модель медико-психологічного супроводу підлітків з ожирінням / О. Е. Беляєва, М. В. Маркова // Медицинская психология. – 2014. – №1 (33), Т. 9. – С. 62 – 67.
13. Тест для виявлення розладів, пов'язаних із вживанням їжі (Food Use Disorders Identification Test – FOOD-UDIT) / І. В. Лінський, О. І. Мінко, А. П. Артемчук [та ін.]. – Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №29681; дата реєстрації: 27.07.2009 року.
14. Кондрашов А. В. Диета Доктор Борменталь / А. В. Кондрашов. – М.: ACT, 2008. – 34 с.
15. Линн С. Основы клинического гипноза: доказательно-обоснованный подход / Пер. с англ. Г. Бутенко / С. Линн, И. Киш. – М.: Психотерапия, 2011. – 352 с.
16. Гинзбург М. М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения / М. М. Гинзбург, Г. С. Ко-зуписа, Г. П. Котельников. – С.: Изд. Самарского Госмединиверситета, 1997. – 48 с.
17. Гипноз в медицине. История и современность / Б. Б. Ивнев, В. А. Абрамов, С. И. Табачников [и соавт.] // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2013. – Т. 6, №1 (19). – С. 8 – 12.
18. Elman D. Hypnotherapy / D. Elman. – CA: Westwood Publishing Co. Glendale, 1984. – 354 р.
19. <http://classicalhypnosis.ru/>
20. Цай П. А. Комплексная немедикаментозная терапия алиментарного ожирения / П. А. Цай // Врачебная практика. – 2005. – № 1. – С. 96 – 98.
21. Психотерапия в клинической практике / И. З. Вельтовский, Н. К. Липгарт, Е. М. Багалей [и др.]. – К.: Здоров'я, 1984. – 160 с.
22. Kenyon C. Clinical hypnosis for labour and birth: a consideration / C. Kenyon // Pract. Midwife. – 2013. – Vol. 16. – P. 10 – 13.
23. Элман Д. Гипнотерапия / Пер. с англ. М. А. Печеницыной, Е. В. Бараховой / Д. Элман. – М.: Психотерапия, 2014. – 313 с.
24. Избранные научные труды профессора В. В. Криштала / Под ред. проф. Е. В. Криштала / Талант Трейдинг, 2011. – 130 с.
25. Кришталь Е. В. Секспатологія: підручник / Е. В. Кришталь, Б. М. Ворнік. – К.: «Медицина», 2014. – 544 с.

© К.В. Аймедов, В.Д. Фучеджі

УДК 34:159.9(075.8)

К.В. Аймедов, В.Д. Фучеджі,

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОБМЕЖЕННЯ ДІЄЗДАТНОСТІ ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ

К.В. Аймедов, В.Д. Фучеджі

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОГРАНИЧЕННЯ ДЕЕСПОСОБНОСТІ ФІЗИЧЕСКИХ ЛІЦ

K.V. Aymedov, V.D. Fuchedzhi

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF LIMITATIONS CAPACITY OF NATURAL PERSONS

Одеський національний медичний університет,
кафедра соціальної допомоги, загальної та медичної психології.

Odessa national medical university,
department social helping, general and medical psychology.

Стаття надійшла до редакції 9.03.2016.

Резюме

Розглянуто питання, пов’язані із психологічними аспектами визначення дієздатності фізичної особи. Акцентується увага на специфіці обмеження дієздатності фізичної особи та визначені психологочної сутності обмеження дієздатності.

Ключові слова

дієздатність фізичної особи, зміст дієздатності, психологочна складова дієздатності, обмеження дієздатності фізичної особи.

Резюме

Рассматриваются вопросы, связанные с психологическими аспектами определения дееспособности физического лица. Акцентируется внимание на специфике ограничения дееспособности физического лица, а также установлении психологических особенностей ограничения дееспособности.

Ключевые слова

дееспособность физического лица, содержание дееспособности, психологочная составляющая дееспособности, ограничения дееспособности физического лица.

Resume

This article issues related to the psychological aspects of the definition of legal capacity of an individual person was discussed. The attention is focused on the specific constraints of legal capacity of an individual person, as well as setting the psychological characteristics of limited capacity.

Keywords

individual capacity, content capacity, the psychological component of capacity, capacity of limitation of an individual.

Цілком закономірним є той факт, що дієздатність – це юридична категорія, але є не природним правом людини, а наданим їй в силу закону. Значення категорії дієздатності полягає в тому, що дієздатність юридично забезпечує активну участь особи у цивільному обороті, реалізації її майнових та особистих немайнових прав. Цивільне законодавство розрізняє декілька різновидів дієздатності, залежно від віку особи та її психічного стану, оскільки при здійсненні цивільних прав та обов’язків особа повинна розуміти значення та можливі наслідки своїх дій. Цивільну дієздатність має фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними. Дієздатність є невідчужуваною від особи, її обсяг встановлюється і може бути обмежений виключно у випадках і в порядку, встановлених законом. Примусове обмеження дієздатності можливе лише за рішенням суду у випадках, встановлених законом.

Саме тому, психологічна специфіка змісту дієздатності фізичної особи, а також підстав для її обмеження викликає науковий інтерес, як з теоретичної точки зору, так і в практичній площині.

Метою даної статті є встановлення на підставі аналізу психологічних аспектів та норм законодавства особливостей змісту та порядку обмеження дієздатності фізичної особи.

Необхідно зазначити, що дієздатність є об'єктом наукових досліджень представників різних наукових течій. Проте, не дивлячись на обсяг наукових пошуків та важливість проблематики, актуальним залишається питання щодо визначення психологічної сутності обмеження дієздатності, що надасть можливість в повній мірі сформувати єдиний підхід до визначення дієздатності та її змісту. Вказаная категорія має міждисциплінарне значення, тому з метою забезпечення достовірності дослідження її психологічного розуміння необхідно опрацювати як загальнотеоретичні, так і окремі галузеві спроби її визначення. О.С. Іоффе під дієздатністю розумів здатність реалізовувати права та обов'язки [1]. А.А. Алексеєв наводив схоже визначення, додаючи, що це – здатність самостійно, влас- ними, усвідомленими діями реалізовувати права та обов'язки [2]. Більш узагальнене визначення давав О.А. Красавчиков: дієздатність – це здатність реалізації суб'єктом його правозадатності своїми діями [3]. З часом, розвиток законодавства обумовлював поступову зміну підходів до розуміння по-няття дієздатності. Л.Г. Кузнецова запропонувала до змісту дієздатності включити такі складові: здат-ність набувати права і створювати для себе обов'язки, здатність реалізовувати своїми діями належні особі права і виконувати обов'язки, здатність своїми діями припиняти права та обов'язки [4]. М.В. Вітрук зазначає, що суб'єктом права може бути людина, котра володіє відносно вільною волею, тобто здатністю усвідомлювати свої дії і керувати ними [5]. С.Н. Братусь наголошує, що дієздатність передбачає наявність волі у психологічному сенсі [6]. С.І. Архипов, дослідуючи дієздатність фізич- них осіб, наголосив: «Найбільш значимим критерієм визначення дієздатності суб'єктів права, що характеризує головний момент, саму сутність суб'єкта права як його творця, на наш погляд, є вольовий критерій. Зрілість волі, її готовність приймати правові рішення визначає правову особу як учасника правової комунікації, правових відносин та правової діяльності. Саме правова воля визначає особу як суб'єкта права» [7].

Психологічна складова дієздатності полягає у здатності особи усвідомлювати соціально-правовий характер, значення та наслідки своїх дій і вільно керувати ними – здійсненні вольової діяльності. Вона є базовою по відношенню до юридичного змісту дієздатності, оскільки обумовлює його виникнення, зміну чи припинення. Дієздатність зв'язується із якістю психомоторної діяльності і зокрема з психічним станом людини, що робить вкрай важливим знання її психологічних особливостей. Лише здатна усвідомлювати значення своїх дій людина може належним чином здійснювати свої права та виконувати взяті юридичні обов'язки. Здатність адекватно оцінювати певну ситуацію та можливий за нею юридичний факт, також залежить від простого життєвого досвіду, який здобувається з віком та станом психічного здоров'я. Отже дієздатність залежить від інтелектуальних здат-ностей людини: моделювати цю поведінку, передбачати її правові наслідки, адекватними засобами виявляти і оформляти волевиявлення.

За такої моделі у дієздатності просліджується декілька моментів:

- евристичний – здатність усвідомлювати значення своїх дій через наявність певних навиків, знань та досвіду;
- психологічний – здатність керувати своїми діями;
- юридичний – здатність набувати суб'єктивних прав та юридичних обов'язків.

Таким чином, дієздатністю фізичної особи є її здатність своїми діями набувати для себе прав і самостійно їх здійснювати, а також здатність своїми діями створювати для себе обов'язки, самостійно їх виконувати та нести відповідальність у разі невиконання. Представлене визначення дає можливість виділити окремі елементи дієздатності:

- здатність фізичної особи своїми діями набувати права і створювати обов'язки. Мова йде про набуття як суб'єктивних прав та юридичних обов'язків, так і відповідних правових статусів;
- здатність самостійно здійснювати права та виконувати обов'язки;
- здатність своїми діями розпоряджатися належними особі правами;
- здатність відповідати за порушення юридичних обов'язків.

Як і правозадатність, дієздатність за загальним правилом є рівною для умовно рівних за здатністю усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними фізичних осіб. Обсяг дієздатності фізичної особи може бути обмежений виключно у випадках і в порядку встановлених законом. щодо змісту

дієздатності, то він при повній дієздатності максимально наближується до змісту правоздатності. Але, беручи до уваги той факт, що у реальному житті кожна людина індивідуальна і має свій власний обсяг духовних та фізичних ресурсів, абстрактна можливість до правомочності не може збігтися з реально наявними правами і обов'язками. Крім того, принцип розумності здійснення своїх прав, за- вжди є стримуючим фактором.

Таким чином, права і обов'язки та можливість їх набувати повинні будуватися на засадах розумності, справедливості і доцільності. А якщо особа зловживає можливістю створювати для себе права і обов'язки, внаслідок чого потерпає сама або її близкі, законодавство містить дієві засоби повернути таку особу в межі правомірної поведінки. Зокрема, це досягається за допомогою інституту обмеження дієздатності. Як вказано у постанові Пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про визнання громадянина обмежено дієздатним чи недієздатним» від 28 березня 1972 р. обмеження громадянина у дієздатності спрямовано на посилення боротьби з пияцтвом та зловживанням наркотичними речовинами. Це має велике значення для збереження генофонду народу України.

Сучасне цивільне законодавство України розширило і конкретизувало інститут обмеження у цивільній дієздатності, порядок і наслідки такого кроку, порядок відновлення повної дієздатності. Згідно ст. 36 Цивільного Кодексу України, суд може обмежити цивільну дієздатність фізичної особи, якщо вона страждає на психічний розлад, який суттєво впливає на її здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними. Це стосується осіб, які хворіють психічною хворобою, наприклад, тяжкими формами шизофренії, олігофренії. В даному контексті дуже важливим видіється медичний критерій доцільності визнання особи обмежено дієздатною. З медичної точки зору в основі обмеження дієздатності осіб, які страждають алкоголізмом або наркоманією, лежить психічна і фізична залежність від алкоголю і наркотичних речовин, яка обмежує їх здатність керувати своїми діями. що стосується юридичного критерію – здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними, то він оцінюється судом, виходячи із представлених доказів.

Суд може обмежити цивільну дієздатність фізичної особи, якщо вона зловживає спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами тощо, і тим ставить себе чи свою сім'ю, а також інших осіб, яких вона за законом зобов'язана утримувати, у скрутне матеріальне становище. В даному випадку підставами для обмеження у цивільній дієздатності є: факт зловживання спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами. Під зловживанням слід розуміти систематичне пияцтво, а також надмірне вживання алкоголю, що означає залежність людини від алкоголю – хворобу, або відсутність помірності при вживанні алкоголю та відсутність культури вживання алкогольних напоїв. Є випадки ускладнення хворобливого стану, коли людина внаслідок вживання алкоголю поводить себе агресивно або схильна до буйства. Досить дискусійним залишається питання про надмірне вживання наркотиків [8]. Беручи до уваги однозначну позицію законодавства щодо заборони прийняття наркотичних засобів, в даному випадку мову треба вести в контексті саме немедичного приймання наркотиків – придбання з порушенням встановленого законом порядку, вживання без рецепту лікаря. Стосовно токсичних речовин позиція однозначна – будь-яке їх внутрішнє чи зовнішнє вживання повинно оцінюватись як протизаконне.

Виходячи з практики судово-психіатричної експертизи, на основі вивчення і аналізу понад 40 експертних випадків по цивільних справах, крім передбаченого діючим законодавством обмеження дієздатності, таке ж обмеження як здатності керувати своїми діями, так і в повній мірі усвідомлювати їх, притаманне й низці психічних захворювань непсихотичного характеру. В цих випадках така медична передумова обмеження дієздатності виявляється не тільки в самостійному виді як нездатність в повному обсязі оцінити значення і наслідки угоди, що здійснюється, але і як передумова для виникнення омані. Це стосується в першу чергу осіб похилого віку з психічними порушеннями судинного і іншого генезу, осіб з психічними розладами внаслідок тяжких соматичних захворювань в їх термінальній стадії і деяких інших осіб з непсихотичними психічними розладами [9]. На нашу думку, вищевказані категорії громадян могли б визнаватися судом обмежено дієздатними на підставі висновку судово-психіатричної експертизи при здійсненні ними угод по розпорядженню власністю, майном, які торкаються інтересів як самого громадянина, так і його родичів, з встановленням над такими особами піклування.

Порядок обмеження цивільної дієздатності фізичної особи встановлюється Цивільним процесуальним кодексом України [10]. Цивільна дієздатність фізичної особи є обмеженою з моменту набрання законної сили рішенням суду про це. Не менш важливим для інституту обмеження цивільної дієздатності є встановлення у ст. 37 Цивільного Кодексу України правових наслідків цього матеріально-процесуального інституту [11]. Вони полягають у наступному:

1. Над фізичною особою, цивільна дієздатність якої обмежена, встановлюється піклування. Таким чином досягається підконтрольність обмеженого у цивільній дієздатності. Вже сам факт такого заходу має запобіжне та виховне значення і є стримуючим фактором для подальшої деградації особистості. Зазвичай піклувальниками призначаються близькі до неї авторитетні особи.

2. Фізична особа, цивільна дієздатність якої обмежена, може самостійно вчиняти лише дрібні побутові правочини. Основний недолік в тому що полягає, що деградовані особи придобувають спиртні напої низької, сумнівної якості і поза легальними формами та місцями їх збуту. Деякі угоди можуть вписуватися у ознаки дрібної побутової, наприклад, придбання пива. Це не є достатнім засобом для профілактики, так званого, пивного алкоголізму.

3. Правочини щодо розпорядження майном та інші правочини, що виходять за межі дрібних побутових, вчиняються особою, цивільна дієздатність якої обмежена, за згодою піклувальника. Такий захід спрямовано на унеможливлення промтування майна на придбання спиртних напоїв, наркотичних засобів, токсичних речовин тощо. Разом з тим, за умови розумності розпорядження майном та учинення інших правочинів відмова піклувальника дати згоду на вчинення правочинів, що виходять за межі дрібних побутових, може бути оскаржена особою, цивільна дієздатність якої обмежена, до органу опіки та піклування або суду.

4. Одержання заробітку, пенсії, стипендії, інших доходів особи, цивільна дієздатність якої обмежена, та розпорядження ними здійснюються піклувальником. Основне спрямування цього заходу унеможливити або різко обмежити легальні шляхи отримання коштів на придбання спиртних напоїв, наркотичних засобів, токсичних речовин, тощо. Якщо підстави для такого обмеження відпали, піклувальник може письмово дозволити фізичній особі, цивільна дієздатність якої обмежена, самостійно одержувати заробіток, пенсію, стипендію, інші доходи та розпоряджується ними.

5. Разом з тим, обмежена у цивільній дієздатності особа самостійно несе відповідальність за порушення нею договору, укладеного за згодою піклувальника, та за шкоду, що завдана нею іншій особі. Іншими словами, за такою особою у повному обсязі зберігається деліктоздатність. Такий захід видається виправданим спираючись на завдання інституту обмеження цивільної дієздатності, що стосується поновлення цивільної дієздатності, то даний факт ставиться у залежність від зникнення підстав для обмеження у ній. Так, згідно ст. 38 Цивільного Кодексу України у разі видужання фізичної особи, цивільна дієздатність якої була обмежена, або такого поліпшення її психічного стану, який відновив у повному обсязі її здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними, суд поновлює її цивільну дієздатність [12]. Відповідно, у разі припинення фізичною особою зловживання спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами тощо, суд поновлює її цивільну дієздатність. У такому разі рішення суду про визнання громадянина обмежено дієздатним скасовується. Відповідно й піклування, встановлене над фізичною особою, припиняється на підставі рішення суду про поновлення цивільної дієздатності.

Враховуючи вищезазначене, необхідно акцентувати увагу на тому, що дієздатність – це здатність громадянина своїми діями здобувати громадянські права і створювати для себе громадянські обов'язки. Вона виникає у повному обсязі з настанням повноліття. Обсяг поняття включає в себе всі правові відношення, в які може вступати фізична особа, що досягла психічної зрілості, здатна свідомо вести справи та усвідомлювати значення своїх дій. Дієздатність пов'язана, з одного боку, з віковою зрілістю, а з другого – з психічним станом особи, який забезпечує її здатність усвідомлювати свої дії і керувати ними. Таким чином доходимо трьох важливих висновків: а) дієздатність є здатністю самостійно вчинювати юридично-значимі вольові дії; б) вона обумовлюється станом волі суб'єкта права та законодавством; в) дієздатність не є абсолютно-необхідною умовою для зміни у правовому статусі суб'єкта права.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Иоффе О. С. Вопросы теории права / О. С. Иоффе, М. Д. Шаргородский. – М.: Юридическая литература, 1961. – 378 с.
2. Алексеев С. С. Общая теория права: В 2-х т. / С. С. Алексеев. – М.: Юрид. Лит., 1982– Т. 2. – 361 с.
3. Красавчиков О. А. Юридические факты в советском гражданском праве / О. А. Красавчиков. – М.: Гос. изд-во юрид. литературы, 1958. – 183 с.
4. Кузнецова Л. Г. Развитие института дееспособности граждан в новом гражданском законодательстве / Л. Г. Кузнецова // Правоведение. – №4. – 1965. – 265 с.
5. Витрук Н. В. Основы теории правового положения личности в социалистическом обществе / Н. В. Витрук. – М.: Наука, 1979. – 229 с.
6. Братусь С. Н. Юридические лица в советском гражданском праве. Ученые труды вып. XII. / С. Н. Братусь. – М.: Юрид. изд-во МЮ СССР, 1947. – 363 с.
7. Архипов С. И. Субъект права (теоретическое исследование). Дис. д. юр. н. / С. И. Архипов. – Екатеринбург: Уральская государственная юридическая академия, 2005. – 522 с.
8. Цивільне право України: Загальна частина: [підруч.] / І. А. Бірюков, О. Ю. Заіка, С. С. Бичкова; за ред. І. А. Бірюкова, О. Ю. Заіки. – 3-тє вид., змін. та доп. – К.: Алерта, 2014. – 510 с.
9. Ілейко В. Р. Дієзданність, обмежена дієзданність – деякі аспекти проблеми / В. Р. Ілейко // Український вісник психоневрології. – 1996. – Т. 4, вип. 4. – С. 100 – 102.
10. Цивільний процесуальний кодекс України від 18.03.2004 року (із змінами та доповненнями) // Офіційний вісник України. – 2015.
11. Цивільний кодекс України: наук.-практ. комент. / за ред. І. В. Спасибо-Фатєєвої. – Х.: Страйд: ФО-П Лисяк Л. С., 2012 – 2013. – (Серія «Коментарі та аналітика»).
12. Цивільний кодекс України (науково-практичний коментар): у 2-х т.; за ред. О. В. Дзери (кер. авт. кол.), Н. С. Кузнецової, В. В. Луця. – 5-е вид. перероб і доп.; К., 2013. – 832 с.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ И ЕЁ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ

К. В. Аймедов, Б. А. Лобасюк,

ВЗАЄМОВІДНОСИНІ ВЛАСТИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ ТА ЇЇ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ

K. V. Aymedov, B. A. Lobasyuk,

RELATIONS PROPERTIES AND PERSONALITY ITS VALUE ORIENTATIONS

Одесский национальный медицинский университет,
кафедра социальной помощи, общей и медицинской психологии.

*Odessa national medical university,
department social helping, general and medical psychology.*

Статья поступила в редакцию 24.03.2016.

Резюме

Раскрывается проблема структурного строения и регуляционных функций ценностных ориентаций. Анализ их структуры включает соотношение смыслообразующей и стимулирующей функций, содержательной и динамической сторон, текущих и перспективных смысловых образований. Проблема личностных смыслов, их образования, взаимодействия между собой – одна из наиболее интересных в психологии и привлекающих внимание исследователей самых разных школ и направлений, где личностные ценности играют важнейшую роль в саморегуляции субъекта, активно относящегося к внешнему и внутреннему миру.

