

Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası
Azerbaijan Psychiatric Association
Азербайджанская Психиатрическая Ассоциация

Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı
Azerbaijan Psychiatric Journal
Азербайджанский Психиатрический Журнал

№ 4

Bakı
Baku
Баку **2001**

Колонка главного редактора 5

I İCMAL MƏQALƏLƏRİ*HIGHLIGHT ARTICLES* ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. A.A.Abaskuliev
Certain Critical Problems on the development of Forensic
Psychiatry in Azerbaijan 7
2. A.A.Султанов
Этические проблемы психиатрии..... 10
3. Ф.Н.Исмаилов
Исследование и оценка психиатрической помощи 13

II PSIXIATRİYA * PSYCHIATRY * ПСИХИАТРИЯ

1. Н.В. Исмаилов
Некоторые итоги работы Азербайджанской команды в проекте ANAP. 22
2. Н.А. Корнетов, Т.Г. Симуткин (Россия)
Распространенность и клиничко - хронобиологические проблемы
сезонных аффективных расстройств и их субсиндромальных форм 26
3. Б.М. Асадов
Об изменениях в организации и проведении судебно-психиатрической
экспертизы и принудительного лечения в связи с принятием нового
Уголовного Кодекса Азербайджанской Республики 35
4. А.А.Султанов, Л.К.Садыхова.
Симулятивные проявления у призывников..... 38
5. Жолт Деметрович (Венгрия)
Характер употребления наркотиков в Венгрии в условиях
переходного периода. Акцент на психостимуляторах 44
6. Н.А.Алиев, Ш.А.Аббасова
Психическое здоровье беженцев, временно
проживающих в г.Баку 53

-
7. Н.Г.Ахундов
Основные принципы психосоциальной реабилитации детей
беженцев и внутренне перемещенных лиц в местах их
временного, компактного проживания..... 58
 8. Г.Н.Мусабекова, Х.А.Гюльяхмедова, Н.Ф.Гашимзаде, И.Т.Джаббарова
Дети и война 64
 9. Н.А.Алиев, С.С.Халыкова
Распространенность олигофрении среди лиц
призывного возраста 68

III NEVROLOGIYA * NEUROLOGY * НЕВРОЛОГИЯ

1. Ш.И. Магалов, Т.С. Пашаева, Т.Ш. Мамедова, Л.Д. Таги-заде, А.И. Велиева
РЭГ-исследование больных с последствиями легких закрытых
черепно-мозговых травм 77
2. А.М.Багирова, Э.А.Ибрагимова
Эффективность применения депакин-хроно при различных
формах эпилепсии у детей 84

IV YUBILEY * JUBILEY * ЮБИЛЕЙ

- К 100-летию со дня рождения
Профессора Ибрагимбекова Фуада Ахмедовича 88

V RƏSMİ BÖLMƏ * OFFICIAL INFORMATION * ОФИЦИАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

- Научные мероприятия, проводимые в 2001- 2003 гг. 92

МЫСЛИ ПСИХИАТРА О МЕЖДУНАРОДНОМ ТЕРРОРИЗМЕ

Только после грандиозного по существу чудовищного и варварского террористического акта, разрушившего в одно мгновение 2 небоскреба Нью-Йорка - Международные торговые центры и гибелью десятков тысяч ни в чем не виновных мирных граждан различных национальностей, убедило Мировое Сообщество до какой опасной черты для судеб человечества доведен терроризм, являющийся безпредельной нравственной низостью отдельных личностей, групп людей и, к великому сожалению, отдельных государств, использующих терроризм в качестве государственной политики.

Какие ошибки ведущих государств планеты привели человечество до такой опасной черты? Во-первых то, что эти государства не достаточно оценивали опасность терроризма и не вели эффективную борьбу против терроризма, в некоторых случаях прямо или косвенно поддерживали это сверхпорочное антигуманное явление. Прогрессивное человечество было удивлено и возмущено решением Французского правительства, досрочно освободить от по жизненного заключения известного террориста В.Карапетен, в 1983 году в международном аэропорту «ОРЛИ» совершившего террористического взрыв, от которого погибло и тяжело ранено десятки людей различных национальностей не в чем не виновных. В Армении этого преступника принимали как национального героя. Некоторые государства терроризму хотят придать религиозный характер, что совершенно не допустимо и является очень опасным для будущего мира.

Вторым фактором, поддерживающим терроризм, является неправильное применение двойных стандартов к этническим и национальным конфликтам. На основе этих конфликтов стоит территориальные претензии одного государства против другого или агрессивный национальный сепаратизм. После Нью-Йоркской трагедии многие государства, в том числе Китай признали агрессивный сепаратизм опасной разновидностью международного терроризма. Как известно, на IX Бухарестской Конференции Кабинета Министров ОБСЕ в итоговом документе агрессивный сепаратизм оценивается как разновидность терроризма.

Наглядным примером агрессивного терроризма может быть Карабахский конфликт, спровоцированный супернационалистами Армении и Нагорного Карабаха, не без участия М.С.Горбачева, руководившего тогда Советским Союзом.