Ключевые слова

личность, свойства личности, ценностные ориентации.

Резюме

Розкривається проблема структурної будови і регуляційних функцій ціннісних орієнтацій. Аналіз їх структури включає співвідношення змістотворчих і стимулюючої функцій, змістової та динамічної сторін, поточних і перспективних смыслових утворень. Проблема особистісних смыслів, їх утворення, взаємодії між собою – одна з найцікавіших у психології і привертає увагу дослідників найрізноманітніших шкіл і напрямків, де особистісні цінності відіграють найважливішу роль у саморегуляції суб'єкта, активно співвідноситься із зовнішнім і внутрішнім світом.

Ключові слова

особистість, властивості особистості, ціннісні орієнтації.

Resume

This article deals with the problem of structural and regulatory functions and value orientations. The analysis includes the correlation between their structure and sense-stimulating functions, the content and the dynamic sides, the current and prospective semantic characteristics. The problem of personal meanings, their education, the interaction between them is one of the most interesting in psychology areas attracting the attention of researchers in different schools where personal values play an important role in self-regulation of the subject, actively relating to the internal and external world.

Keywords

personality, personality traits, values.

Завершившийся ХХ век вывел проблему осмысления ценностей человеческого бытия на первый план научного познания, ознаменовав тем самым современный, аксиологический, этап развития науки [1, 2].

В некоторых работах под ценностями понимают значимость предметов, средство удовлетворения потребностей человека, иногда интерпретируют ценности как идеалы, высшие цели личности [3, 4].

В концепциях В. П. Тугаринова и О. Г. Дробницкого ценности определяются и как значимость, и как идеал одновременно. По мнению В. П. Тугаринова, значимость ценностей опосредована ориентацией человека на других людей, на общество в целом, на существующие в нем идеалы, представления и нормы. Отдельный человек может пользоваться лишь теми ценностями, которые имеются в обществе, поэтому ценности жизни отдельного человека в основе своей являются ценностями окружающей его общественной жизни [5, 6].

Одной из важнейших проблем современной философии, социологических и психологических исследований является проблема структурного строения и регуляционных функций ценностных ориентаций. Анализ их структуры включает соотношение смыслообразующей и стимулирующей функций, содержательной и динамической сторон, текущих и перспективных смысловых образований.

Проблема личностных смыслов, их образования, взаимодействия между собой – одна из наиболее интересных в психологии и привлекающих внимание исследователей самых разных школ и направлений, где личностные ценности играют важнейшую роль в саморегуляции субъекта, активно относящегося к внешнему и внутреннему миру [7, 8]. Обращаясь к смыслообразующим структурам более высокого иерархического ранга – личностным ценностям, В.В. Столин (1983) включает эмоционально-ценостное отношение в план самосознания личности [9]. Смысловые образования существуют не только в осознаваемой, но часто и в неосознаваемой форме, образуют, по выражению Л. С. Выготского, «утаенный» план сознания. Уяснение человеком смысла того или иного отношения к миру не дается ему прямо и автоматически, но требует сложной и специфической внутренней деятельности, оценивания своей жизни, решения особой «задачи на смысл», возникающей только на известной ступени развития сознания [4, 10].

Ценостные ориентации являются важнейшими элементами внутренней структуры личности, закрепленные жизненным опытом индивида, всей совокупностью его переживаний и ограничивающие значимое, существенное для данного человека от незначительного, несущественного.

Ценности и ценностные ориентации человека всегда являлись одним из наиболее важных объектов исследования философии, этики, социологии и психологии на всех этапах их становления и развития как отдельных отраслей знания. Г. П. Выжлецов, описывая онтологический, гносеологический и собственно аксиологический этапы развития философии, выделяет для каждого из них основные ценности и идеалы – благо, счастье и духовную свободу [9].

Особый интерес представляет проблема изучения взаимоотношений свойств личности и её ценностных ориентаций. Эта проблема приобретает особую актуальность в отношении большой личности, в частности, аддиктивно-ориентированной.

Актуальность рассматриваемой проблемы определяется, наличием противостояния между современными социальными условиями, предъявляющими особые требования к формированию системы ценностных ориентаций личности, и недостаточной изученностью психологических факторов и механизмов ее развития, а также слабой разработанностью конкретных приемов соответствующего целенаправленного воздействия.

Опросник Кеттелла является многомерной методикой, оценивающей свойства нормальной личности, он описывает личностную структуру человека, выявляет личностные проблемы, помогает найти коррекционные механизмы для решения личностных проблем.

Система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу её отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самой, основу мировоззрения и ядро мотивации жизненной активности, основу жизненной концепции и «философии жизни». Ценостные ориентации выявляются использованием Методики «Ценностных ориентаций» М. Рокича.

Представляло интерес изучить взаимоотношения свойств личности, определенных использованием теста Кеттелла и системы ценностных ориентаций определяемых использованием теста Рокича в условиях нормальной личности и у личности страдающей аддикциями – алкоголиков и лудоманов, использованием множественного корреляционного и регрессионного методов анализа и теории графов.

В исследовании приняли участие 665 человек. Из них психически здоровых 78 человек, страдающих алкоголизмом – 114 человек и страдающих лудоманией – 473 человека.

Методы исследования: тест Кеттлера и тест Рокича. Опросник Кеттлера является одним из наиболее распространенных анкетных методов оценки индивидуально-психологических особенностей личности, как за рубежом, так и у нас в стране. Он разработан по руководством Р.Б. Кеттлера и предназначен для написания широкой сферы индивидуально-личностных отношений. Отличительной чертой данного опросника является его ориентация на выявление относительно независимых 16 факторов (шкал, первичных черт) личности. Данное их качество было выявлено с помощью факторного анализа из наибольшего числа поверхностных черт личности, выделенных первоначально Кеттлером. Каждый фактор образует несколько поверхностных черт, объединенных вокруг одной центральной черты.

Результаты применения данной методики позволяют определить психологическое своеобразие основных подструктур темперамента и характера. Причём каждый фактор содержит не только качественную и количественную оценку внутренней природы человека, но и включает в себя ее характеристику со стороны межличностных отношений.

- I. Фактор «А» (ориентирован на определение степени общительности человека в группе)
«–» «Шизотимия» «+» «Аффектотимия»
- II. Фактор «В» «–» «Низкий интеллект» «+» «Высокий интеллект»
- III. Фактор «С» «–» «Слабость Я» «+» «Сила Я»
- IV. Фактор «Е» «–» «Конформность» «+» «Доминантность»
- V. Фактор «F» «–» «Сдержанность» «+» «Экспрессивность»
- VI. Фактор «G» «–» «Низкое супер-эго» «+» «Высокое супер-эго»
- VII. Фактор «H» «–» «Тректия» «+» «Пармия»
- VIII. Фактор «I» «–» «Харрия» «+» «Премсия»
- IX. Фактор «L» «–» «Алаксия» «+» «Протенсия»
- X. Фактор «M» «–» «Праксерния» «+» «Аутия»
- XI. Фактор «N» «–» «Прямолинейность» «+» «Дипломатичность»
- XII. Фактор «O» «–» «Гипертиmia» «+» «Гипотимия»
- XIII. Фактор «Q1» «–» «Консерватизм» «+» «Радикализм»
- XIV. Фактор «Q2» «–» «Зависимость от группы» «+» «Самодостаточность»
- XV. Фактор «Q3» «–» «Низкое самомнение» «+» «Высокое самомнение»
- XVI. Фактор «Q4» «–» «Низкая эго-напряжённость» «+» «Высокая эго-напряжённость».

Система ценностных ориентации определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самой, основу мировоззрения и ядро мотивации жизнедеятельности, основу жизненной концепции и «философии жизни». Наиболее распространенной в настоящее время является методика изучения ценностных ориентации М. Рокича, основанная на прямом ранжировании списка ценностей. М. Рокич различает 2 класса ценностей: терминальные – убеждения в том, что конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться; инструментальные – убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации. Это деление соответствует традиционному делению на ценности-цели и ценности-средства. Полученные результаты обрабатывали с помощью пакета «Statistica 5.0». Различия показателей отслеживали, используя вычисление коэффициентов соотношения и их погрешностей. Иерархию ценностей исследовали использованием кластерного анализа методом k-средних.

Отношения, формирующиеся между показателями тестов, исследовали использованием множественной линейной регрессии и корреляции. Уровни статистической значимости были приняты в пределах $P < 0,05$ и $P < 0,1$.

Для формирования математических моделей каждый из показателей множества избранных в анализ показателей рассматривали в качестве целевого признака (Y -ов), а остальные показатели рассматривали в качестве влияющих переменных (множества X -ов) и методом множественной линейной регрессии определяли ориентированные влияния. В результате использованной процедуры получали уравнения множественной линейной регрессии вида:

$$Y' = a_0 + b_1X_1 + b_2X_2 \dots + \dots + b_nX_n + e,$$

где a_0 – свободный член; коэффициенты $b_1, b_2 \dots b_n$ – показатели регрессии, отражающие меру влияния на анализируемый показатель остальных элементов множества, $x_1, x_2 \dots x_n$ показателей.

Адекватность коэффициентов регрессии оценивалась использованием сигмальных отклонений коэффициентов регрессии, а эффективность регрессии в целом оценивалась с помощью вычисления коэффициента множественной корреляции (Дж. Б. Мангейм, Р. К. Рич, 1997). Геометрически уравнения множественной линейной регрессии интерпретировались с помощью полиномиальных мультиграфов (А. А. Зыков, 1987).

В группе здоровых обследованных лиц, наиболее высокие проценты избрания респондентами ценностных ориентаций были выявлены в отношении: непримиримости к недостаткам в себе и других – $17,95 \pm 4,34\%$; уверенности в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений) – $16,67 \pm 4,22\%$; аккуратности (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах – $16,67 \pm 4,22\%$; высоких запросов (высокие требования к жизни и высокие притязания) – $15,8 \pm 4,09\%$.

В группе лиц, страдающих алкоголизмом, наиболее высокие проценты избрания респондентами ценностных ориентаций были выявлены в отношении: активной деятельной жизни (полнота и эмоциональная насыщенность жизни) – $28,95 \pm 4,25\%$; уверенности в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений) – $21,05 \pm 3,82\%$; воспитанности (хорошие манеры) – $17,54 \pm 3,56\%$; образованности (широта знаний, высокая общая культура) – $17,54 \pm 3,56\%$; аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах – $16,67 \pm 3,49\%$.

В группе лиц, страдающих лудоманией, наиболее высокие проценты избрания респондентами ценностных ориентаций были выявлены в отношении: активной деятельной жизни (полнота и эмоциональная насыщенность жизни) – $19,00 \pm 1,80\%$; образованности широта знаний, высокая общая культура) – $12,90 \pm 1,54\%$; любви (духовная и физическая близость с любимым человеком) – $12,50 \pm 1,52\%$;

При анализе ценностных ориентаций, использованием факторного анализа, метода главных компонент, на первую, вторую и третью компоненты у здоровых пришлось 13,29%, 10,58%, 9,59% вариабельности, у алкоголиков 12,82%, 11,28%, 9,95% вариабельности и у лудоманов 13,02%, 8,18%, 8,07% вариабельности.

Поскольку ранг значимости ценностей представляет собой обратное числовое значение (наибольшее равно 1, наименьшее – 18), на положительном полюсе каждого фактора располагаются ценности с отрицательной факторной нагрузкой.

У здоровых испытуемых первые 5 ценностей на положительном полюсе составили: счастье других, познание, активная деятельность жизни, красота природы и искусства, общественное призвание. На отрицательном полюсе первыми пятью ценностями являлись: свобода, любовь, наличие хороших и верных друзей, продуктивная жизнь, здоровье.

У обследованных, страдающих алкоголизмом первые 5 ценностей на положительном полюсе составили: здоровье, любовь, активная деятельность жизни, интересная работа, жизненная мудрость. На отрицательном полюсе первыми пятью ценностями являлись: уверенность в себе, счастливая семейная жизнь, творчество, развлечения, счастье других.

У страдающих лудоманией первые 5 ценностей на положительном полюсе составили: свобода, счастье других, счастливая семейная жизнь, творчество, уверенность в себе. На отрицательном полюсе первыми пятью ценностями являлись: жизненная мудрость, интересная работа, красота природы и искусства, здоровье, наличие хороших и верных друзей.

В следующем фрагменте работы, использованием множественного регрессионного и корреляционного методов анализа исследовали ориентированные регрессионные связи-отношения между показателями теста Рокича и факторами показателями теста Кеттелла.

Таблица 1. Количество определенных статистически значимыми коэффициентов множественной регрессии и двумерной корреляции от показателей теста Рокича на показатели теста Кеттелла в группах испытуемых.

Экспериментальные группы	Коэффициенты			Корреляции	
	Регрессии		Итого		
	Отрицательные	Положительные			
Здоровые	33	2	35	41	
Страдающие алкоголизмом	45	15	60	42	
Страдающие лудоманией	21	25	46	27	

Данный подход позволяет выяснить структуру отношений между показателями этих тестов, изучить организацию управления структуры индивидуально-психологических черт (особенностей) личности системой ее ценностных ориентаций.

Величины показателей теста Кеттелла у лиц страдающих алкоголизмом статистически значимо не отличались от аналогичных показателей у здоровых испытуемых. У лиц с лудоманией показатель L (подозрительность – доверчивость) определялся в 1,12 раза меньшим, а показатель Q3 (самоконтроль, сильная воля – Недостаток самоконтроля, индифферентность) в 1,11 большим, чем у здоровых испытуемых.

В группе здоровых испытуемых от показателей характеризующих ценностные ориентации личности к показателям, характеризующим свойства личности, определялось 35 статистически значимых коэффициентов регрессии (табл. 1). Из них большинство коэффициентов регрессии были отрицательны – 33, т.е. влияние ценностных ориентаций личности (тест Рокича) на показатели характеризующие свойства личности (тест Кеттелла) были отрицательны. И только две ценностные ориентации: творчество (возможность творческой деятельности) и жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом) оказывали положительное влияние на факторы-показатели Н (смелость – застенчивость) и М (мечтательность – практичность).

Наибольшее количество статистически значимых коэффициентов регрессии от показателей, характеризующих ценностные ориентации личности к показателям характеризующим свойства личности наблюдалось в группе лиц страдающих алкоголизмом 60 (табл. 1). Из них 45 были отрицательны и 15 положительны.

Коэффициентов регрессии 7 (табл. 2) были ориентированы к фактору-показателю О: аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах; воспитанность (хорошие манеры); исполнительность (дисциплинированность); независимость (способность действовать самостоятельно, решительно); смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов: твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями); терпимость (к взгляда-дам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения); смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов. Следующие 5 положительных показателей характеризующих личностные ценности были ориентированы к фактору-показателю Q3 теста Кеттелла: аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах; независимость (способность действовать самостоятельно, решительно); непримиримость к недостаткам в себе и других.

В группе страдающих лудоманией от показателей характеризующих ценностные ориентации личности к показателям характеризующим свойства личности определялось 46 статистически значимых коэффициентов регрессии (табл. 2). Из них 21 были отрицательны, а 25 – положительны. Распределение коэффициентов регрессии в отношении факторов-показателей теста Кеттелла носило равномерный характер (табл. 2).

Таблица 2. Статистически значимые коэффициенты регрессии определенные влияющими от показателей теста Рокича на показатели теста Кеттелла.

Показатели теста Кеттелла	Экспериментальные группы					
	Здоровые		Страдающие алкоголизмом		Страдающие лудоманией	
	Отрицательные	Положительные	Отрицательные	Положительные	Отрицательные	Положительные
A	1	0	0	0	0	3
R	2	0	2	0	3	3
C	0	0	13	0	2	1
E	0	0	14	0	3	4
F	3	0	0	1	0	3
G	9	0	0	0	1	0
H	0	1	15	0	1	0
I	0	0	0	0	0	3
L	3	0	0	0	2	2
M	0	1	0	0	1	0
N	2	0	0	2	3	1
O	11	0	0	7	0	0
Q1	0	0	1	0	2	2
Q2	2	0	0	0	1	1
Q3	0	0	0	5	1	2
Q4	0	0	0	0	1	0
Итого	33.00	2.00	45.00	15.00	21.00	25.00

При анализе факторов-показателей теста Кеттелла, к которым определялось наибольшее количество статистически значимых коэффициентов регрессии от показателей теста Рокича выявлено, что в группе здоровых к фактору-показателю О (склонность к чувству вины — спокойная самоуверенность) определялось 11 статистически значимых отрицательных регрессионных связей-отношений, а к фактору показателю G (сознательность – беспринципность) – 9.

Все регрессионные связи-отношения приходящие к фактору-показателю О были отрицательны и превосходили по модулю отходящие от фактора-показателя О. Это может свидетельствовать о том, что у здоровых лиц показатели характеризующие ценностные ориентации личности оказывают существенное доминантное (подавляющее) влияние на формирование и функционирование фактора-показателя О. Уменьшение фактора О свидетельствует о формировании «гипертимии» характеризующейся беспечностью самоуверенностью, самонадеянностью, спокойствием, безмятежностью, благодушием, хладнокровием, веселый, жизнерадостностью, нечувствительностью к одобрению или порицанию окружающих, беспечностью, энергичностью, т.е. оптимальным уровнем функционирования психической деятельности.

Следовательно, такие ценностные ориентации личности, как здоровье (физическое и психическое), красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и в искусстве), свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках), уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений), воспитанность (хорошие манеры), независимость (способность действовать самостоятельно, решительно), непримиримость к недостаткам в себе и других, рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные,

рациональные решения), самоконтроль (сдержанность, самодисциплина), твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями), честность (правдивость, искренность), обеспечивают формирование «гипертимии».

Все регressive связи-отношения приходящие к фактору-показателю G («-» «Низкое супер-эго» «+» «Высокое супер-эго» сознательность – беспринципность) также были отрицательны и превосходили по модулю отходящие от фактора-показателя G.

Это может свидетельствовать о том, что у здоровых лиц ряд нижеперечисленных показателей характеризующих ценностные ориентации личности, оказывают существенное доминантное (подавляющее) влияние на формирование и функционирование фактора-показателя G: аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах; воспитанность (хорошие манеры); жизнерадостность (чувство юмора); исполнительность (дисциплинированность); образованность (широкая знаний, высокая общая культура); терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения); широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки); честность (правдивость, искренность); эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе) способствуют у здоровых лиц формированию низкого супер-эго характеризующегося подверженностью чувствам, несогласием с общепринятыми моральными нормами и стандартами, непостоянством, игнорированием обязанностей.

У лиц страдающих алкоголизмом наибольшее количество статистически значимых отрицательных связей-отношений было определено к показателям-факторам С – («-» «Слабость Я» «+» «Сила Я»): активная деятельность жизни (полнота и эмоциональная насыщенность жизни); здоровье (физическое и психическое); любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком); наличие хороших и верных друзей; развлечения (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей); свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках); счастливая семейная жизнь; счастье других (благосостояние, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом); высокие запросы (высокие требования к жизни и высокие притязания); жизнерадостность (чувство юмора); смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов; твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями); эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе).

На показатель-фактор Е теста Кеттелла («-» «Конформность» «+» «Доминантность») у лиц страдающих алкоголизмом отрицательно влияли только терминальные ценности: активная деятельность жизни (полнота и эмоциональная насыщенность жизни); жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом); здоровье (физическое и психическое); интересная работа; красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и в искусстве); любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком); общественное призвание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе); познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие); продуктивная жизнь (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей); развлечения (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей); свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках); счастливая семейная жизнь; творчество (возможность творческой деятельности); уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).

На показатель-фактор Н теста Кеттелла («-» «Траектория» «+» «Пармия» робость смелость) также как и фактор Е у лиц страдающих алкоголизмом отрицательно влияли только терминальные ценности: активная деятельность жизни (полнота и эмоциональная насыщенность жизни); жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом); здоровье (физическое и психическое); интересная работа; красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и в искусстве); материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений); наличие хороших и верных друзей; развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование); развлечения (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей); свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках); счастливая семейная жизнь; счастье других (благосостояние, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом); творчество (возможность творческой деятельности); уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).

Следует отметить, что к показателям-факторам С, Е, Н теста Кеттелла статистически значимых положительных связей-отношений от показателей теста Рокича не определялось.

Наибольшее количество положительных связей-отношений определялось к показателям-факторам О и Q3.

К показателю-фактору О у лиц страдающих алкоголизмом определялось 7 положительных связей-отношений: аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах; воспитанность (хорошие манеры); исполнительность (дисциплинированность); независимость (способность действовать самостоятельно, решительно); смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов; терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения); смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов.

К показателю-фактору Q3 у лиц страдающих алкоголизмом определялось 5 положительных связей-отношений: аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах; независимость (способность действовать самостоятельно, решительно); непримиримость к недостаткам в себе и других; смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов; чуткость (заботливость).

У лиц страдающих лудоманией отрицательные влияния от показателей ценностных ориентаций к показателям-факторам теста Кеттелла были распределены более не менее равномерно в количестве 1 – 3. Наибольшее количество положительных влияний от показателей теста Рокича к показателям теста Кеттелла определялось в показателю-фактору Е («» «конформность» «+» «доминантность») 4: общественное призвание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе); уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений); высокие запросы (высокие требования к жизни и высокие притязания); широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки). Также к этому показателю определялись три отрицательные связи-отношения от показателей методики «ценностных ориентаций»: интересная работа; счастье других (благосостояние, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом); творчество (возможность творческой деятельности).

Выводы:

1. В основе регуляции социального поведения и профессиональной деятельности человека находится система его ценностных ориентаций, которая представляет собой сложное и динамическое образование (М.С. Яницкий, 2000). Имеется противостояние между современными социальными условиями, предъявляющими особые требования к формированию системы ценностных ориентаций личности, и недостаточной изученностью психологических факторов и механизмов ее развития, а также слабой разработанностью конкретных приемов соответствующего целенаправленного воздействия. В группе здоровых наиболее высокие проценты избрания респондентами ценностных ориентаций были выявлены в отношении: непримиримости к недостаткам в себе и других, а группах алкоголиков и лудоманов – активной деятельной жизни. Это, по-видимому, свидетельствует о том, что при аддикциях активная деятельность жизни осознается, как недостающий элемент структуры личности.

Групповая иерархия ценностей при хроническом алкоголизме и лудомании характеризуется явной ориентацией на конкретные жизненные ценности.

Анализ представлений о реализованности тех или иных жизненных ценностей свидетельствует о некритичности их самовосприятия и анонгнозии – так, исследуемые склонны считать себя здоровыми, свободными в выборе жизненной стратегии, ответственными, честными, чуткими, аккуратными и чистоплотными и т.д.

Таким образом, можно говорить о характерном «снижении», т. е. обратном развитии ценностной сферы личности при хроническом алкоголизме и лудомании, проявляющемся в формировании ориентации на низшие уровни ценностной системы. Такое «снижение» аналогично описанному Б. С. Братусем постепенному «сползанию» от вышележащей к нижележащей ступени смысловой сферы, от «просоциального» к «узкогруппоцентрическому» и, далее, к «узкоэгоцентрическому» уровню системы смыслов (Братусь Б. С., 1988).

2. От показателей, характеризующих ценностные ориентации к показателям теста Кеттелла, описывающего личностную структуру человека определялись, как положительные, так и отрицательные регрессионные связи-отношения. Это свидетельствует о том, что ценностные ориентации управляют личностной структурой человека.

Следует подчеркнуть, что в группе здоровых статистически значимых положительных коэффициентов регрессии определялось всего два, а в группе лиц страдающих алкоголизмом – 15 и лудоманией – 25.

Это может свидетельствовать о том, что в группе здоровых система ценностных ориентации способствует уменьшении выраженности показателей теста Кеттелла, т.е. система ценностных ориентаций работает по доминантному принципу (подавляющему), а в группах лиц страдающих алкоголизмом и лудоманией – по доминантно-детерминантному (подавляющему и активирующему) принципам.

В группе здоровых количество коэффициентов корреляции было больше, чем коэффициентов регрессии, а в группах лиц страдающих алкоголизмом и лиц страдающих лудоманией, наоборот, количество коэффициентов регрессии было больше, чем коэффициентов корреляции (табл. 2). Это может свидетельствовать о том, что механизмы управления психической деятельностью при ад-дикциях в большей степени нелинейны, чем линейны.

В группе здоровых наибольшее количество регрессионных связей-отношений (11) от показателей характеризующих ценностные ориентации определялось к показателю О (склонность к чувству вины – спокойная самоуверенность), а у лиц страдающих алкоголизмом к показателям С (эмоциональная стабильность – эмоциональная неустойчивость) и Е (независимость – податливость).

3. Как известно, в основе заболевания алкоголизмом лежат эмоционально-волевые нарушения. Именно эта часть структуры личности находится под контролем системы ценностных ориентаций. Это возможно рассматривать как проявление механизмов саногенеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Выжлецов Г. П. Аксиология: становление и основные этапы развития // Социально-политический журнал. – 1995. – №6. – С. 61 – 73.
2. Яницкий М. С. Ценностные ориентации личности как динамическая система / М. С. Яницкий. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2000. – С. 15 – 21.
3. Выжлецов Г. П. Аксиология: становление и основные этапы развития / Г. П. Выжлецов // Социально-политический журнал. – 1996. – №1. – С. 86 – 99.
4. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и эмоции / А. Н. Леонтьев. – М.: Издательство Московского Университета, 1971. – 40 с.
5. Выжлецов Г. П. Аксиология: становление и основные этапы развития / Г. П. Выжлецов // Социально-политический журнал. – 1996. – №1. – С. 86 – 99.
6. Тугаринов В. П. Теория ценностей в марксизме / В. П. Тугаринов. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1968. – 124 с.
7. Винокурова У. А. Формирование и изменение ценностных структур сознания народов Якутии: Автореф. дис ... д. социол. н. – М., 1997. – 27 с.
8. Выжлецов Г. П. Аксиология: становление и основные этапы развития / Г. П. Выжлецов // Социально-политический журнал. – 1996. – №1. – С. 86 – 99.
9. Столин В. В. Самосознание личности / В. В. Столин. – М.: Издательство Московского Университета, 1983. – 284 с.
10. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.

ЛЮБОВ ЯК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЧИННИК

Р. І. Білобривка¹, О. Й. Білобривка²,

ЛЮБОВЬ КАК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФАКТОР

R. I. Bilobryvka¹, O. J. Bilobrovka²,

LOVE AS PSYCHOTHERAPEUTIC FACTOR

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,
кафедра психіатрії, психології та сексології¹;

Комунальна 6-та міська поліклініка м. Львів, відділення жіночої консультації².

Lvov National Medical University D. Galitsky, Department of psychiatry, psychology and sexology¹; Lvov Municipal Ambulatory №6, Department of women's consultation².

Стаття надійшла до редакції 7.04.2016.

Резюме

Проаналізовано вплив вищих почуттів людини на різні сфери психічної діяльності, на формування її особистості, визначаючи любов, як базове почуття, яке створює основу для розвитку психічного та фізичного здоров'я та благополуччя. Автори акцентують увагу на доведеному терапевтичному впливі емпатії та любові при багатьох захворюваннях.

Ключові слова

особистість, вищі почуття, психічна діяльність, любов, терапевтична функція, психічне здоров'я.

Резюме

Проанализировано влияние высших чувств человека на различные сферы психической деятельности, на формирование его личности, определяя любовь, как базовое чувство, создающее основу развития психического и физического здоровья, благополучия. Авторы акцентируют внимание на доказанном терапевтическом воздействии эмпатии и любви при многих заболеваниях.

Ключевые слова

личность, высшие чувства, психическая деятельность, любовь, терапевтическая функция, психическое здоровье.

Resume

The influence of higher human senses in different areas of mental activity and formation of human personality is analyzed, defining love as the basic feeling for the development of mental and physical health and well-being. The authors focus on the proven therapeutic effects of empathy and love for many diseases.

Keywords

personality, higher feelings, mental activity, love, therapeutic function, mental health.

Усі ми прагнемо любові, чи юні, чи немолоді! (**співець гурту «Соколи»**)

Перевагу любові розкрито у першому посланні св. апостола Павла до Корінтян: 13:

«Якби я говорив мовами людськими й ангельськими, але не мав любові, я був би немов мідь бре- нача або кимвал звучний.

Якби я мав дар пророцтва і відав усі тайни й усе знання, і якби я мав усю віру, щоб і гори представляти, але не мав любові, я був би – ніщо.

І якби я роздав бідним усе, що маю, та якби віддав моє тіло на спалення, але не мав любові, то я не мав би жодної користі.

Любов – довготерпелива, любов – лагідна, вона не заздрить, любов не чваниться, не надіма-ється, не бешкетує, не шукає свого, не поривається до гніву, не задумує зла; не тішиться, коли хтось чинить кривду, радіє правдою; все зносить, в усе вірить, усього надіється, все перетерпить.

Пророцтва зникнуть, мови замовкнуть, зникне знання, та любов ніколи не переминає.

Любов – це одна з підвалин Християнства.

Любов – це саме Життя, а якщо ми довели, що Життя вічне, вічна і Любов, вона ніколи не щезала, а була, є і буде завжди.

Все пізнається любов'ю і з любов'ю, і любов – це Бог.

Любов – це насамперед акцептація, безоглядне, безкритичне сприйняття, без відчуття якого ми не можемо існувати.

В українській літературі є власні відтінки розуміння любові. Наприклад.

«*Ніхто не може жити в суспільстві під гнітом постійного несприйняття і дурної думки про себе від своїх близьких і тих, з ким спілкується. Цей тягар надмірно важкий для людського терпіння, і хіба з непримиримих противів повинен складатися той, хто може знаходити задоволення в такому несприйнятті та гніті і все ж бути нечутливим до презирства*» (Джон Локк) [1].

«Лиш той ненависті не знає, хто вік нікого не любив» (Леся Українка) [2].

«Любов к отчизні де геройть там вража сила не устоїть, там грудь сильніша від гармат» («Енеїда» М. Котляревський) [3].

«Я так Україну люблю, що навіть Бога проклену» (Т. Шевченко) [4].

Кохання не лише супроводжується відчуттям щастя, але й позбавляє страху перед можливими негативними подіями.

Без любові організм не може розвиватися нормально. Це доводять експериментальні спосібрення – діти не можуть повноцінно розвиватися, якщо їм не вистачає батьківської ласки та любові. Доведено, що діти із притулків частіше страждають на аутизм, у них нижчий інтелект на 15 – 17%, вони частіше хворіють та менше сміються, вони швидше стають дорослими. Серед таких дітей частіше явища психопатії.

Любов – це найпотужніша зцілювальна сила у всьому Всесвіті, сильніша за будь-які ліки. Так, скажімо, без любові – хірург – це механік, а не лікар.

У людей зі щасливими сімейними стосунками показник серйозних хвороб на десять відсотків нижчий, ніж у людей без добрих щасливих сімейних стосунків. І було доведено, що у пацієнтів, які відчувають, що їх люблять, одужують набагато швидше і успішніше. Ми маємо багато таких прикладів із теперішньої російсько-української війни.

В Англії провели цікавий експеримент в одній із клінік Лондона. Головний хірург, зазвичай, від-відував кожного зі своїх пацієнтів ввечері перед операцією, щоб підготувати і пояснити загальний характер операції. А під час експерименту хірург тримав руку кожного пацієнта упродовж тих кількох хвилин, які він розмовляв з ним. Ви не повірите, ці пацієнти одужували в три рази швидше за інших!

Коли про це дізнались, розпочали програму «дотик» у лікарняних палатах. Усіх, хто працював з пацієнтами, заохочували торкатися до них, брати їх за руки і обіймати. Ця програма була настільки успішною, що вона поширилась навіть на психіатричні палати.

Любов виявляє в іншому те, що не бачать інші, вона дозволяє йому проявитися, статися, збутися. І незалежно чи це любов чоловіка та жінки, чи це любов матері до сина, чи це любов народу до вождя. В кожному випадку любов проявляє скриті, заховані можливості, про які і не підозрювали навіть сам об'єкт любові, і які саме могли проявитися завдяки цій непояснений до кінця силі – ім'я якій – Любов.

Любов лікує рані і душевні і фізичні. Це ніби й метафора, але свідчень таких є зафіковано доволі.

Любов об'єднує, та власне і створює особистість завдяки тому, що не дає людині зосередитися на власному «Я», а концентрує, втілює його в інше «Я», і так забезпечує існування та розвиток себе як цілісності. А головним же ж прагненням особистості є абсолютне самоствердження, внутрішня свобода, цілісність та гармонійність і таке її існування стає можливим в коханні.

Любов, її переживання та її прагнення – це чудо. І це чудо любові і є тією найбільш могутньою силою впливу на особистість та її позитивну трансформацію.

Так, Е. Фром бачить в любові найбільш радикальний і фактично єдиний існуючий вихід людини із деструктивності, відчуженості та ізольованості. За його словами, любов – це пристрасне прагнення до єднання з іншою людиною. Це найбільш сильна пристрасть, це сила, що об'єднує в одне ціле – сім'ю, клан, суспільство, весь людський рід [5].

Так, за А. Маслоу любов є однією з форм самоактуалізації особи, тобто, в переживанні кохання людина стає тим, ким вона може стати. Він розмірковує про так звані пікові переживання – як повне розкриття, натхнення, пік творчості, споглядання та відкритості [6].

При пікових чи межових переживаннях змінюється сприйняття об'єкту любові, з'являється можливість настільки розкритися в об'єкті, що наше «Я» в буквальному сенсі щезає і наступає повне об'єднання з ним в новій, вищій цілісності. І тоді народжується нова якість – нова істота. По-друге, під час пікового переживання любові змінюється самосприйняття особистості, здійснюється діяльне проникнення в іншу істоту. Прагнення до пізнання задовольняється шляхом з'єднання, злиття. В злитті я пізнаю тебе, я пізнаю себе, я пізнаю таємницю всього живого, всього Всесвіту – єдино можливим для людини способом – переживаючи це єднання-злиття, що дозволяєся осягнути та зрозуміти іншого цілком, а не шляхом роздумів, який до кінця ніколи не може розкрити нам об'єкт пізнання.

Екзистенційний психолог Л. Бінсвагнер говорить, щоби зрозуміти іншого, необхідно, як мінімум, бути готовим любити його. Можливо, той онтологічний та гносеологічний статус, що викликаний любов'ю, і є найвідповіднішим статусом людини, який і відкриває нашу сутність, наше походження [7].

Потенційно до цього «просвітлення» людина готується з самого початку існування, ще будучи маленькою клітиною, яка є творінням двох закоханих.

Весь позитивний період пренатального розвитку дитини – досвід любові, відкритості, захищеності, комфорту та росту, тобто – основна психогігієнічна умова розвитку дитини – це любов, а не увага, їжа і т.д. Так набувається досвід, який ми називаємо любов'ю, так об'єднується любов поколінь на рівні «соціальної спадковості».

Любов між батьками, любов матері до дитини, ласкаві доторки, задоволення дефіцитарних потреб, радісні відкриття та нові враження через любих людей – це найважливіша фаза становлення любові та набуття її досвіду.

Відомо, що в любові проявляється феномен безоцінного прийняття – тобто, той ідеал терапії, який, як відмічав Карл Роджерс, дозволяє людині позбутися від напруження та прийняти себе [8].

Дитина з раннього віку засвоює, якою треба бути, а якою не можна. І тоді, риси особистості, які відповідають тому, що може бути, стають «я-концепцією». А ті, які не «можна мати» – не пропускаються в свідомість і скриваються навіть від себе. Разом вони складають «організмічне Я». А особистість, що повноцінно функціонує, практично не має різниці між «Я-концепцією» і «Я-організмічним». А не- сприйняття своїх певних потреб та властивостей породжує «психічне нездоров'я» (рис. 1).

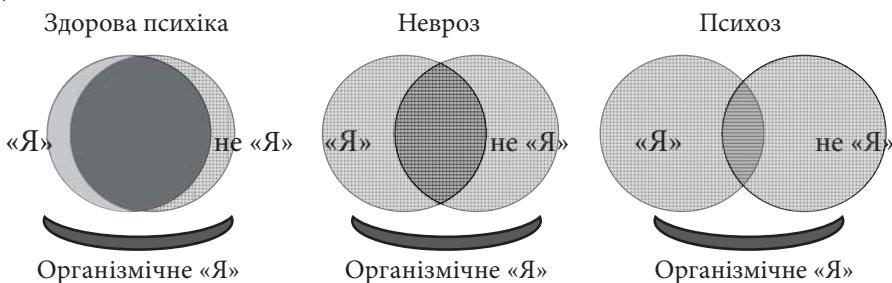


Рис. 1. Модель «Я» при психічних станах.

Я вже не можу жити без страждання,
Без ніжних слів, без дотику долонь.
Колись іскринка нашого кохання
Переросла в негасучий вогонь.

I він горить святково і красиво,
Освітлює всі прагнення душі.

*Ми віримо в його звичайнє диво,
Як вірять трави в весняні дощі.*

*Ти посміхнулась, тихо притулилась...
Природний жест, а в нім загадка є.
І знову серце радісно забилось.
Яка ж ти люба, сонечко мое.*

(Олександр Високий)

*Не встигає за Душою Розум,
Їх в одну упряжку не впрягти –
Він шукає і знаходить прозу
У незвичнім, що створила Ти.
А Душа пильнує нам криниці,
Гір кохання і начала рік.
Їй уже підвладні таємниці,
Що осягне Розум через рік.*

(Галина Турелік)

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Локк Дж. Опыт о человеческом разумении / Дж. Локк // Сочинения в 3-х томах. – Т.1. – М.: Мисль. – 1985. – 346 с.
2. Леся Українка. Поезія / Леся Українка. – К.: Наукова думка. – 2008. – 384 с.
3. Котляревський І. Енеїда / мал. А. Базилевича / І. Котляревський. – К.: ФОП Стебеляк. – 2012. – 62 с.
4. Шевченко Т. Г. Повне зібрання творів: у 12 т. / Ред. кол.: М. Г. Жулинський (голова) та ін. – Т.1. – К.: Наукова думка, 2001.– 779 с.
5. Fromm E. The art of loving / E. Fromm // New York: Bantam Books. – 1963. – 94 р.
6. Маслou А. Г. Мотивация и личность / А. Г. Маслоу / Пер. с англ. А. М. Татлыбаевой – СПб.: Евразия, 1999. – 478 с.
7. Бинсангер Л. Бытие в мире / Л. Бинсангер // М.: КСП+; СПб.: Ювента, 1999. – 300 с.
8. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Р. Роджерс. – М.: Изд. группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.

ВПЛИВ НАЯВНОСТІ ПСИХІАТРИЧНОГО ДІАГНОЗУ НА ВИБІР ЛЮДИНИ ДЛЯ СТВОРЕННЯ СІМ'Ї

О. Ф. Піронкова,

**ВЛИЯНИЕ НАЛИЧИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА НА ВЫБОР
ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ СОЗДАНИЯ СЕМЬИ**

O. F. Pironkova,

**EFFECT OF THE PRESENCE PSYCHIATRIC DIAGNOSIS CHOICE OF RIGHTS
FOR CREATION OF FAMILY**

Класичний приватний університет (Запоріжжя).

Classic Private University (Zaporozhe).

Статья поступила в редакцию 21.04.2016.

Резюме

Мета дослідження – дослідити вплив наявності психіатричного діагнозу на вибір людини для створення сім'ї.

Матеріали та методи. Було проведено соціологічне опитування і анкетування серед працівників психіатричних закладів України. В ньому прийняло участь 505 респондентів з середнім віком 41,6 років, серед яких 20,6% – чоловіків, 79,4% – жінок. За освітою респонденти розмежувалися наступним чином: з вищою освітою – 21,6% опитаних, середньо-спеціальною – 76,5%, середньою – 1,9%; за кваліфікаційним рівнем: лікарів – 16,9%, медичних сестер – 76,8%, молодшого медичного персоналу – 6,2%. Жителі села – 5,8%, селища міського типу – 2,2%, невеличких міст – 49,8%, обласних центрів – 41,8%, з них виростили в селі – 0,1%, в селищах міського типу – 6,2%, в невеличких містах – 44,9%, в обласному центрі – 32,1%.

Результати. Представлено результати дослідження впливу психіатричного діагнозу на вибір партнера для сімейного життя. За допомогою застосування наративного опитування і соціально-психологічного інтерв'ювання, визначено мотиваційні особливості і ставлення до наявності психічного захворювання у потенційного партнера для створення сімейних відносин. Показано суспільні настрої і думки щодо тенденцій укладання шлюбних відносин з психічно хворими людьми. Зазначено аспекти актуальні, тому що розкривають необхідність створення базових інтервенцій по роботі з сім'ями та психічно хворими людьми в складних обставинах з побудови міжособистісних відносин.

Висновки. Результати дослідження продемонстрували існуючий у суспільстві вплив факту наявності психічного захворювання на соціальні взаємини. Так, більшість респондентів (76,76%) відзначили, що у суспільстві з психічно хворими воліють не створювати сім'ю та не розглядають психічно хворих у якості партнера для стосунків. Це свідчить про збереження у соціумі, стигматизуючих вербально поведінкових соціальних практик, спрямованих на виключення психічно хворих з соціального життя, їх десоціалізацію, що потребує пошуку кроків та шляхів до виправлення стигматизуючих соціальних практик, впроваджуваних щодо психічно хворих.

Ключові слова

психіатричний діагноз, сім'я, мотивація шлюбу, член сім'ї, суспільство, ставлення до людей.

Резюме

Цель исследования - исследовать влияние наличия психиатрического диагноза на выбор человека для создания семьи.

Материалы и методы. Был проведен социологический опрос и анкетирование среди работников психиатрических заведений Украины. В нем приняло участие 505 респондентов со средним возрастом 41,6 лет, среди которых 20,6% - мужчин, 79,4% - женщин. По образованию респонденты разграничивались следующим образом: с высшим образованием - 21,6% опрошенных, средне-специальным - 76,5%, средней - 1,9%; по квалификационному уровню: врачей - 16,9%, медицинских сестер - 76,8%, младшего медицинского персонала - 6,2%. Жители села - 5,8%, поселков городского типа - 2,2%, небольших городов - 49,8%, областных центров - 41,8%, из них выросли в селе - 0,1%, в поселках городского типа - 6,2%, в небольших городах - 44,9%, в областном центре - 32,1%.

Результаты. Представлены результаты исследования влияния психиатрического диагноза на выбор партнёра для семейной жизни. С помощью применения нарративного опроса и социально-психологического интервьюирования, определены мотивационные особенности и отношение к наличию психического заболевания у потенциального партнёра для создания семейных отношений. Показаны общественные настроения и мнения относительно тенденций заключения брачных отношений с психически нездоровыми людьми. Указанные аспекты актуальны, т.к. раскрывают необходимость создания базовых интервенций по работе с семьями и психически больными людьми в сложных обстоятельствах по построению межличностных отношений.

Выводы. Результаты исследования продемонстрировали существующее в обществе влияние факта наличия психического заболевания на социальные взаимоотношения. Так, большинство респондентов (76,76%) отметили, что в обществе с психически больными предпочитают не создавать семью и не рассматривают психически больных в качестве партнера для отношений. Это свидетельствует о сохранении в социуме, стигматизирующих вербально-поведенческих социальных практик, направленных на исключение психически больных из социальной жизни, их десоциализации, что требует поиска шагов и путей к исправлению стигматизирующего социальных практик, внедряемых в отношении психически больных

психиатрический диагноз, семья, мотивация брака, член семьи, общество, отношение к людям.

Ключевые слова

Resume

The purpose of the study is to investigate the impact of the psychiatric diagnosis on the decision of an individual to create a family.

Materials and methods. A sociological survey and questionnaire was conducted among workers in psychiatric institutions in Ukraine. It was attended by 505 respondents with an average age of 41.6 years, among them 20.6% - men, 79.4% - women. By education, respondents were delineated as follows: with higher education - 21.6% of respondents, secondary specialized - 76.5%, secondary - 1.9%; on the qualification level: doctors - 16.9%, nurses - 76.8%, junior medical personnel - 6.2%. Village residents - 5.8%, urban-type settlements - 2.2%, small towns - 49.8%, regional centers - 41.8%, of them grew in the village - 0.1%, in urban settlements - 6.2%, in small towns - 44.9%, in the regional center - 32.1%.

Results. The effect of psychiatric diagnosis in the selection of a partner for family life was presented. With the use of a narrative survey and socio-psychological interviewing, motivational characteristics and attitudes towards mental illness in a potential partner for the creation of family relations were identified. Public mood and opinion on trends to enter into marital relations with mentally ill people was shown. These aspects are relevant because they reveal the need to establish basic interventions in the process of work with families and mentally ill people in difficult circumstances of building interpersonal relations.

Conclusions. The results of the research demonstrated the existing influence of the mental illness on social relationships in society. Thus, the majority of respondents (76.76%) noted that in a society with mentally ill people they prefer not to create a

family and do not consider the mentally ill as a partner for the relationship. This indicates preservation in society of stigmatizing verbal behavioral social practices aimed at excluding mentally ill people from social life, their desocialization, which requires finding steps and ways to correct stigmatizing social practices that are being introduced against mentally ill people

Keywords

psychiatric diagnosis, the family, the motivation of marriage, family members, society, attitude towards people.

Однак, тенденції до стигматизації психічно хворих, що існують в соціумі в даний час, накладають відбиток на реалізацію психічно хворими особами себе в ролі подружжя в першу чергу з соціальних, ніж медичних причин.

Неважаючи на існуючі передумови до політики соціалізації психічно хворих, **які реалізуються на державному рівні**, ригідність вербально-поведінкових практик у соціальних групах і соціум в цілому здатні впливати на міжособистісні стосунки з психічно хворими, перешкоджати їх сімейній адаптації.

Мета дослідження – дослідити вплив наявності психіатричного діагнозу на вибір людини для створення сім'ї.

Матеріали та методи дослідження. Було проведено соціологічне опитування і анкетування серед працівників психіатричних закладів України. В ньому взяло участь 505 респондентів з середнім віком 41,6 років, серед яких 20,6% – чоловіків, 79,4% – жінок. За освітою респонденти розмежовувалися наступним чином: з вищою освітою – 21,6% опитаних, середньо-спеціальною – 76,5%, середньою – 1,9%; за кваліфікаційним рівнем: лікарів – 16,9%, медичних сестер – 76,8%, молодшого медичного персоналу – 6,2%. Жителі села – 5,8%, селищ міського типу – 2,2%, невеличких міст – 49,8%, обласних центрів – 41,8%, з них вирости в селі – 0,1%, в селищах міського типу – 6,2%, в не- величких містах – 44,9%, в обласному центрі – 32,1%.

Результати дослідження. Встановлено, що думка, чи є в сучасному суспільстві психічне захворювання критерієм вибору людини для створення з нею сім'ї, виявилась майже одностайною: 81,19% респондентів впевнені, що наявність психічного захворювання значним чином впливає на вибір партнера для створення сім'ї. З них лише 4,49% схильні до думки, що люди з психічними захворюваннями є переважними для шлюбу. 76,76% опитаних впевнені, що із людьми з психічними захворюваннями воліють не створювати сім'ю. І лише 12,02% не вважають наявність психіатричного діагнозу критерієм вибору людини для створення сім'ї (рис. 1).

Ознака #21. Як Видумаете, чи є в сучасному суспільстві психічне захворювання критерієм вибору людини для створення з ним сім'ї?
Всього 624. Відповіли 607 (97,3%).

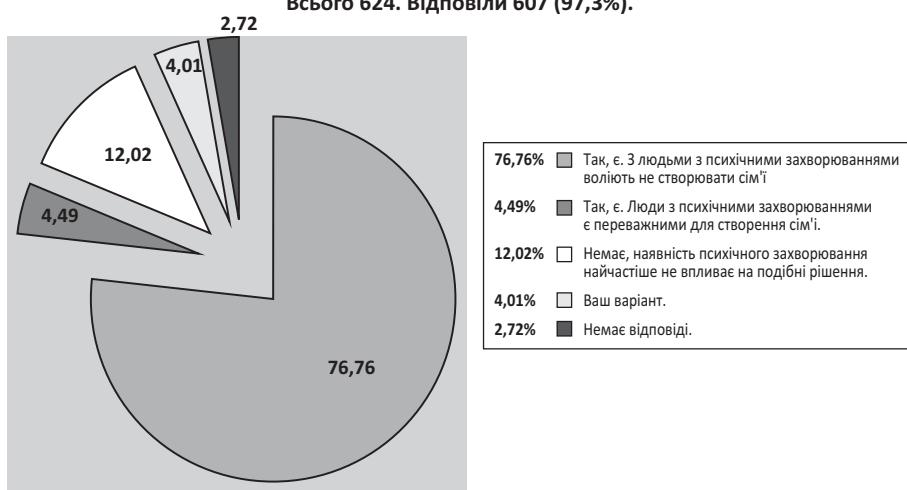


Рис. 1. Результати опитування щодо вибору партнера для створення сім'ї.

Виявлено закономірність щодо думки про роль психічно хворих у суспільстві. 43,7% опитаних, які вважають, що із психічно хворими воліють не створювати сім'ю, вважають що люди із психічними захворюваннями відіграють роль тягаря, серед респондентів, що не вважають психічне захворювання критерієм вибору людини для створення шлюбу цей показник склав 31%. Майже третина опитаних (26,9%), які вважають психічно хворих переважними для створення сім'ї вважають психічно хворих генератором ідей для прогресу або провідниками слів вищих сил, серед інших респондентів цей показник склав лише 13,8%.

При цьому, щодо власного розуміння, чим є психічне захворювання, незалежно від думки, чи є в сучасному суспільстві психічне захворювання критерієм вибору людини для створення з нею сім'ї, більшість респондентів (80,2%) схильні до думки, що це такі самі захворювання, як і інші. Серед них найвищий показник (81,6%) серед лікарів, що вважають психічно хворих не бажаними для шлюбу, а найнижчий – 64,3% – у респондентів, що вважають людей з психічними захворюваннями переважними для створення сім'ї.

45,6% медичних працівників висловили думку, що людей із психічними захворюваннями треба побоюватися, значна частина (86,6%) з них вважають, що з психічно хворими воліють не створювати сім'ю. Серед тих, хто вважає, що наявність психічного захворювання найчастіше не впливає на рішення щодо створення сім'ї, значна частина (46,4%) не вбачає вираженої закономірності і у цьому плані, вважаючи психічно хворих такими ж як і здорові.

Дивним виявилися результати опитування щодо зміни свого ставлення до психічно хворих у результаті професійної діяльності з ними: так, серед респондентів, що вважають психічно хворих переважними для створення сім'ї, 14,8% змінили своє ставлення на гірше, серед інших опитаних цей показник виявився в два рази нижчим і склав 7,1%.

Як не дивно, незважаючи на такі високі показники (76,76%) опитаних, впевнених, що із людьми з психічними захворюваннями воліють не створювати сім'ю, серед усіх респондентів 79,65% думають, що подібна практика суспільства у виборі осіб для шлюбу (яка була виділена) правильна. Лише 12,82% лікарів не згодні із наявним у соціумі впливом психіатричного діагнозу на вибір людини для створення сім'ї.

При цьому, найвищий показник згодних з існуючим станом речей виявлено серед респондентів, які вважають психічно хворих не бажаними для створення сім'ї (90,4%). Серед опитаних, які не думають, що наявність психічного захворювання впливає на вибір особи для шлюбу цей показник склав лише 75%, і, навпроти, аж 25% – не вважають за правильне не враховувати наявність психіатричного діагнозу при виборі партнера. А ось в групі респондентів, що вбачають у психічно хворих переважних для створення сім'ї, думки розділились майже навпіл: 48,1% – згодні, 51,9% – не згодні з подібною практикою суспільства.

Виявлена достовірна кореляція із готовністю відкрито висловити свої погляди на перетворення ставлення держави і суспільства. Так, серед тих, хто не згоден з існуючою ситуацією лише 9,6% мають ідеї перетворення, і завжди відкрито висловлюють їх. Серед опитаних, які не вважають правильним наявний вплив психіатричного діагнозу на вибір людини для створення сім'ї, цей відсоток був не набагато нижчий і склав 8,7%. Дивним виявилось те, що серед тих, кого влаштовує існуючий стан справ, вищім виявився відсоток респондентів, які вважають за необхідне змінювати ставлення суспільства до психічно хворих – 45,8%, при тому, що в іншій групі цей показник склав лише 35,6%.

Цікаво, що відповідаючи на запитання, які саме психічні захворювання малися на увазі, майже половина (49,9%) згодних з практикою суспільства щодо врахування психіатричного діагнозу при виборі партнера враховували всі психічні розлади, серед незгодних лише 33,8%. Не зважаючи на ставлення до ситуації, що склалася у соціумі, майже третина (35,2%) мали на увазі ендогенні захворювання. А 8% зізналися, що взагалі не замислювалися над цим.

Щодо ситуації, коли пацієнт не хоче приймати рекомендоване психіатром лікування, незважаючи на вмовляння і доводи, 62,3% згодних з ситуацією, що склалася стосовно до психічно хворих у суспільстві, порадили б госпіталізувати таку людину у стаціонар, серед респондентів, що вважають схибленим наявний у соціумі вплив психіатричного діагнозу на вибір людини для створення сім'ї, такої ж тактики дотрималося б лише 44,7% респондентів. Парадоксально, що майже в два рази вищим виявився відсоток тих, хто змусив би приймати препарати силою, серед опитаних, що не

згодні з подібною практикою суспільства – 15,8% порівняно з тими, хто вважає ставлення суспільства до психічно хворих правильним – 8,4%.

В результаті опитування, щодо ситуації, коли член родини (брат/сестра, дитина тощо) вирішив одружитися (вийти заміж) за людину, не знаючи, що вона страждає психічним захворюванням, отримано наступні результати: майже половина респондентів (45,31%) дали б знати про те, що це хвора людина і відрадили б близьку людину від шлюбу із психічно хворим; 19,24% опитаних не повідомили б про діагноз, але радили б не утворювати з ним сім'ю, називши інші причини; 10,9% лікарі дотримувалися б нейтральної позиції, але про хворобу схильні розповісти; 7,37% медичних працівників воліють не втручатися і зберігати нейтральне відношення; 6,73% зізналися, що дали б знати про захворювання такої людини і підтримали родича у виборі партнера, але дали б поради щодо особливостей поведінки із психічно хворими людьми; 4,33% опитаних повідомили б про діагноз, але підтримали ідею створення сім'ї з ним; і лише 1,16% респондентів схильні не розповідати про діагноз і підтримувати близьку людину у виборі пари для шлюбу (рис. 2).

Ознака #23. Член Вашої родини (сестра/брат, дитина тощо) вирішив одружитися (вийти заміж) за людину, не знаючи, що він(вона) страждає психічним захворюванням, Ви?
Всього 624. Відповілі 610 (97,8%).

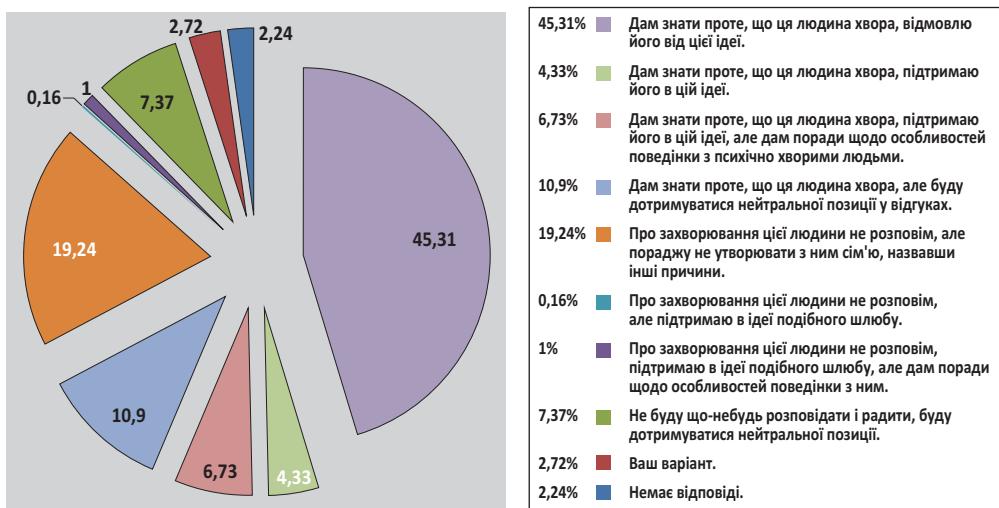


Рис. 2. Результати опитування родини пошукувачів сімейного життя.

Виявлено залежність між ставленням до відносин близької людини із психічно хворим і готовністю висловити свої справжні думки до людини із психічним розладом. Так, серед респондентів, які повідомили б члену родини про психічне захворювання його партнера, 44,4% схильні приховувати своє справжнє ставлення до психічно хворих, дивно, що серед опитаних, які схильні змовчати про факт наявності психіатричного діагнозу у обраної членом родини людини для шлюбу лише 13,9% приховують своє ставлення до психічно хворих, а 83,9% завжди висловлюють своє справжнє ставлення. Серед респондентів, які воліють підтримувати свого родича у виборі партнера, 74,6% частіше не приховують своїх думок щодо психічно хворих, серед тих, хто займає нейтральну позицію, цей показник дещо нижчий – 70,25%, і тільки половина (52,5%) опитаних, які радили б не створювати сім'ю із психічно хворим, не приховує свого ставлення до людей із психічними захворюваннями.

Було виявлено зв'язок із виявленням невідповідності суспільних уявлень про психічно хворих після початку професійної діяльності з ними. Так, серед респондентів, які дали б знати про захворювання людини, з якою збирається одружуватися їхній родич 16,9% мають думку, що в соціумі про людей із психічними захворюваннями думають краще, ніж слід було б, а 24,4% висловлюють

думку, що ставлення соціуму до психічно хворих саме таке, яким і має бути; інакші результати отримано серед опитаних, які не повідомляли б про психіатричний діагноз: серед них лише 2,15% вважають, що в суспільстві до психічно хворих відносяться краще, і 45,22% висловили думку, що все відповідає реальній картині. Більше половини усіх опитаних (59,4%) схильні до думки, що в соціумі до людей, що страждають психічними розладами, відносяться гірше, ніж слід було б: при цьому найвищим цей показник виявився серед респондентів, які воліють не втручатися і дотримуються нейтральної позиції щодо взаємовідносин між близькою людиною і психічно хворим (67,5%), а найнижчі – серед схильних підтримувати родича у виборі партнера (42,9%).

Думки щодо можливості одужання психічно хворих, розподілилися наступним чином: 9,2% вважають, що психічні захворювання виліковні, 28,6% висловлюють думку, що в цілому існує можливість одужання, але залишкові прояви залишаються у будь-якому випадку, а 56,2% відкидають можливість одужання. При цьому, респонденти, які повідомили б про психічне захворювання партнера близької людини, частіше припускають можливість одужання психічно хворої людини, з них 11,65% дотримується цієї думки, а от опитані, що не дали б знати про психіатричний діагноз, майже в два рази рідше (6,1%) допускають таку можливість. Дивно, що з усіх груп, найвищий відсоток респондентів, які відкидають можливість одужання, виявлено у схильних підтримувати ідею створення сім'ї із психічно хворим (63,8%), тоді як найнижчий (46,4%) – серед опитаних, які воліють дотримуватися нейтральної позиції щодо створення такого шлюбу.

Виявлений зв'язок із думкою про вимогливість суспільства до психічно хворих. Так, незалежно від ставлення до рішення члена родини створити сім'ю з людиною, яка страждає на психічне захворювання, в усіх групах майже одна четверта частина (25,7%) вважає, що суспільство по відношенню до психічно хворих зловживає своїми вимогами. Майже половина як тих, хто дотримується нейтральної позиції (45,45%), так і тих, хто порадить припинити відносини із психічно хворим (42,05%) схильні до думки, що суспільство вимагає від психічно хворих рівно стільки, скільки необхідно, а ось серед тих, хто підтримав би ідею шлюбу із психічно хворою людиною цей відсоток був значно нижчий – 28,05%, проте серед них частіше висловлювалась думка, що суспільство є менш вимогливим, ніж слід було б – 44,4%, серед інших респондентів такої думки дотримувались 27,4%.

Висновки. Результати дослідження продемонстрували існуючий у суспільстві вплив факту наявності психічного захворювання на соціальні взаємини. Так, більшість респондентів (76,76%) відзначили, що у суспільстві з психічно хворими воліють не створювати сім'ю та не розглядають психічно хворих у якості партнера для стосунків.

Більше того, майже половина респондентів зізналася, що повідомили б своїм знайомим про факт наявності у їх обранця для створення сім'ї психічного розладу, аби завадити весіллю, таким чином відмовляючи психічно хворим у реалізації своїй репродуктивної функції та реалізації себе у соціальній ролі подружжя.

Це свідчить про збереження у соціумі, не дивлячись на державну політику соціалізації психічно хворих, стигматизуючих вербально поведінкових соціальних практик, спрямованих на виключення психічно хворих з соціального життя, їх десоціалізацію, що потребує пошуку кроків та шляхів до виправлення стигматизуючих соціальних практик, впроваджуваних щодо психічно хворих.

© Аббуд Аймен

УДК 612.43:616.517-055.1/.2

Аббуд Аймен,

СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ СТРЕСОРНИХ ГОРМОНІВ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Аббуд Аймен,

ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ СТРЕССОРНЫХ ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Abboud Aymen,

SEXUAL FEATURES LEVELS OF STRESS HORMONES IN PATIENTS WITH PSORIASIS

Запорізький державний медичний університет, кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини факультету післядипломної освіти.

Zaporozhye State Medical University, Department of dermatology and cosmetic dermatology with the course dermatology and esthetic medicine for faculty postgraduate education.

Стаття надійшла до редакції 10.03.2016.

Резюме

При вивченні патогенетичних механізмів розвитку псоріазу, дослідники відводять значну роль порушенням захисно-адаптаційних механізмів регуляції, що відображається в зрушеннях у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-наднирниково-тиреоїдної системи. Мета дослідження – дослідити статеві особливості рівня стресорних гормонів у хворих на псоріаз, а також виявити можливий вплив цих факторів на перебіг псoriатичного процесу.

Під спостереженням знаходилося 90 хворих на вульгарний псоріаз, 49 жінок та 41 чоловіків, аналогічних за віком, клінічним проявам, тривалістю захворювання, стадії і типу псоріазу, у яких вивчали імуноферментним методом вміст у крові АКТГ, кортизолу та ТТГ.

Відмічалось достовірне підвищення рівня АКТГ та кортизолу як у жінок, так і у чоловіків, зниження рівнів ТТГ у порівнянні із групою контролю. Середні рівні досліджених показників у жінок перевищували ці показники у чоловіків, однак, різниця не була достовірна. Спостерігалась достовірна різниця у досліджуваних показниках гормонального статусу в залежності від ступеню тяжкості дерматозу.

Виявлені порушення ендокринної ланки гомеостазу у хворих підкреслюють необхідність розробки методів, направлених на підвищення адаптивних можливостей організму.

Ключові слова

псоріаз, гормони, нейроендокринна регуляція.

Резюме

При изучении патогенетических механизмов развития псoriasis, отводится значительная роль нарушениям защитно-приспособительным механизмам регуляции, что отображается в нарушениях функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового-тиреоидной системы. Цель исследования – изучить половые особенности уровня стрессорных гормонов у больных псoriasisом, а также выявить возможное влияние этих факторов на течение псoriатического процесса.

Под наблюдением находилось 90 больных вульгарным псoriasisом, 49 женщин и 41 мужчин, аналогичных по возрасту, клиническим проявлениям, длительностью заболевания, стадии и типа псoriasisа, у которых изучали иммуноферментным методом содержание в крови АКТГ, кортизола и ТТГ.

Отмечалось достоверное повышение уровня АКТГ и кортизола, как у женщин, так и у мужчин, снижение уровня ТТГ по сравнению с группой контроля. Средние показатели исследуемых показателей у женщин превышали эти

показатели у мужчин, но, разница не была достоверной. Также у больных наблюдалась достоверная разница в исследуемых показателях гормонального статуса в зависимости от степени тяжести дерматоза.

Выявленные нарушения эндокринного звена гомеостаза у больных посиразом подчеркивают необходимость разработки методов, направленных на повышение адаптационных возможностей организма.

Ключевые слова

Resume

In the study of pathogenic mechanisms of psoriasis, researchers assign an important role violation of protective and adaptive mechanisms of regulation, which is reflected in changes in the functioning of the hypothalamic-pituitary-adrenal-thyroid system. Therefore, the aim of our study was to investigate the sexual features of the level of stress hormones in patients with psoriasis, as well as to identify the possible impact of these factors on the course of psoriasis process.

We observed 90 patients with psoriasis vulgaris, 49 women and 41 men, of similar age, clinical manifestations, disease duration, stage and type of psoriasis, who studied by ELISA in blood levels of adrenocorticotrophic hormone, cortisol and thyroid-stimulating hormone.

We have noted a significant increase in levels of adrenocorticotrophic hormone and cortisol in both women and men, reducing thyroid-stimulating hormone compared with the control group. The average values of indices of women exceeded the figures of men, but the difference was not significant. Also, patients had significant differences in the studied parameters of hormonal status, depending on the degree of severity of dermatosis. These disorders of the endocrine level of homeostasis in patients with psoriasis underscore the need to develop methods to improve the adaptive capacity of the organism.

Keywords

psoriasis, hormones, neuroendocrine regulation.

Псоріаз – один із найбільш поширених імунозалежних дерматозів, який характеризується гіперпроліферативною активністю епідермальних клітин, ультраструктурними змінами в дермі, з ураженням похідних шкіри та опорно-рухового апарату. На псоріаз страждають до 4% населення земного шару. Відмічається збільшення кількості хворих з тяжкими формами дерматозу. В той же час питання етіопатогенезу даного захворювання залишається дискутабельним [1 – 4]. При цьому велика увага дослідників приділяється вивченю нейроендокриноімунних механізмів патогенезу псоріазу.

Так, більшість дослідників відводять значну роль у розвитку псоріазу порушенням захисно-адаптаційних механізмів регуляції, що відображається в зрушеннях у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-надирникою системи. Таким чином, псоріаз розглядається як «хвороба адаптації». Слід зазначити, що нейроендокринна ланка цієї системи надзвичайно лабільна, і під впливом стресового фактору перша включається в процес регулювання адаптаційної реакції [5, 6 – 10], десинхронізація якої лежить в основі формування різних патологічних станів, у тому числі, на наш погляд, і псоріазу. Відомо також, що гормони щитоподібної залози беруть участь в реалізації стресорних реакцій в організмі людини. Згідно з деякими даними, середній рівень тиреотропного гормону (ТТГ) у хворих на псоріаз нижче аналогічного показника у практично здорових осіб, що може свідчити про те, що у цих хворих формується дисфункция щитоподібної залози.

У відповідності з умовами розвитку даного захворювання ми вважаємо актуальним вивчення проблеми психофізіологічних захисних реакцій організму в умовах стресу у хворих на псоріаз.

Участь стрес-механізмів в патогенезі псоріазу підтверджено ланкою досліджень. Під впливом стресового фактору поряд з іншими механізмами змінюється чутливість мозку до факторів зовнішнього середовища.

Таким чином, мета дослідження – дослідити статеві особливості рівня стресорних гормонів у хворих на псоріаз, а також виявити можливий вплив цих факторів на перебіг псоріатичного процесу.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 90 хворих на вульгарний псоріаз, 49 жінок та 41 чоловік, які перебували на стаціонарному лікуванні в КУ «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер» ЗОР. Вік хворих становив від 23 до 65 років; давність захворювання – від 6 місяців до 25 років. Оцінка тяжкості шкірного процесу проводилася шляхом клінічного огляду, а також з використанням індексу PASI (Psoriatic Area and Severity Index), представлена числом від «0» (відсутність хвороби) до «72» (найважчий перебіг). При цьому значення індексу PASI до 10 балів характеризувало легкий перебіг захворювання, від 10 до 30 балів – середню тяжкість псоріазу, більше 30 балів – свідчить про тяжкий перебіг дерматозу.

Встановлено, що псоріатичний процес носив дисемінований характер; прояви псоріазу характеризувалися папулозними елементами, переважно на розгинальних поверхнях нижніх і верхніх кінцівок, бокових поверхнях тулуба, сіднично-поперековій ділянці, місцями ураження зливалися. Під час обстеження в усіх пацієнтів виявлено псоріатичну тріаду Ауспіца. Наявність псоріатичної артропатії відзначалася у хворих на псоріаз з давністю захворювання більше 10 років – у 18 (36,7%) з 49 жінок та у 12 (29,2%) з 41 чоловіків. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю.

У сироватці крові імуноферментним методом визначали вміст кортизолу (КТ), адренокортикоропногого гормону (АКТГ) та тиреотропного гормону (ТТГ).

Статистична обробка результатів проводилась з використанням комп'ютерної програми «Statistica 7.0» з визначенням середньої арифметичної (M), стандартної похибки середньої арифметичної (m), критерію Манна-Утні.

Результати та їх обговорення. Оцінюючи ступінь тяжкості хворобливого процесу, у хворих відзначався легкий, середній та тяжкий перебіг захворювання. Так, в залежності від тяжкості дерматозу, хворі розподілялись на 3 підгрупи: 1) легкий перебіг (PASI до 10 балів); 2) середній ступінь тяжкості (PASI від 10 до 30 балів); 3) тяжкий перебіг (PASI більше 30 балів). Дані підгрупи репрезентативні за віком та клініко-демографічними показниками. Порівняльний аналіз гормонального статусу проводився між підгрупами з урахуванням гендерного фактору і тяжкості псоріатичного процесу.

Показники представлено в табл. 1.

Таблиця 1. Середні показники рівня досліджених гормонів ($M \pm m$).

Таблиця 1. Середні показники рівня досліджених гормонів ($M \pm m$).

Показник	Основна група (хворі на псоріаз) (n = 90)	Контрольна група (практично здорові) (n = 20)	Норма	P
Кортизол - жінки (n = 49)	790,3±75,1	392,8±41,5	150-660 нмоль/л	p < 0,05*
Кортизол - чоловіки (n = 41)	713,1 ± 83,6	407,8 ± 49,9	150 – 660 нмоль/л	p < 0,05*
АКТГ - жінки (n = 49)	63,7 ± 8,4	14,7 ± 1,8	9-52 пг/мл	p < 0,0001 *
АКТГ - чоловіки (n = 41)	58,2 ± 6,3	16,3 ± 2,1	8,3 - 57,8 пг/мл	p < 0,0001 *
ТТГ - жінки (n = 49)	5,9 ± 0,77	8,32 ± 0,81	4,0 - 8,3 (мкЕД/мл)	p < 0,05*
ТТГ - чоловіки (n = 41)	6,3 ± 0,68	8,45 ± 0,88	3,9 - 8,43 (мкЕД/мл)	p < 0,05*

Примітка *p < 0,05 – достовірність міжгрупових відмінностей (критерій Манна-Утні).

Як видно з табл. 1, рівень кортизолу у сироватці крові обстежених хворих на псоріаз жінок основної групи значно відрізнявся від групи контролю (на 50,3%, $p < 0,05$). Середній показник кортизолу у групі чоловіків був вище на 42,9% і також достовірно відрізнявся від контрольної групи ($p < 0,05$). Середній рівень кортизолу у жінок перевищував цей показник у чоловіків, однак, різниця не була достовірна. При досліженні рівнів АКТГ у сироватці крові у обстежених хворих на псоріаз жінок основної групи встановлено збільшення показника у порівнянні від групи контролю у 4,3 рази; при цьому у чоловіків хворих на псоріаз також спостерігалось збільшення показника у 3,6 рази у порівнянні із групою контролю. Середній рівень АКТГ у жінок перевищував цей показник у чоловіків, однак, різниця також не була достовірна.

При досліженні рівня ТТГ у сироватці хворих на псоріаз як жінок, так і чоловіків відмічалось достовірне зниження показника ($p < 0,05$) у порівнянні зі здоровими. Так, у жінок відмічалось більше зниження показника, у порівнянні з чоловіками, але різниця не була достовірна.

Проведення порівняльного аналізу середніх показників досліджених гормонів з урахуванням ступеню тяжкості псоріатичного процесу показало, що у хворих на псоріаз як чоловіків, так і жінок відбувалось збільшення рівнів АКТГ, кортизолу, а також зниження рівня ТТГ у крові пацієнтів (табл. 2).

Таблиця 2. Стан показників гормонального статусу у хворих на псоріаз в залежності від ступеня тяжкості захворювання ($M \pm m$).

Ступінь тяжкості псоріазу	Показники, $M \pm m$		
	АКТГ (пг./мл.)	К (нмоль/л.)	ТТГ (мкЕД/мл.)
Легкий ступінь (n = 22)	39,9 \pm 8,9*	689 \pm 68,8*	6,9 \pm 1,5
Середній ступінь (n = 51)	59,7 \pm 9,1*	799,3 \pm 75,1*	6,1 \pm 0,9
Тяжкий ступінь (n = 17)	77,8 \pm 10,1*	910,4 \pm 80,5*	4,9 \pm 0,6
Контрольна група	15,1 \pm 1,2	410 \pm 42,2	8,3 \pm 0,7

Примітка * $p < 0,05$ – достовірність відмінностей (критерій Манна-Утні).

Так, при легкому, середньому та тяжкому ступеню тяжкості псоріазу АКТГ збільшувався у 2,6; 3,9 та 5,1 рази. Кортизол збільшувався у 1,68; 1,94 та 2,2 рази. При цьому спостерігалась тенденція до зниження показників ТТГ – у 1,2; 1,36 та 1,69 рази. Таким чином, спостерігалось достовірна різниця у досліджуваних показниках гормонального статусу в залежності від ступеня тяжкості дерматозу.

Висновки. Стійкий характер захворювання, часті рецидиви, сезонність загострень, вказують на існування патологічної системи, що відображує неповноцінність адаптаційного потенціалу організму хворих в умовах впливу несприятливих факторів. Характер перебігу загального адаптаційного синдрому у хворих з хронічними захворюваннями, у тому числі при псоріазі, залежить від функціонального стану ендокринної системи, від адекватності секреції гормонів, медіаторів. Стрес-синдром є ланкою адаптаційої системи людини і направлений на пристосування організму до нових умов.

Виявлені порушення ендокринної ланки гомеостазу у хворих псоріазом підкреслюють необхідність розробки методів, направлених на підвищення адаптивних можливостей організму.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Бобынцев И. И. Нервные и эндокринные механизмы патогенеза псориатической болезни / И. И. Бобынцев, Р. Н. Левшин, Л. В. Силина // Курский науч. практик. вестн. – 2007. – №2. – С. 80 – 86.
2. Состояние гипофизарно-тиреоидной системы у больных псориазом / Р. М. Загртдинова [и др.] // Рос. журн. кожных и венер. болезней. – 2006. – №2. – С. 20 – 24.
3. Силина Л. В. Изменение содержания адаптивных гормонов и опиоидных пептидов под влиянием даларгина у больных псориазом / Л. В. Силина // Рос. журн. кожных и венер. болезней. – 2003. – №1. – С. 41 – 44.
4. Christophers E. Comorbidities in psoriasis // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. – 2006. – Vol. 20, №2. – P. 52 – 55.
5. Изменения гормонального статуса у пациентов с очаговым вульгарным псориазом / А. Г. Васильев, Д. В. Заславский, А. П. Трашков [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – №5. – С. 88 – 90.
6. Левшин Р. Н. Современные представления о иммунопатогенезе псориатической болезни / Р. Н. Левшин, И. И. Бобынцев, Л. В. Силина // Курский науч. практик. вестн. «Человек и его здоровье». – 2007. – №1. – С. 72 – 79.
7. Lowes M. A. Pathogenesis and therapy of psoriasis / M. A. Lowes, A. M. Bowcock, J. G. Krueger // Nature. – 2007. – №445. – P. 866 – 873.
8. Psoriasis: dysregulation of innate immunity / J. D. Bos, M. A. de Rie, M. B. Teunissen [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2005. – V. 152, №6. – P. 1098 – 1107.
9. Psoriasis / A. Menter, C. Smith, J. Barker. – Oxford: Health Press. – 2004. – 104 p.
10. The pathogenic role of tissue-resident immune cells in psoriasis / O. Boyman, C. Conrad, G. Tonel [et al.] // Trends Immunol. – 2007. – V. 28, №2. – P. 51 – 57.

Г. И. Макурина,

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН

Г. И. Макуріна,

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІGU ПСОРИАЗУ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ
ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЧОЛОВІКІВ

G. I. Makurina,

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF PSORIASIS FLOW AGAINST THE BACKGROUND
OF HYPERTENSION IN MEN

Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии и эстетической
медицины факультета последипломного образования.

Zaporozhye State Medical University,

Department of dermatology and cosmetic dermatology with the course dermatology and esthetic medicine
for faculty postgraduate education.

Статья поступила в редакцию 18.03.2016.

Резюме

Развитие псориаза на фоне различных коморбидных состояний, в частности, артериальной гипертензии, влияет на клиническое течение обеих заболеваний. С целью изучения особенностей формирования псориаза на фоне артериальной гипертензии у мужчин, обследовано 53 больных, страдающих как изолировано псориазом, так и в сочетании с гипертонической болезнью.

Установлено, что существуют определенные различия в клинических проявлениях и течении псориаза на фоне нормальных цифр артериального давления и повышенных. Мужчины с коморбидной патологией в среднем на 5 лет старше мужчин, страдающих лишь псориазом. Средний возраст мужчин, страдающих псориазом и артериальной гипертензией, составил $53,33 \pm 4,7$ года, без гипертензии – $48,26 \pm 3,9$ года. Имеются также определенные различия относительно индекса массы тела – в целом превышает количество пациентов с нормальной или повышенной массой тела в пределах ожирения I степени.

В группе пациентов с коморбидностью практически 2/3 пациентов страдают тяжелыми формами дерматоза – артрапатической, диффузной и экссудативной. Эти данные подкрепляются результатами подсчета индекса PASI, который в группе артериальной гипертензии зарегистрирован на уровне $32,92 \pm 2,8$, а в группе с нормальными цифрами артериального давления – $27,36 \pm 2,5$. Пациенты с указанными тяжелыми формами имели также нарушения суточного ритма артериального давления в виде недостаточного его снижения в вечерние иочные часы.

Ключевые слова

псориаз, артериальная гипертензия, мужчины.

Резюме

Розвиток псоріазу на тлі різних коморбідних станів і, зокрема, артеріальної гіпертензії, впливає на клінічний перебіг обох захворювань. З метою вивчення особливостей формування псоріазу на тлі артеріальної гіпертензії у чоловіків обстежили 53 хворих, які страждають як лише на псоріаз, так і в поєднанні з гіпертонічною хворобою.

Встановлено, що існують певні відмінності в клінічних проявах і перебігу псоріазу на тлі нормальних цифр артеріального тиску і підвищених. Чоловіки з коморбідною патологією в середньому на 5 років доросліші за чоловіків, які страждають лише на псоріаз. Середній вік чоловіків, які страждають на псоріаз та артеріальну гіпертензію, склав $53,33 \pm 4,7$ року, без гіпертензії – $48,26 \pm 3,9$ року.

Є також певні відмінності щодо індексу маси тіла – в цілому перевищуючи кількість пацієнтів з нормальню або підвищеною масою тіла в межах охоплення I ступеня.

У групі пацієнтів з коморбідністю майже 2/3 пацієнтів страждають на тяжкі форми дерматозу – артропатичну, дифузну та ексудативну. Ці дані підкріплюються результатами підрахунку індексу PASI, який в групі артеріальної гіпертензії зареєстровано на рівні $32,92 \pm 2,8$, а в групі з нормальними цифрами артеріального тиску – $27,36 \pm 2,5$. Пацієнти з за-значеними важкими формами мали також порушення добового ритму артеріального тиску у вигляді недостатнього його зниження у вечірні та нічні години.

псоріаз, артеріальна гіпертензія, чоловіки.

Ключові слова

Resume

Psoriasis development against various comorbid conditions, and in particular, hypertension, affects the clinical course of both diseases. To study the characteristics of the formation of psoriasis on arterial hypertension in males examined 53 patients suffering of psoriasis and in combination with essential hypertension.

It has been established that there are certain differences in the clinical manifestations and course of psoriasis on a background of normal blood pressure, and elevated numbers. Men with comorbid disorders on average 5 years older than men suffering from a psoriasis. The average age of men suffering from psoriasis and hypertension was $53,33 \pm 4,7$ years, without hypertension – $48,26 \pm 3,9$ years.

There are also some differences with respect to the body mass index - in general exceed the number of patients with normal or elevated body weight ranging obesity I degree.

In the group of patients with comorbidity is almost 2/3 of the patients suffer from severe dermatosis – arthropathic, diffuse and exudative. These findings are supported by the results of the counting PASI scores, which in hypertension group was registered at the level of $32,92 \pm 2,8$, while in the group with normal blood pressure numbers – $27,36 \pm 2,5$. Patients with severe forms of the above were also disturbances of circadian rhythm of blood pressure in the form of lack of its decline during the evening and night hours.

Keywords

psoriasis, hypertension, male.

Во всем мире насчитывается более 125 миллионов человек, страдающих псориазом (ПС). Патогенез ПС остается недостаточно изученным, хотя доказано значение явлений оксидативного стресса, эндотелиальной дисфункции, системного воспалительного ответа как наиболее важных его звеньев [1]. По данным ряда исследований, у пациентов с ПС имеется повышенный риск развития сосудистой патологии атеросклеротического генеза, которая включает ИБС, артериальную гипертензию, метаболический синдром, ожирение и сахарный диабет типа 2 [2, 3]. Было продемонстрировано, что распространённость артериальной гипертензии у пациентов с ПС достигает 45% [4].

В последние годы проведено много исследований по изучению связи ПС с хроническими воспалительными заболеваниями различных систем организма, которые протекают на фоне эндогенной интоксикации, нарушения структуры и функции соединительной ткани. При этом важно отметить, что убедительных доказательств механизмов формирования дерматоза до сих пор не существует. Общепризнанным считается факт, что формирование системного воспалительного процесса при ПС зависит от тканевых метаболических нарушений и протекает при активном участии иммунной системы.

В то же время, артериальная гипертензия является дополнительным фактором, влияющим как на развитие ПС в целом, так и на тяжесть его течения [4, 5]. Вариабельность артериального давления (АД) формируют центральные нервные механизмы возбуждения и торможения в коре головного мозга и подкорковых структурах с циркадной периодичностью. Уровень вариабельности АД в определенной степени определяют общее периферическое сосудистое сопротивление, сердечный выброс, а также потребность внутренних органов в энергетическом субстрате и кислороде, состояние баро-, хемо- и адренорецепторов.

Высокий уровень вариабельности артериальной гипертензии у больных гипертонической болезнью ассоциируется с более высокой частотой сердечно-сосудистых осложнений. Высокие значения вариабельности АД ассоциированы с ремоделированием миокарда левого желудочка, тяжестью гипертензивной ретинопатии, снижением почечной функции [6].

В условиях такой распространённости артериальной гипертензии среди больных ПС – имеются лишь единичные работы по изучению взаимного влияния этих заболеваний, особенностей их протекания и терапии, почти отсутствуют сведения о сравнительной характеристике причин, механизмов развития, клинических особенностей псориаза при сопутствующей артериальной гипертензии. В литературе практически отсутствуют сравнительные данные о течении псориаза у мужчин, страдающих артериальной гипертензией, чем и обусловлен выбор данной темы.

Цель работы – сравнить эпидемиологию, клинику и течение псориаза у мужчин на фоне артериальной гипертензии и без неё.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 53 мужчины, страдающие ПС с сопутствующей артериальной гипертензией (30 пациентов) и без неё (23 человека), которые поступали для лечения в стационар КУ «Запорожский областной кожно-венерологический клинический диспансер». Диагноз псориаза устанавливали согласно «Унифицированному клиническому протоколу» (2016) по диагностике и лечению ПС. Артериальная гипертензия у всех больных была представлена гипертонической болезнью II стадии с уровнем гипертензии 1 – 3 степени без адекватной систематической терапии, диагноз устанавливали в соответствии с рекомендациями Ассоциации кардиологов Украины (2013). Все пациенты дали письменное согласие на участие в исследовании.

Для оценки тяжести заболевания ПС использовали методику подсчета индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index) согласно табл. 1.

Показатель PASI в пределах 10 баллов характеризует лёгкое течение заболевания, 20 – 30 баллов – среднюю тяжесть процесса, свыше 30 баллов – свидетельствует о тяжелом течении дерматоза.

Таблица 1. Определение индекса PASI.

Область	Эритема	Шелушение	Инфильтрация	Степень поражения	Удельный коэффициент	PASI
Голова	0-4	0-4	0-4	0-6	0,1	0-7,2
Верхние конечности	0-4	0-4	0-4	0-6	0,2	0-14,4
Тулowiще	0-4	0-4	0-4	0-6	0,3	0-21,6
Нижние конечности	0-4	0-4	0-4	0-6	0,4	0-28,8
Суммарное значение индекса PASI						0-72

Индекс массы тела вычисляли по формуле: ИМТ= $\text{рост}^2 / \text{вес}$.

Индекс массы тела в пределах $30 \text{ см}^2 / \text{кг}$ определяет наличие нормального или избыточного веса, от $30,0$ до $34,9 \text{ см}^2/\text{кг}$ – ожирение I степени, от $35,0$ до $39,9 \text{ см}^2/\text{кг}$ – II степени, от $40 \text{ см}^2/\text{кг}$ и выше – III степени.

Показатели АД определяли путём суточного мониторирования с помощью аппарата АВРМ-04 (Венгрия). Методика подсчёта степени ночного снижения АД и принадлежность к группам, которые характеризуют соотношение дневного и ночных АД, представлена в табл. 2.

Таблица 2. Методика подсчета степени ночного снижения артериального давления.

Для САД	(ср.САДд-ср.САДн) 100% / ср. САДд
Для ДАД	(ср.ДАДд-ср.ДАДн) 100% / ср. ДАДд
ср. САДд - среднее дневное САД, ср. САДн - среднее ночное САД	
ср. ДАДд - среднее дневное ДАД, ср. ДАДн - среднее ночное ДАД	

Степень ночного снижения АД в пределах 10 – 22% присуща группе «dipper», недостаточное (меньше 10%) снижение АД – группе «non-dipper», избыточное (больше 22%) – «over-dipper», при отсутствии снижения или, наоборот, повышении ночных АД – «night-peaker».

Результаты и их обсуждение. Средний возраст мужчин, страдающих псориазом и артериальной гипертензией, составил $53,33 \pm 4,7$ года, без гипертензии – $48,26 \pm 3,9$ года ($p < 0,05$). Распределение пациентов по возрастным группам представлено в табл. 3.

Таблица 3. Распределение обследованных пациентов по возрастным группам.

Возрастная группа	С артериальной гипертензией		Без гипертензии	
	абсолютное количество	%	абсолютное количество	%
35 - 45 лет	6	20,00	10	43,48
45 – 55 лет	8	26,67	8	34,78
55 - 65 лет	12	40,00	4	17,39
65 - 75 лет	4	13,33	1	4,35

Таким образом, большинство мужчин (66,67%) с ПС и сопутствующей артериальной гипертензией – находятся в возрастных пределах от 45 до 65 лет. Среди пациентов, страдающих лишь ПС, почти половина (43,48%) приходится на возрастную группу 35 – 45 лет.

Согласно показателя индекса массы тела мужчины были разделены на следующие группы (табл. 4).

Таблица 4. Показатели индекса массы тела.

ИМТ	С артериальной гипертензией		Без гипертензии	
	абсолютное количество	%	абсолютное количество	%
меньше $30,0 \text{ см}^2/\text{кг}$	12	40,00	8	34,78
$30,0 - 34,9 \text{ см}^2/\text{кг}$	15	50,00	13	56,52
$35,0-39,9 \text{ см}^2/\text{кг}$	3	10,00	2	8,70

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в целом превышает количество пациентов с нормальной или повышенной в пределах ожирения I степени, массой тела. В то же время, отсутствуют статистически значимые различия у мужчин обеих групп относительно массы тела, в обеих случаях пациенты с ожирением I степени преобладали в обеих группах ($p < 0,05$).

Мы изучили особенности клинических проявлений ПС. Нужно отметить, что у подавляющего большинства мужчин – 52 пациентов, что составляет 98,11% – мы наблюдали распространенные формы, только в одном случае (1,89%) – ограниченная (ладонно-подошвенная). Распределение клинических форм ПС представлено на диаграммах (рис. 1 и 2).

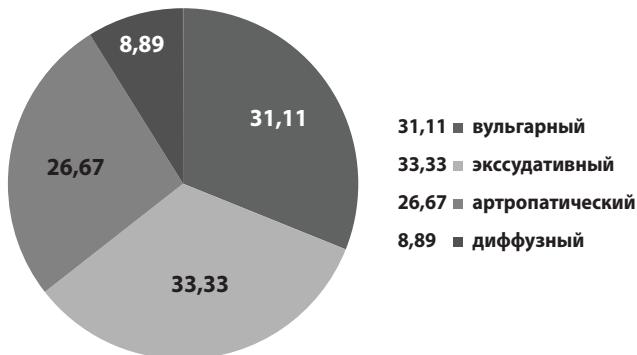


Рис. 1. Варианты псориаза у пациентов с артериальной гипертензией.

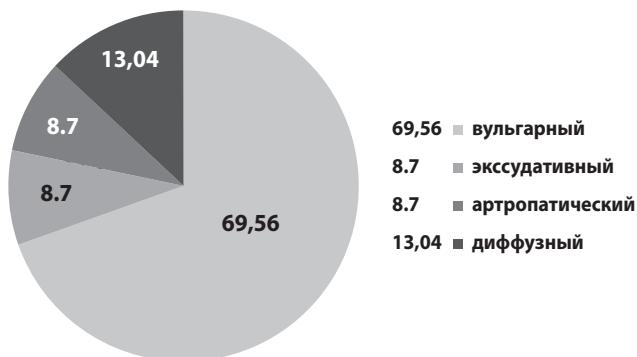


Рис. 2. Варианты псориаза у пациентов без артериальной гипертензии.

Из диаграмм видно, что вульгарный ПС составляет примерно 1/3 всех форм – 31,11% у мужчин с ПС и артериальной гипертензией и почти 2/3 (69,56%) – у пациентов без артериальной гипертензии. В группе пациентов с коморбидностью практически 2/3 пациентов страдают тяжелыми формами дерматоза – артропатической, диффузной и эксудативной. Эти данные подкрепляются результатами подсчета индекса PASI, который в группе артериальной гипертензии зарегистрирован на уровне $32,92 \pm 2,8$, а в группе с нормальными цифрами АД – $27,36 \pm 2,5$ ($p < 0,05$).

В целом суточный мониторинг АД проведено 21 мужчине, среди которых – 13 с артериальной гипертензией и 8 – без гипертензии. По результатам обследования выявлено, что большинство пациентов с ПС и артериальной гипертензией одновременно имеет нарушения циркадного ритма АД в виде недостаточного его снижения в вечерние иочные часы, общее количество таких больных составляет 53,85% (7 человек). Недостаточное снижение АД ночью обычно сопровождается более частым поражением органов-мишеней, таких как гипертрофия миокарда, сердечная, почечная недостаточность, ретинопатия, гломерулосклероз и прочее. У наших пациентов мы

проследили взаимосвязь между принадлежностью к группе снижения АД и формой ПС. Выявлена следующая закономерность: пациенты с нормальным для большинства населения типу снижения АД («dipper») имеют более легкие формы ПС (4 случая из 6 у мужчин с сопутствующей артериальной гипертензией и 3 из 5 – у больных лишь ПС). Больные категории «non-dipper» и «night-peaker» представлены более тяжелыми формами ПС (экссудативным, диффузным и артропатическим). Таким образом, предварительно можно провести взаимосвязь между степенью тяжести ПС и нарушением нормализации АД у мужчин, страдающих одновременно ПС с артериальной гипертензией. Количество обследованных невелико, потому для повышения достоверности определяемых данных необходимо продолжить исследования.

Таблица 5. Деление по группам соответственно соотношению день – ночь АД.

ИМТ	С артериальной гипертензией		Без гипертензии	
	абсолютное количество	%	абсолютное количество	%
меньше 30,0 см ² /кг	12	40,00	8	34,78
30,0 – 34,9 см ² /кг	15	50,00	13	56,52
35,0–39,9 см ² /кг	3	10,00	2	8,70

Выводы:

- Пациенты с коморбидной патологией старше, средний возраст больных, страдающих псориазом (ПС) и артериальной гипертензией составляет $53,33 \pm 4,7$ года, без гипертензии – $48,26 \pm 3,9$ года.
- Клинические особенности течения ПС, ассоциированного с артериальной гипертензией, характеризуются высоким процентом (68,89%) тяжелых форм дерматоза, достоверно чаще регистрируется экссудативная и артропатическая формы; у больных без гипертензии преобладает вульгарный бляшечный ПС.
- У мужчин, страдающих одновременно ПС и артериальной гипертензией, регистрируются нарушения суточного ритма артериального давления в виде недостаточного его снижения в вечерние иочные часы, что ассоциируется с более тяжелыми клиническими формами ПС.

Таким образом, выявлены существенные различия в этиологических факторах, условиях формирования и клинике ПС при сопутствующей артериальной гипертензии. Это требует дальнейших исследований по изучению механизмов развития дерматоза и разработке дифференцированной терапии для этой категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

- Куц Л. В. Современные аспекты патогенеза псориаза / Л. В. Куц // Запорожский медицинский журнал. – 2011. – Т. 13, №5. – С. 29 – 32.
- Сизон О.О. Контроль за розвитком та перебігом супутньої патології у хворих на артропатичний псоріаз / О. О. Сизон, В. І. Степаненко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2014. – №2 (53). – С. 13 – 24.
- Oliveira, Mde. F. Psoriasis: classical and emerging comorbidities / Mde. F. Oliveira, Bde. O. Rocha, G. V. Duarte // An Bras. Dermatol. – 2015. – Vol. 90 (1). – P. 9 – 20.
- Ryan C. Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities / C. Ryan, B. Kirby // Dermatol. Clin. – 2015. – Vol. 33 (1). – P. 41 – 55.
- Tupikowska M. Psoriasis is a metabolic and cardiovascular risk factor / M. Tupikowska, A. Zdrojowy-Welna, J. Maj // Pol. Merkur. Lekarski. – 2014. – Vol. 37 (218). – P. 124 – 127.
- Сіренко Ю. М. Гіпertonічна хвороба і артеріальні гіпертензії / Ю. М. Сіренко. – Донецьк: Видавець О. Ю. Заславський, 2011. – 304 с.

© Р. Яакуби, В. П. Федотов

УДК 616-097.3:[616.53-002-06:616.5-022.7]

Р. Яакуби, В. П. Федотов,

ИМУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С МАЛАССЕЗИОЗОМ КОЖИ

Р. Яакуби, В. П. Федотов,

ІМУННИЙ СТАТУС У ХВОРІХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З МАЛАССЕЗІОЗОМ ШКІРИ

R. Yaakubi, V. Fedotov,

IMMUNE STATUS OF PATIENTS WITH ACNE AND CONCOMITANT SKIN MALASSEZIOSIS

Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии и эстетической
медицины факультета последипломного образования.

Zaporozhye State Medical University,

*Department of dermatology and cosmetic dermatology with the course dermatology and esthetic medicine
for faculty postgraduate education.*

Статья поступила в редакцию 4.04.2016.

Резюме

При изучении у 120 больных угревой болезнью иммунного статуса, выявлено угнетение функции фагоцитов, снижение показателей НСТ-теста, депрессия Т-клеточного звена иммунитета, увеличение CD22+, снижение коэффициента CD4+ / CD8+, увеличение иммуноглобулинов M и G, продукция интерлейкинов – 10 и – 12, главным образом у пациентов с сопутствующим малассезиозом кожи, которые зависят от тяжести течения угревой болезни.

Ключевые слова

иммунитет, клетка, фагоцит, иммуноглобулин, интерлейкин, угревая болезнь, малассезиоз, лимфоцит.

Резюме

При вивченні у 120 хворих на вугрову хворобу імунного статусу, встановлено пригнічення функції фагоцитів, зниження показника НСТ-тесту, депресія Т-клітинної ланки імунітету, збільшення CD22+, зниження коефіцієнту CD4+ / CD8+, збільшення імуноглобулінів M та G, продукції інтерлейкінів – 10 та – 12, головним чином у пацієнтів з супутнім мала-сезіозом шкіри, які залежали від тяжкості перебігу вугрової хвороби.

Ключові слова

імунітет, клітина, фагоцит, імуноглобулін, інтерлейкін, вугрова хвороба, маласезіоз, лімфоцит.

Resume

In the study of 120 patients with acne immune status showed inhibition of phagocyte function, reduced NBT-test, depression T-cell immunity, increase CD22 + reduction ratio of CD4 + / CD8 +, increased immunoglobulin M and the G, the production of interleukin – 10 and – 12 mainly in patients with concomitant malasseziosis skin, which depend on the severity of acne.

Keywords

immunity, cell, phagocyte, immunoglobulin, interleukin, acne, malassezioz, lymphocyte.

Как известно, угревая болезнь развивается на фоне определенных сдвигов в иммунной системе, которые нередко связаны с патологией внутренних органов [1 – 3]. Для оценки состояния защитных сил организма, проведения рациональной курации пациентов, назначения адекватного

дифференцированного лечения и диспансеризации, мы исследовали иммунный статус больных угревой болезнью, сочетанной с малассезиозом кожи и без сопутствующего микоза [4 – 6].

С учётом клинических и лабораторных данных об лекальных особенностях воспаления при угревой болезни, параллельно с исследованиями клеточных реакций и неспецифических факторов из крови, взятой из пальцев рук, мы впервые исследовали эти показатели в крови, взятой из пораженной кожи лица [4 – 6].

Цель исследования – оценить состояние иммунного статуса у больных угревой болезнью, сочетающейся с малассезиозом кожи.

Материал и методы. Мы наблюдали 120 больных угревой болезнью, мужчин – 55 (45,8%), женщин 65 (54,2%) возрастом 16 – 27 лет. Длительность заболевания составила в основном 3–8 лет (80,8%). Папуло-пustулёзные угри диагностированы у 102 из 120 больных (85%), узловато-кистозные – у 18 (15%). Малассезиоз кожи установлен нами в виде разноцветного лишая, гнойного фолликулита, кератоза Дарье, питириаза волосистой части головы, как сопутствующий фактор у 100 больных угревой болезнью.

Исследовали лейкоцитарную формулу, функциональную активность фагоцитирующих клеток, фенотипировали лимфоциты. Определение общего и относительного количества лейкоцитов проводилась унифицированным методом подсчёта в счетной камере. Изучение лейкоцитарной формулы проводили унифицированным методом морфологического исследования форменных элементов крови с дифференцированным подсчётом лейкоцитарной формулы в сухих, фиксированных и окрашенных мазках крови. Фенотипирование лимфоцитов проводилось методом иммунофенотипирования клеток крови по дифференцированным антигенам (так называемыми CD-рецепторами) с помощью моноклональных антител набора «Клоносспектр» (Россия). Непрямая реакция поверхности иммунофлюoresценции выполнялась непосредственно в цельной крови обследованных. Исследование проводилось согласно инструкции. Учёт результатов реакции проводился с помощью метода флюоресцентной микроскопии по относительному количеству:

- CD3+ – клеток – число зрелых Т-лимфоцитов;
- CD4+ – число Т-хеллеров;
- CD8+ – число Т-цитотоксических клеток;
- CD22+ – число В-лимфоцитов;
- CD16+ – число натуральных киллеров.

Кроме подсчета относительного числа отдельных субпопуляций лимфоцитов, проводился анализ: – их соотношения CD4+ / CD8+ – этот индекс, близкий к иммунорегуляторному индексу (ИРИ), позволяет оценить влияние иммуноадгезивных свойств мембран регулирующих субпопуляций Т-лимфоцитов на формирование иммунного ответа; Содержание иммуноглобулинов классов A, M и G в сыворотке крови определяли методом прямой радиальной иммунодиффузии в геле с помощью моноспецифических диагностических сывороток (Россия).

Кроме того, анализировали в сыворотке крови концентрацию IL – 10 и IL – 12 количественно методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью стандартных наборов «Biosorrc International, Inc.hil-1 α kit» и «Inc.hvegf kit».

ФАЛ исследовали используя оценку фагоцитарной активности полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПМЯЛ) периферической крови и бактерицидной активности фагоцитирующих клеток по восстановлению в них бесцветного тетразолия нитросинего в фармазан.

Фагоцитарную активность нейтрофилов периферической крови оценивали по степени захвата ПМЯЛ фиксированных клеток пекарских дрожжей (0,05% суспензии в растворе Хенкса) с определением:

- фагоцитарного индекса (ФИ) – процента клеток, вступивших в фагоцитоз;
- фагоцитарного числа (ФЧ) – среднего числа фагоцитированных клеток гриба в фагоците.

Бактерицидную активность фагоцитирующих клеток определяли с помощью НСТ-теста, результаты оценивали по количеству НСТ-положительных клеток (фагоцитов, содержащих гранулы диформазана) в окрашенных метиленовым зеленым препаратах.

Таблица 1. Активность фагоцитов у обследуемых.

Показатели, %	Вольные угревой болезнью с малассезиозом кожи (n = 100)	Больные угревой болезнью без микоза (n = 20)	Группа контроля (n=14)
ФИ	36,8 ± 3,82xx	83,4 ±4,15	85,9 ± 1,38
ФЧ	3,38 ± 0,58xx	7,92 ± 0,58	8,12 ±0,72
Нейтрофилы	5,32 ± 0,32	4,92 ± 0,38	4,71 ± 0,29
НСТ-тест	15,2 ± 1,98xx	27,8 ±2,38	20,9 ± 1,78

Примечание: xx – p < 0,01 при сравнении; x – p < 0,05 с группой контроля.

Результаты и их обсуждение. Как видно из табл. 1, количество нейтрофилов статистически достоверно не отличалось от их количества у здоровых людей. В то же время ФИ (фагоцитарный индекс или число фагоцитирующих нейтрофилов) имел выраженную тенденцию ($p < 0,01$) к уменьшению, главным образом у пациентов угревой болезнью с сопутствующим малассезиозом, в отличие от больных без микоза. Одновременно со снижением ФИ, у больных основной группы (с наличием сопутствующего малассезиоза) отмечалось статистически значимое уменьшение ФЧ (среднее число фагоцитированных грибковых клеток), в отличие от группы сравнения больных угревой болезнью без микоза. В табл. 1 отмечено статистически достоверное ($p < 0,01$) снижение показателей НСТ-теста. В противоположность этому, в группе сравнения угревой болезнью без малассезиоза наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение НСТ-теста.

Таблица 2. Количество популяций и субпопуляций лимфоцитов у больных угревой болезнью.

Показатели	Контрольная группа (n = 14)	Больные угревой болезнью с сопутствующим малассезиозом (основная группа) (n= 100)	Больные угревой болезнью без малассезиоза (группа сравнения) (n = 20)
Лейкоциты крови	10 ⁹ /л	6,62 ± 0,42	5,14 ± 0,9xx
Лимфоциты	10 ⁹ /л	1,72 ±0,24	1,11 ±0,2xx
крови	%	29,9 ± 1,46	22,1 ±2,8xx
CD3+	10 ⁹ /л	1,06 ±0,01	0,75 ± 0,06xx
	%	62,6 ± 0,28	60,2 ± 4,08xx
CD4+	10 ⁹ /л	0,62 ± 0,04	0,36 ± 0,04xx
	%	36,1 ±2,84	25,4 ± 4,8
CD8±	10 ⁹ /л	0,41 ±0,02	0,24 ± 0,02xx
	%	25,8 ± 1,74	23,4 ±5,1
CD16+	10 ⁹ /л	0,22 ± 0,03	0,39 ±0,01x
	%	16,82 ± 1,73	21,2 ± 1,64
CD22+	10 ⁹ /л	0,27 ±0,01	0,38 ± 0,01xx
	%	16,1 ± 1,08	18,9 ±0,8
CD4+/CD8+		15 ±0,07	1,14 ± 0,01x
			1,5 ±0,01

Примечание: xx – p < 0,01 при сравнении; x – p < 0,05 с группой контроля.

Обращает на себя внимание, что наиболее показательные нарушения обнаруживались нами и пациентов с более тяжелым течением угревой болезни (IV стадия болезни).

Из табл. 2 видно, что у больных угревой болезнью, сочетанной с малассезиозом кожи, отмечаются выраженные, с достаточно высокой степенью достоверности ($p < 0,05$ и $p < 0,01$), изменения количественного состава основных популяций и субпопуляций лимфоцитов. У больных угревой болезнью с сопутствующим малассезиозом, в отличие от больных без микоза, отмечено статистически достоверное снижение числа лейкоцитов ($p < 0,05$).

Особый интерес вызвало изучение количества натуральных киллеров (CD16+) в сыворотке крови. Исследование показало, что в сравнении со здоровыми лицами у больных в основной группе и группе сравнения отмечалась тенденция к повышению CD16+ ($p < 0,05$). Абсолютное и относительное содержание числа CD22+ (B-лимфоциты) было статистически значимо ($p < 0,01$) увеличено только у больных угревой болезнью, осложненной малассезиозом.

Такие изменения количественного состава основных популяций и субпопуляций лимфоцитов у больных угревой болезнью с сопутствующим малассезиозом мы расцениваем как проявление иммунорегуляторных нарушений с наличием признаков иммунодефицита, увеличения числа CD22+ и снижение коэффициента CD4+/CD8+.

Отметим, что выявленные нарушения в иммунном статусе зависят от стадии угревой болезни: они были минимальными у пациентов со второй стадией и были более выражены – в третьей, достигая максимума в четвертой. Однако мы не приводим эти материалы, поскольку они будут иметь существенную роль при проведении сопоставительного анализа данных и клинических проявлений угревой болезни, малассезиоза, а также других важных изученных патогенетических факторов. Это даст возможность выделить конкретные обоснованные клинико-терапевтические группы, позволяющие рекомендовать рациональную дифференцированную терапию этой смешанной патологии.

Из табл. 3 видно существенное усиление продукции Ig G в обеих группах больных ($p < 0,05$), более выраженное у пациентов угревой болезнью с сопутствующим малассезиозом, что согласуется с данными литературы об увеличении этого иммуноглобулина при острых и хронических бактериальных, грибковых инфекциях. Этот иммуноглобулин составляет основную часть иммуноглобулинов (до 80%), являясь важнейшим фактором гуморального иммунитета, осуществляя защитную функцию, благодаря токсин-нейтрализующей, опсонизирующей и бактерицидной активности.

Таблица 3. Показатели уровня иммуноглобулинов в крови у обследованных.

Показатели	Группа контроля (n = 14)	Больные угревой болезнью с сопутствующим малассезиозом (основная группа) (n = 100)	Больные угревой болезнью без малассезиоза (группа сравнения) (n = 20)
Ig G (г/л)	12,2 ± 1,1	17,1 ± 1,2x	15,6 ± 0,9 x
Ig A (г/л)	2,7 ± 0,3	2,9 ± 0,3	2,3 ± 0,7
Ig M (г/л)	1,5 ± 0,1	2,4 ± 1,1x	1,4 ± 0,2

Примечание: xx – $p < 0,01$ при сравнении; x – $p < 0,05$ с группой контроля.

Мы не смогли отметить статистически достоверных изменений уровня Ig A. Концентрация иммуноглобулина M была достоверно ($p < 0,05$) увеличена у больных угревой болезнью осложненной малассезиозом. Антитела, связанные с иммуноглобулином M появляются на первом этапе иммунного ответа и играют важную роль при бактерии. Увеличение Ig M у обследованных основной группы с микотическим осложнением соответствует данным литературы.

Таблица 4. Сывороточные уровни цитокинов IL-10 и IL-12 у обследованных.

Показатели ($\text{п}^2/\text{мл}$)	Здоровые люди (n=14)	Больные угревой болезнью без малассезиоза (n = 20)	Больные угревой болезнью с сопутствующим малассезиозом (основная группа) (n = 100)
Интерлейкин 10 (IL-10)	$5,12 \pm 0,3$	$25,6 \pm 5,6$ x	$40,2 \pm 6,2$ x
Интерлейкин 12 (IL-12)	$28,32 \pm 6,58$	$86,8 \pm 8,4$ x	$12,4 \pm 14,2$ x

Примечание: x - различия между исследуемыми группами достоверны ($p < 0,05$).

По мнению многих авторов, оценка цитокинового статуса является важнейшим дополнением к пониманию патогенеза заболевания, позволяет получить информацию о функциональной активности различных типов иммунокомпетентных клеток, о тяжести воспалительного процесса, его переходе на системный уровень и прогнозе течения. Индуцирующую роль цитокинов в развитии воспаления сально – волосяного фолликула отмечали многие авторы. Было установлено, что Psoriasis способствует выделению из эпителия протоков сальной железы противовоспалительных цитокинов, включая ИЛ-10 и ИЛ-12.

Также было показано, что Psoriasis продуцирует ферменты, активирует комплемент, хемотаксин нейтрофилов и выработку цитокинов ИЛ-2 и ИЛ-6. Отмечалось, что клиническое обострение на коже сочеталось с ростом условно-патогенных микроорганизмов в патологических очагах и изменениями иммунограмм, характеризующих вялотекущий воспалительный процесс. Было показано, что Psoriasis вызывает активацию ИЛ-12.

Наше внимание привлекли ИЛ-10 и ИЛ-12, которые по данным (Е.В.Наход(2009), [7], являются одними из важнейших регуляторных цитокинов, во многом определяющих направленность иммунного ответа, под их влиянием подавляется клеточный ответ (T-хелперы), снижает функцию моноцитов – макрофагов, в том числе подавляют продукцию ими противовоспалительных цитокинов. ИЛ-10 продуцируется главным образом Т-лимфоцитами – хелперами 2-го типа. Подавляет функцию T-хелперов 1-го типа, ЕК-клеток и моноцитов, снижая продукцию иммуноцитинов (γ-интерферона, ОНФ, ИЛ-1, ИЛ-8). Усиливает пролиферацию В-лимфоцитов и тканевых базофилов.

ИЛ-12 продуцируется В-лимфоцитами, моноцитами – макрофагами. Это важнейший цитокин, способствующий дифференцировке «наивных» T-хелперов (Th0) в T-хелперов 1-го типа. Усиливает генерацию ЕК-клеток и цитотоксических Т-лимфоцитов.

Повышает продукцию γ-интерферона Т-лимфоцитами и ЕК-клетками. Усиливает активность ЕК- и К-клеток.

Исследование цитокинового статуса при угревой болезни показало, что уровень IL-10 был повышен у 40% больных, уровень IL-12 был повышен у 32% больных по сравнению с группой здоровых лиц. У 27% пациентов были повышены уровни обеих цитокинов.

Необходимо отметить, у больных угревой болезнью с сопутствующим малассезиозом уровни IL-10 и IL-12 были повышены у всех 60 обследуемых, по сравнению с группой здоровых лиц.

Сывороточное содержание интерлейкина-10 у пациентов угревой болезнью осложненной малассезиозом достоверно превышало нормальные значения более чем в 8 раз ($p < 0,05$). Содержание интерлейкина-12 в сыворотке крови этих больных достоверно превышало показатели у здоровых лиц почти в 5 раз.

Выводы:

- 1) У обследованных угревой болезнью выявлены нарушения иммунного статуса, характеризующиеся изменениями функции фагоцитов в виде ее угнетения, более показательные у пациентов с сопутствующим малассезиозом. Эти нарушения прогрессировали по мере осложнения течения угревой болезни, особенно при сопутствующем малассезиозе, что мы расцениваем как взаимо- влияющие процессы, приводящие к более неблагоприятному течению угревой болезни.

2) Выявлены изменения количественного состава основных популяций и субпопуляций лимфоцитов у обследованных, особенно у пациентов с угревой болезнью осложненной малассезиозом, что расценено как проявление иммунорегуляторных нарушений с наличием признаков иммунодефицита: увеличение числа CD22+ и снижение коэффициента CD4+ / CD8+. Эти нарушения зависят от стадии угревой болезни и были более выражены – в четвертой. Депрессия Т-клеточного звена иммунитета характеризовалась диссоциацией уровня CD3+ и CD22+, CD4+, CD8+ и особенно CD16+.

3) У обследованных обнаружено увеличение иммуноглобулина G в обеих группах, а Ig M- у больных угревой болезнью, осложненной малассезиозом, при нормальных показателях Ig A. Изменения уровня иммуноглобулинов, обнаруженное нами более показательно у больных осложненной угревой болезнью, что способствовало появлению при угревой болезни иммунопатологических изменений под влиянием сопутствующей малассезиозной инфекции.

4) Обнаружено достоверное увеличение продукции интерлейкинов – 10 и 12, что свидетельствует о гиперактивности противовоспалительных механизмов и может быть фоном для усиления колонизации малассезиоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Караумов А. В. Клиническая иммунология в дерматовенерологии и косметологии / А. В. Караумов, А. Д. Юцковский. – Владивосток, Медицина ДВ. – 2013. – 202 с.
2. Адасевич В. П. Акне вульгарные и розовые / В. П. Адасевич. – М.: Медкнига, Н. Новгород; НГМА, 2005. – 160 с.
3. Кубанова А. А. Современные особенности патогенеза и терапии акне / А. А. Кубанова, В. А. Самсонов, О. В. Забненкова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. – №1. – С. 9 – 15.
4. Суворова К. Н. Юношеские угри – клиника, патогенез, лечение / К. Н. Суворова, Н. В. Котова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 1999. – №3. – С. 67 – 72.
5. Волошина Н. О. Особливості клініки та перебігу вульгарних вугрів на тлі супутньої гелікобактерної інфекції гастродуодenalnoї локалізації / Н. О. Волошина, О. І. Денисенко, В. Я. Васюк // УЖДВК. – 2013. – №3 (50). – С. 16 – 21.
6. Кочан Б. Г. Современные и наиболее безопасные подходы в комбинированном лечении акне: взгляд на проблему / Б. Г. Кочан, Е. А. Верба // Укр. журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2011. – №2 (41). – С. 82 – 86.
7. Наход Е. В. Особенности местного иммунитета и цитокинового статуса у мужчин с угревой болезнью: автореферат дис. к.м.н.: 14.00.36 / Е. В. Наход – Владивосток, 2009. – С. 22.

© B. V. Mykhaylov, V. B. Mykhaylov, I. V. Zdesenko

УДК 616.89

B. V. Mykhaylov², V. B. Mykhaylov¹, I. V. Zdesenko³,

SECONDARY DEPRESSION ON CARDIOVASCULAR AND CEREBROVASCULAR DISEASES PATIENTS

Б. В. Михайлов¹, В. Б. Михайлов², І. В. Здесенко³,

ВТОРИННА ДЕПРЕСІЯ У ХВОРІХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Б. В. Михайлов¹, В. Б. Михайлов², І. В. Здесенко³,

ВТОРИЧНА ДЕПРЕССІЯ У БОЛЬНИХ ИНФАРКТОМ МІОКАРДА И МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine¹;

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine²;

SI «Institute of neurology, psychiatry and narcology NAMS», Kharkiv, Ukraine³.

Харківська медична академія післядипломної освіти¹;

Харківський національний медичний університет²;

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків³.

Стаття надійшла до редакції 21.04.2016.

Resume

In research, based on the systematic approach of evaluating results of complex clinical-psychopathological, psychodiagnostical investigation myocardial infarction and cerebral stroke patients the clinical structure features, regularities in the formation, development and course of somatogenic depression and associated disorders on these patients was determined.

At patients with cardiac infarction in acute period the pain syndrome is the main one, leads to severe psycho-emotional disorders. Against the background of cognitive function preservation phobic, anxiety and depressive symptoms prevail, their intensity depends on the severity of pain. Subsequently, the primary psycho-emotional constituent element disappeared and anxiety-depressive disorders developed along with hypo- and anozognostical type of personal condition perception. At cerebral stroke patients disorders of level of consciousness were primary with cognitive and asthenic disturbances with subsequent formation of psycho-emotional disorders, anxiety and depressive disorders with hypochondrical elements on the basis of persistent cognitive impairments.

Keywords

secondary depression, anxiety, psychotherapy, myocardial infarction, cerebral stroke.

Резюме

На основі системного підходу в оцінці результатів комплексних клініко-психопатологічних, психодіагностичних досліджень осіб, що перенесли ІМ та МІ, було визначено особливості клінічної структури, закономірності формування, розвитку та перебігу соматогенної депресії та асоційованих розладів у даних хворих.

Ухворюх з ІМ в гострому періоді провідним є бальовий синдром, що призводить до виражених психоемоційних розладів. На тлі збереження когнітивних функцій переважає фобічна, тривожно-депресивна симптоматика, вираженість якої безпосередньо залежить від вираженості бальового синдрому. У подальшому первинний психоемоційний вітально зумовлений компонент зникає, формується тривожно-депресивні порушення, гіпо- і анозогностичні типи сприйняття свого стану. У пацієнтів з МІ первинним є порушення рівня свідомості з когнітивними і астенічними порушеннями з подальшим формуванням психоемоційних розладів, тривожно-депресивних порушень з елементами іпохондризації на тлі збереження когнітивних розладів.

Ключові слова вторинна депресія, тривога, психотерапія, інфаркт міокарда, мозковий інсульт.

Резюме На основе системного подхода в оценке результатов комплексных клинико-психопатологических, психодиагностических исследований лиц, перенесших ИМ и МИ, были определены особенности клинической структуры, закономерности формирования, развития и течения соматогенной депрессии и ассоциированных расстройств у этих больных. У больных ИМ в остром периоде ведущим является болевой синдром, который приводит к выраженным психоэмоциональным расстройствам. На фоне сохранения когнитивных функций превалирует фобическая, тревожно-депрессивная симптоматика, выраженностя которой напрямую зависит от выраженности болевого синдрома. В последующем первичный психоэмоциональный витально обусловленный компонент исчезает, формируются тревожно-депрессивные нарушения, гипо- и анозогностический тип восприятия своего состояния. У пациентов с МИ первичным является нарушение уровня сознания с когнитивными и астеническими нарушениями с последующим формированием психоэмоциональных расстройств, тревожно-депрессивных нарушений с элементами ипохондризации на фоне сохраняющихся когнитивных расстройств.

Ключевые слова вторичная депрессия, тревога, психотерапия, инфаркт миокарда, мозговой инсульт.

The cardiovascular and cerebrovascular diseases are the main medical problem at the end of XX and beginning of XXI centuries. The growth of pace of life, changes in demographics, bad habits, scientific and technological progress, constant exposure to stress determine not only an increase of cardiovascular and cerebrovascular pathology, but also a significant increase of mental and behavioral disorders, a special role among which takes violations of depressive spectrum.

Herewith increase of depressive disorders is not due to endogenic forms, but due to psychogenic, reactive, masked, mixed forms, including somatogenic which characterized by primarily somatic manifestations. This trend contemporary continues in the world and in Ukraine as well.

The problem of cardiovascular diseases takes a special place in the range of psychosomatic pathologies [1]. It is connected with their significant incidence, also in productive age, high mortality and disability rates. Every year cardiovascular diseases caused 4300000 deaths in Europe, in particular, there are more than 2 million fatal cases in the European Union [2 – 5].

In Ukraine mortality associated with cardiovascular diseases occupies the first place and the hardest complications of cardiovascular diseases are Myocardial infarction (MI) and Cerebral stroke (CS). MI and CS are the main causes of mortality, accounting for 55% of all fatalities [2, 4, 6].

The majority of patients (60 – 85%) with MI and CS suffered from depressive spectrum disorder that complicated the course of treatment, the outcomes of the disease, the recovery and rehabilitation processes [3, 4, 7 – 10]. Approximately 10 – 15% of patients with depression prone to suicidal attempts [3, 4, 6, 9].

The main objects of our research.

To study clinical structure, patterns of development, pathophysiological formation mechanisms of somatogenic depression and associated disorders in patients with MI and CS.

To conduct comparative analysis of depressive spectrum disorders and associated disorders in MI and CS patients.

To create multimodal based system of psychotherapeutical correction of depressive spectrum disorders and associated disorders in MI and CS patients.

For conducting the research 120 patients were involved and they were divided into 2 supervision groups (60 patients with MI and 60 patients with CS). Examination of the patients was carried out in four stages: Stage 1 – within 28 days after MI or CS (acute phase), Stage 2 – 3 months after the event (subacute phase), Stage 3 – 6 months after the event (the recovery period), Stage 4 – 1 year after the event (consequences period). Throughout the period of the survey on the background of basic therapy patients have been conducted by psychotherapeutic correction and psychological support.

Methods of research: clinical methods, psycho-diagnostical methods (Hamilton scale of depression (HDRS), Beck scale of depression (BDS), Spylberger scale of personal and reactive anxiety, Mini-Mental State Examination (MMSE), quality of life test (I. Mezzich, N. Cohen, M. Ruiperez, I. Lin, G. Yoon, 1999), statistical methods [5, 11, 12].

Dynamic of leading depressive spectrum and associated disorders in patients with MI and CS illustrated on pic. 1 and pic. 2 of Supplement №1.

The obtained results demonstrated that the most frequent syndromes in MI patients in the acute phase were: pain (86,7%), phobic (83,3%), asthenic-anxious (43,3%) syndromes. Development and severity of panic and phobic symptoms depend on pain syndrome severity. Asthenic symptoms in this group of patients were part of the asthenic-anxiety, asthenia, depression (16,7%), asthenic-hypochondriac (10,0%) syndromes. Hysteria syndrome and cognitive deficits were observed in 6,7% of cases. In 13,3% of MI patients anozognostical attitude to the disease manifested as appropriate response impairment, denying hospital admission and treatment, decrease in critical assessments of their own state, complete disregard as to the severity of their condition. Disorders of consciousness in their superficial form, obtundation, were observed in 6,7% of patients.

During the second stage of our research the MI patients demonstrated a decrease in pain (50,0%), phobic (40,0%) and asthenic-anxiety (33,3%) syndromes. On the contrary, incidence and severity of asthenic-depressive (26,7%), hysterophorm (10,0%) and asthenic-hypochondriac (10,0%) syndromes increased. The number of patients with cognitive impairments (10,0%) and anozognostical attitude to the disease (16,7%) increased as well.

During the third stage of our research the most frequent were asthenic-depressive (33,3%), pain (30,0%) syndromes, anozognostical attitude to the disease (23,3%). Asthenic-anxiety (23,3%) and phobic (13,3%) syndromes were also frequently diagnosed in MI patients but their intensity decreased. The incidence of cognitive impairments (13,3%) increased, especially in depressed patients.

During the fourth stage of our research the incidence and severity of psychopathological syndromes decreased after psychotherapeutic support. Thus, pain syndrome was observed in 23,3% of cases, asthenic-depressive syndrome in 21,7% of cases, asthenic-anxiety syndrome in 13,3% of cases, phobic syndrome in 10,0% of cases and attitude to the disease in 16,7% of cases. The incidence of cognitive impairment (10,0%), hysteriform (10,0%) and asthenic-hypochondriac (6,7%) syndromes remained on the same level.

Altered consciousness syndrome was the primary one in all cerebral stroke patients in the acute phase. Superficial forms of consciousness disorders, such as somnolence (10,0%), obtundation (46,7%), torpor (33,3%) were prevalent. 10,0% of patients developed more intensive consciousness disorders (stupor). Subsequently they developed cognitive disorders syndrome (83,3%) and asthenic syndrome (66,7%). During the recovery period, on the second stage of the study, cognitive impairments intensity (66,7%), pain syndrome (53,3%), asthenic syndrome (40,0%), anozognostical disorders (10,0%) decreased. Psycho-emotional disorders became the main ones. Asthenic syndrome remained the basic one, developing depressive (33,3%), hypochondriac (10,0%), anxious (16,7%), hysterophorm (6,7%) features.

In the third stage of the research the intensity of psycho-emotional disorders and depressive reactions was increasing in CS patients. Pain syndrome (40,0%), asthenic-depressive syndrome (40,0%), cognitive impairment syndrome (80,0%) were the main ones. The number of patients with isolated asthenic syndrome decreased to 20,0%. Asthenic syndrome was part of the asthenic-depressive (40,0%), asthenic, anxiety (23,3%) and asthenia-hypochondriac (16,7%) syndromes. Representation of hysterophorm syndrome at this stage of the research was the same. Incidence of anozognostical attitude to the disease decreased to 6,7%. Depression and anxiety correlated with the intensity of neurological deficit and its impact on quality of life. In the fourth stage of the research against the background of psychotherapeutic correction, the intensity of psycho-emotional disorders and depressive reactions remained unchanged against cognitive impairments, although quantification of major syndromes decreased. So, asthenic-depressive syndrome was observed in 33,3% of patients, asthenic-anxiety in 23,3% of patients, asthenic-hypochondriac in 13,3% of patients, phobic syndrome in 16,7% of patients, anozognostical disorders in 5,0% of patients. At this stage of the study the incidence of cognitive impairment comprised 73,3%. A decrease in cognitive impairment syndrome representation was associated with the reduction in the incidence and severity of psycho-emotional disorders.

Table 1. Multimodal psychotherapeutic correction system in MI and CS patients.

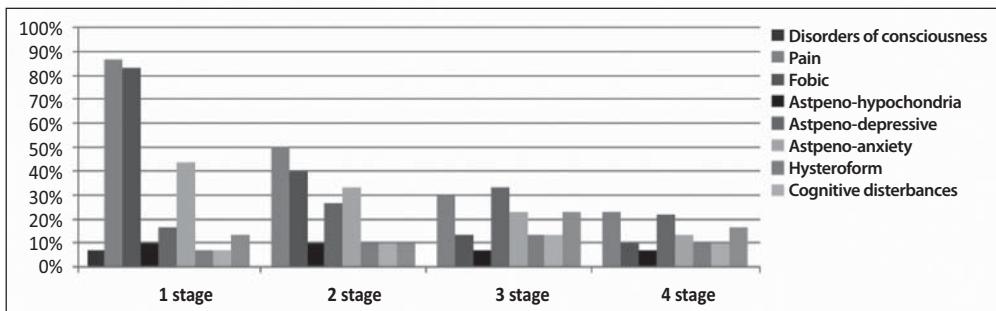
Stages	AIM	Orientation of psychotherapy	Methods of psychotherapy	The numbers and forms of sessions
Diagnostical	Examination of the patients personality	Diagnostic	Personal orientated, rational, CBT	5-7 sessions during 2 weeks
Adaptational	Setting psychological, emotional contact with the patient; Trust formation to the doctor; Adequate treatment, positive attitude to psychotherapeutic process	Mostly symptomatically. Partially pathogenical	Rational, Indirect, CBT	2-3 individual and 2-3 group sessions During 2 weeks
Medical	Achievement of positive dynamics of the patients emotional state, learning and transformation personal reactions of the patient, his relations system, scale experience of illness and its social significance, correction psycho-emotional disorders of the patient	Mostly pathogenical, Partially symptomatically	For MI patients - rational, personal - orientated, CBT Autogenic (AT). For CS patients — hypnosuggestive, cognitive training, AT, CBT	5-6 individual and 8—12 group sessions During 9 weeks
Final	Consolidating process of therapeutic results, skills of psychological self-regulation, correction of the system of life goals, values, attitude to the disease	Mostly preventive, Partially pathogenical	AT, rational, personal orientated, self - hypnosuggestive, cognitive training, CBT	3 - 5 individual and 6-7 group sessions During 8 weeks
Psycho-preventive	Consolidating therapeutically process	Mostly preventive, Partially pathogenical	AT, rational, personal orientated, cognitive training, CBT	6-12 individual and 6-12 group sessions During 6 month

The multimodal based system of psychotherapeutical correction of somatogenic depression depressive and associated disorders in MI and CS patients were developed (tabl. 1).

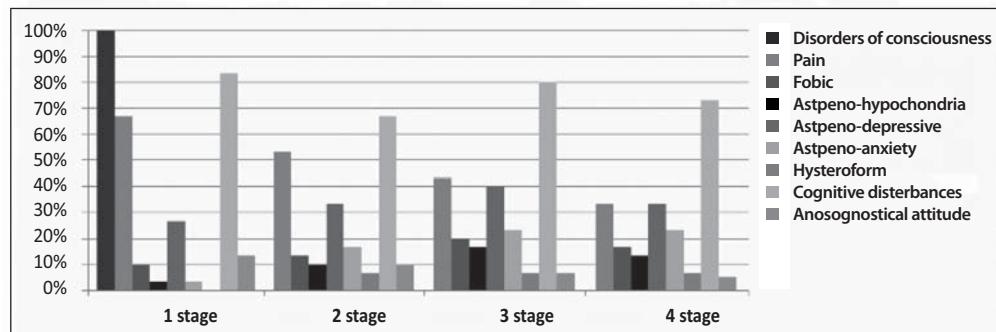
For MI patients this system includes personal – oriented, rational, and autogenic-training therapy, for cerebral stroke patients – hypnosuggestive, cognitive-behavioral therapy, cognitive and auto-genic-training therapy.

Conclusion. The proposed system demonstrated a significant improvement in 80,0% of MI patients and 77 % of CS patients, a partial improvement in 10,0% of MI patients and in 13,0% of CS patients.

The main conclusion of our research is that among MI patients in acute period the pain syndrome is the main one, leads to severe psycho-emotional disorders. Against the background of cognitive function preservation phobic, anxiety and depressive symptoms prevail, their intensity depends on the severity of pain. Subsequently, the primary psycho-emotional constituent element disappeared and anxiety-depressive disorders developed along with hypo- and anozognostical type of personal condition perception.



Pic. 1. Dynamic of leading depressive spectrum and associated disorders in patients with MI..



Pic. 2. Dynamic of leading depressive spectrum and associated disorders in patients with CS.

In CS patients consciousness level disorders are the primary ones with cognitive and asthenic disorders with subsequent formation of psycho-emotional disorders, anxiety and depressive disorders with hypochondriac features against the background of persistent cognitive impairments.

RefeRences:

1. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) study / R. M. Carney, J. A. Blumenthal, K. E. Freedland [et al.] // Psychosom. Med. – 2004. – Vol. 66. – P. 466 – 474.
2. Dolzenko M. N. Depressive and anxiety disorders in cardiovascular diseases / M. N. Dolzenko// Practial angiology. – 2006. – Vol. 2, №1. – P.17 – 23.
3. Lincoln N. B. Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke. A randomized control trial / T. Flannaghan // Stroke.– 2003. – Vol. 34. – P. 111 – 115.
4. Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation / A. McGrady, R. McGinnis, D. Badenhop [et al.] // J. Cardiopulm. Rehabil. Prev. – 2009. – Vol. 29. – P. 358 – 364.
5. Mishchenko T. S. Clinical scales and psycho-diagnostic tests in the diagnosis of cerebrovascular diseases / T. S. Mishchenko, L. F. Shestopalova // News of medicine and pharmacy. – 2009. – Vol. 277. – P. 62 – 74.
6. Mast B. T. Post-stroke and clinically-defined vascular depression in geriatric rehabilitation patients / S. MacNeill, P. Lichtenberg // Am. J. Geriatr. Psychiatr. – 2004. – Vol. 12 (1). – P. 84 – 92.
7. Association of anhedonia with recurrent major adverse cardiac events and mortality 1 year after acute coronary syndrome / K. W. Davidson, M. M. Burg, I. M. Kronish [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2010. – Vol. 67. – P. 480 – 488.
8. Frenneaux M. P. Autonomic changes in patients with heart failure and in post-myocardial infarction patients / M. P. Frenneaux. – 2004. – Vol. 90. – P. 1248 – 1255.
9. Depression and platelet activation in outpatients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul / A. Gehi, D. Mus- selman, C. Otte [et al.] // Study. Psychiatry Res. – 2010. – Vol. 175. – P. 200 – 204
10. Ming L. Stroke: encouragement and disappointment in clinical trials / L. Ming // Lancet Neurol. – 2008. – Vol. 7 (1). – P. 5 – 7.
11. Belova A. N. Scales and questionnaires in neurology and neurosurgery / A. N. Belova. – M., 2004. – 432 p.
12. Clinical scales and psychodiagnostic tests vascular brain diseases diagnostic / Compiled by T. S. Mishchenko, L. F. Shestopalova, M. A. Treschinskaya. – Kharkiv: Guidelines, 2008. – 36 p.

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ НАУКОВИХ СТАТЕЙ, ЩО НАДАЮТЬСЯ АВТОРАМИ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ

До опублікування у медичному, науково-практичному журналі «Український журнал «Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина» приймаються проблемні статті, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, практичні рекомендації, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії.

Метою видання є міждисциплінарне обговорення широкого кола практичних і теоретичних питань, пов'язаних із станом здоров'я.

Журнал буде внесено до переліку фахових видань і науковометричних міжнародних баз.

У журналі розміщаються та публікуються роботи, присвячені проблемам:

- психотерапія,
- психіатрія,
- наркологія,
- загальна та спеціальна психологія,
- медична (клінічна) психологія,
- сексологія та секспатологія,
- неврологія та невропатологія,
- урологія та онкоурологія,
- ендокринологія та андрологія,
- кардіологія,
- загальна медична практика – сімейна медицина,
- соціологія,
- психофізіологія,
- прикладна педагогіка,
- семіологія,
- історія медицини,
- культурологія,
- лінгвістика та нейролінгвістика.
- інформація про з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Заявлені тематичні розділи журналу не обмежують авторів у виборі теми публікації, як при наявності цікавого, актуального матеріалу рубрикація може бути розширенна.

Представленний до публікації матеріал може мати найрізноманітніший характер: від постановки проблемних теоретичних питань, пропозицій розробки нових напрямків до аналізу результатів конкретних наукових досліджень.

Під час підготовки робіт до друку необхідно враховувати наступне:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше. Роботи можуть знаходитись у стані переробки авторських матеріалів. Термін використання переданих авторських прав – протягом періоду підготовки номера журналу до випуску тиражу у світ.

-
2. Оригінал роботи подається в електронній версії та у роздрукованому вигляді з підписами авторів. Мова тексту – українська, російська або англійська, із збереженням ідентичності вимог до оформлення. Якщо стаття перероблялася автором у процесі підготовки до публікації, дають надходження вважається день надходження остаточного тексту.
 3. Статті надсилаються у 2-х примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірника) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не слід ділити текст статті на окремі файли (крім рисунків, що виконані в інших програмах). До статей додаються фотографії авторів у електронному вигляді, високої якості, у форматах – *.jpg або *.bmp.
 4. Обсяг тексту не повинен перевищувати: для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів – 10 сторінок, для дискусійних статей – 8 сторінок, для наукової хроніки – 5 сторінок, для коротких повідомлень – 3-х сторінок.
 5. Роботи друкуються кеглем 12, через 1,5 інтервали з полями: зліва – 3 см, справа – 1 см, зверху та знизу – по 2 см (28 – 30 рядків на сторінці, 60 – 70 знаків у рядку). Форматування – в параметрі «по ширині». Орієнтація книжкова. *Розстановка переносів не потрібна!*
 6. Автори повинні уважно виконувати наступні вимоги до оформлення:
 - колір шрифту має бути чорним;
 - відступ з нового рядка – 1,5 см;
 - при наборі основного тексту не допускається *встановлення двох і більше символів «пробіл» поспіль, абзацних та інших відступів за допомогою клавіші табуляція, відступу (пробілу) між словом і символами «точка», «кома», «лапки», «дужка»;*
 - заголовки і підзаголовки набираються напівжирним шрифтом з вирівнюванням ліворуч, крапка в кінці заголовка не ставиться. Іншого форматування (виділення курсивом, підkreсленням) у тексті статті не допускається. Перед заголовками залишається один абзацний відступ;
 - нумерований і маркований списки формуються тільки автоматично;
 - назви схем і малюнків поміщають під ними, вирівнюють ліворуч, у два рядки, включаючи номер і власне називу малюнка або схеми;
 7. Викладення робіт повинно бути чітким, містити розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел з обов'язковими іноземними посиланнями.
 8. Назві статті повинні передувати індекс УДК, відомості про авторів (ім'я, по батькові або ініціали, прізвище, вчене звання, вчений ступінь, посада або професія, місце роботи, контактні телефони, факс, e-mail, поштовий індекс та адреса (українською, російською та англійською мовами).
 9. Після тексту статті представляються резюме російською, українською та англійською мовами, що включають називу роботи, ініціали та прізвище авторів, називу установи, де виконувалася робота. Обсяг резюме не повинен бути меншим, ніж 10 рядків (відповідно до «Рекомендацій по підготовці анотації публікації», розміщених на сайті журналу).
 10. Стаття має бути підписано усіма авторами, наприкінці треба вказати контактну адресу та телефони.
 11. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зображення, з можливістю редагування електронного зображення. Фотографії мають бути контрастними (на фотопапері чи у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш 240 dpi), рисунки та графіки – чіткими, тоноvi рисунки – у форматі *.tif, 240 – 300 dpi, без компресії. Діаграми виконувати в програмі Microsoft Excel.
 12. Таблиці повинні бути компактними, мати називу, що відповідає змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті повинні бути посилання. Після таблиці текст розміщується з одним абзацним відступом.
 13. Посилання на літературні джерела у тексті статті необхідно надавати у квадратних дужках, відповідно до переліку літератури за порядком згадування.
 14. Перелік літературних джерел оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 і повинен містити роботи за останні 5 років. Більш ранні публікації включаються до переліку тільки у разі

необхідності. Перелік використаної літератури повинен включати посилання на вітчизняні (українською або російською мовою) та обов'язково іноземні джерела (англійською мовою або мовою оригіналу). За точність бібліографії несе відповідальність автор. Список джерел обмежений 30 – для оригінального дослідження і 50 – для огляду. Перелік літературних джерел є обов'язковим!

15. Усі фізичні величини та одиниці слід наводити за системою SI, терміни – згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику – за допомогою Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.
16. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними.
17. Редакція залишає за собою право скорочення та виправлення надісланих статей (відповідно до «Порядку розгляду публікацій» та «Порядку рецензування публікацій» розміщених на сайті журналу).
18. Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.
19. Кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп’ютера типу IBM PC. Колірна модель – CMYK. Векторна графіка у форматі *.cdr, *.eps, *.cmx, *.pdf, небажано – *.ai. Растроva графіка: формат *.tif, 240 – 300 dpi, без компресії. Текст і логотипи подавати тільки в кривих. Текст – українською мовою. Розмір ілюстрації 205 x 295 мм, включаючи припуски на обрізання (після обрізування – 190 x 285 мм., від цих меж має бути не менш 5 мм до значимих об’єктів). Обов'язково додати кольоровий відбиток ілюстрації.
20. Згадані в роботі лікарські препарати або предмети медичного використання повинні мати дійсну реєстрацію в державі, в якій проведено дослідження. Засоби їх використання – відповідати затверджений інструкції або мати офіційні документи щодо проведення клінічного випробування / дослідження. Повинні використовуватись тільки міжнародні найменування лікарських засобів (за виключенням статей з поміткою: «На правах реклами»).
21. Статті, в яких не виконано вищезазначені вимоги, приймаються тільки на платній основі згідно з прейскурантом цін на технічне редагування наукових статей. Надання статті для публікації передбачає згоду автора з опублікованими правилами.
22. Подаючи текст, автор погоджується з тим, що авторські права на статтю переходять до видавця, при умовах що стаття приймається для публікації. Авторські права містять ексклюзивні права на копіювання, розповсюдження й переклад статті. Передрукування статей є можливим при умовах письмової згоди редакції та обов'язкового посилання на журнал. Відповідальність за достовірність інформації та оригінальність поданих матеріалів покладається на авторів.
23. У кінці статті на українській, російській та англійській мовах (на паперовому варіанті – на окремій сторінці) подаються дані про авторів: прізвище, ім’я та по батькові, вчене звання, науковий ступінь, місце роботи, посада, адреса електронної пошти (публікуються в журналі), адреса для листування та номер телефону.
Вказані імена, посада, електронна адреса, телефони, будуть використані виключно для виконання внутрішніх технічних задач цього журналу; не будуть передаватися стороннім osobам.
24. При подаванні рукопису в журнал автори повинні підтвердити її відповідність всім встановленим правилам, вказаним нижче. У випадку невідповідності поданої роботи пунктам цих вимог редакція буде повертати рукопис авторам на доробку. Оригінали статей й рецензії зберігаються в редакції на протягі 1 року.

Рекомендації по підготовці анотації публікації

Анотація (реферат) у періодичному виданні є джерелом інформації про зміст статті і викладених у ній результатів досліджень.

Анотація (реферат) виконує такі функції:

- дає можливість встановити основний зміст документа, визначити його релевантність і вирішити, чи слід звертатися до повного тексту документа;

-
- надає інформацію про документ і усуває необхідність читання повного тексту документа в разі, якщо документ являє для читача другорядний інтерес;
 - використовується в інформаційних, у тому числі автоматизованих, системах для пошуку документів та інформації.

Анотація (реферат) до статті повинна бути:

- інформативна (не містити загальних слів), оригінальна, змістовна (відображати основний зміст статті і результати досліджень);
- структурована (слідувати логіці опису результатів в статті);
- компактна (укладатися в обсяг від 120 до 250 слів).

Анотація (реферат) включає наступні аспекти змісту статті:

- предмет, мета роботи;
- метод або методологію проведення роботи;
- результати роботи;
- галузь застосування результатів;
- висновки.

Послідовність викладу змісту статті можна змінити, почавши з викладу результатів роботи і висновків. Предмет, тема, мета роботи вказуються у тому випадку, якщо вони не ясні з заголовка статті.

Метод або методологію проведення роботи доцільно описувати в тому випадку, якщо вони відрізняються новизною або представляють інтерес з точки зору даної роботи. У рефератах документів, що описують експериментальні роботи, вказують джерела даних і характер їх обробки.

Результати роботи описують гранично точно і інформативно. Наводяться основні теоретичні та експериментальні результати, фактичні дані, виявлені взаємозв'язки і закономірності. При цьому віддається перевага нових результатів і даними довгострокового значення, важливих відкриттів, висновків, які спростовують існуючі теорії, а також даними, які, на думку автора, мають практичне значення.

Висновки можуть супроводжуватися рекомендаціями, оцінками, пропозиціями, гіпотезами, описаними в статті.

Відомості, що містяться в заголовку статті, не повинні повторюватися в тексті анотації (реферату).

Слід уникати зайвих вступних фраз (наприклад, «автор статті розглядає...»).

Історичні довідки, якщо вони не становлять основний зміст документа, опис раніше опублікованих робіт та загальновідомі положення в анотації (рефераті) не наводяться.

У тексті анотації (реферату) слід вживати синтаксичної конструкції, властиві мові наукових і технічних документів, уникати складних граматичних конструкцій.

У тексті анотації (реферату) слід застосовувати значущі слова з тексту статті.

Порядок рецензування публікацій:

Наукові статті, що надійшли до редакції проходять через рецензування.

Форми рецензування статей:

- внутрішня (рецензування рукописів статей членами редакційної колегії);
- зовнішня (напрямок на рецензування рукописів статей провідним фахівцям у відповідній галузі медицини).

Відповідальний секретар визначає відповідність статті профілю журналу, вимогам до оформлення та направляє її на рецензування фахівцю, доктору чи кандидату наук, що має найбільш близьку до теми статті наукову спеціалізацію.

Сроки рецензування в кожному окремому випадку визначаються відповідальним секретарем з урахуванням створення умов для максимально оперативної публікації статті.

Рецензування носить багатоступеневий характер. Зауваження рецензентів надсилаються авторові без вказівки їх імен. Невеликі виправлення стилістичного, номенклатурного та формально-го характеру вносяться без врахувань автора.

У рецензії повинні бути висвітлені наступні питання:

- чи відповідає зміст статті заявленої в назві теми;
- наскільки стаття відповідає сучасним досягненням науково-теоретичної думки;
- чи доступна стаття читачам, на яких вона розрахована, з точки зору мови, стилю, розташування матеріалу, наочності таблиць, діаграм, малюнків тощо;
- чи доцільна публікація статті з урахуванням раніше випущеної з даного питання літератури; в чому конкретно полягають позитивні сторони, а також недоліки статті, які виправлення та доповнення повинні бути внесені автором;
- висновок про можливість опублікування даної рукописи і журналі: «рекомендується», «рекомендується з урахуванням виправлення зазначених рецензентом недоліків» або «не рекомендується».

Стаття, не рекомендована рецензентом до публікації, до повторного розгляду не приймається.

Наявність позитивної рецензії не є достатньою підставою для публікації статті. Остаточне рішення про доцільність публікації приймається редакційною колегією.

Порядок розгляду публікацій

1. Статті приймаються за встановленим графіком: у №1 (червень) – до 1 квітня поточного року; у №2 (грудень) – до 1 жовтня поточного року.
2. Надіслані статті розглядаються редакційною колегією протягом місяця.
3. Редакційна колегія правомірна відправити статтю на рецензування.
4. Редакційна колегія правомірна здійснювати наукове та літературне редагування матеріалів, що надійшли, при необхідності скорочувати їх за погодженням з автором, або, якщо тематика статті становить інтерес для журналу, направляти статтю на доопрацювання автору.
5. Редакційна колегія залишає за собою право відхилити статтю, яка не відповідає встановленим вимогам або тематиці журналу. Відмова у публікації не обов'язково супроводжується роз'ясненням причини і не може бути суто відмовним щодо наукової та практичної значущості роботи.