Цивилизованное общество в настоящее время считает национализм опасным общественным явлением, с которым необходимо бороться всем миром. Прогрессивное развитие человеческого сообщества базируется на дальнейшей

мирной интеграции государств и постепенном стирании враждебных граней отдельных национальностей, которое приведет в будущем к всеобщему благополучию. О том насколько опасен фанатический национализм для судьбы отдельных народов, я хочу коротко проанализировать армяно-азербайджанские отношения: если армян исторически характеризует супернационализм, национальный эгоизм, направленный на обоснование превосходства армян над другими нациями, стремление Армении создать моноэтническое великое государство, азербайджанцев характеризует национальный патриотизм в сочетании с интернационализмом. Многие проживающие в Азербайджане представители других наций и гости из других государств всегда эти качества азербайджанцев подчеркивают. Мне вспоминается, в 1970-е годы в качестве главного психиатра республики я был приглашен КГБ Республики для проведения одной судебно-психиатрической экспертизы. Речь шла о юноше 16 лет, армянин из НКАО, который самодельной фугасной бомбой, брошенной им во дворе Азербайджанской школы, убил 3-х школьников и 7-х ранил. Когда я спросил юношу, почему он это сделал, ведь эти ребята ни в чем не виноваты. Он очень серьезно и решительно сказал, все турки наши враги. Потом следователь, который вел дело, рассказал, что в школах Армении и НКАО в открытой или завуалированной форме молодежь воспитывают в духе враждебности к туркам и азербайджанцам. Этой национальной враждой к азербайджанцам, армяне страдают уже более ста лет. Десятки тысяч азербайджанцев пали жертвой этой нелепой национальной вражды в 1905 г., 1918-1920 г., 1989-1994 г.

Когда Армения и НКАО начали агрессивный сепаратизм, экономические показатели НКАО в составе Азербайджана были лучшими по сравнению не только с другими административными районами Азербайджана, но и Армении и РСФСР. И чего добились Карабахские армяне в своей агрессии за самостоятельный Карабах - многочисленные человеческие жертвы с обеих сторон, разрушенная, когда-то цветущая Нагорно-Карабахская автономная область, где население, и армяне, и азербайджанцы, жили в самом благополучном достатке и дружбе. По данным статистики самой Армении в настоящее время в НКАО из 160 тысяч населения осталось всего 60 тысяч тех армян, которые только из-за материальной невозможности не могут выехать, ни какие поощрительные льготные условия жизни, которые предлагает Армения, не прельщают уехавших армян вернуться в Нагорный Карабах. Аналогичные же условия происходят с населением самой Армении, из 4-х миллионов населения до этого конфликта в настоящее время остались менее 2-х миллионов, ежегодно число уезжающих из Армении нарастает. Вот к чему привел фанатический национализм армян. Пострадавший от Армянской национальной агрессии Азербайджан под мудрой внешней и внутренней политикой своего глубокоуважаемого Президента Алиева Г.А., экономически процветает и население республики с 5 миллиона до конфликта, в настоящее время достигает более восьми миллионов. С моей точ-

ки зрения, всеобщая борьба с международным прогрессирующим терроризмом должна проводиться исходя из нижеследующих принципов:

1. ООН добиться прекращения торговли оружием между государствами, потому что значительная часть продаваемого оружия в конечном итоге достается террористическим организациям и государствам. Последнее время возникла опасность приобретения террористами атомного оружия массового уничтожения.

2. Категорически отвергнуть попытки некоторых государств терроризму придавать религиозный характер типа «исламского фундаментализма». Известно, что множество государств исповедующих ислам с первого дня активно включились в общую антитеррористическую борьбу.

3. В короткий срок на основе международных принципов справедливо разрешить межнациональные этнические конфликты во всем мире. Особой надежды на сопредседателей Минской группы нельзя возлагать, так как их основной принцип «пусть президенты в переговорах между собой найдут мирное решение вопроса», в корне неправильно, поэтому решения этих вопросов растянули на десять лет и конца этого процесса не видать. А всем известно, что из этих очагов этнических конфликтов в любой момент может начаться 3-я мировая война.

Все страны мира должны осудить все формы фанатического агрессивного национализма государств, в том числе агрессивного сепаратизма.

Тяжелое экономическое положение Армении связано с тем, что великие державы и ведущие страны мира к Армении относятся как бы к избалованному ребенку, прощая ей все неоправданные и несправедливые политические акции, в том числе фанатический национализм и агрессивный сепаратизм против Азербайджана, преследующую цель в конечном итоге осуществить сверхбредовую идею создания «великой Армении от моря до моря». Армения и ее опекуны не осознают, что эта порочная политика в конечном итоге приведет к возникновению III-ей мировой войны, в связи с чем погибнет вся мировая цивилизация вместе с планируемой «великой Арменией».

Организация Объединенных Наций, являющаяся всечеловеческим сообществом должна быть более решительной в борьбе со всеми разновидностями международного терроризма и добиваться беспрекословного выполнения своих решений, применяя самые строгие санкции к пренебрегающим решениями Совета безопасности ООН. Например, многие решения ООН по конфликтам, по израильско-палестинскому, армяно-азербайджанскому и другим до сих пор висят в воздухе. Причем, как всем известно, Генеральный секретарь ООН господин К.Аннан и сама ООН награждены престижной Нобелевской премией.

В заключении, я хочу подчеркнуть, что предложенная 3-мя сопредседателями ОБСЕ формула «сами президенты договорятся о мирном урегулировании Карабахского конфликта» пустая затея, так как Армения и ее президент Р.Кочарян во чтобы ни стало хотят насильственно присоединить Нагорный Ка-

рабах к Армении, а это возможно только при грубом нарушении международно-признанных принципов о незыблемости государственных границ. Президент Азербайджана господин Г.Алиев всему миру заявил: «Полностью согласен с этими международными принципами». Остается сопредседателям убедить Президента Армении господина Р.Кочаряна уважать и выполнять эти принципы.

А психиатрический аспект этих террористических актов заключается, во первых, в том, что оставшиеся в живых люди после Нью-йоркского страшнейшего террористического акта несомненно потеряли психическое здоровье; во вторых, люди во всех контекстах живут под большим страхом повторения аналогичного террористического акта в их регионе, а это, как известно психиатрам, приводит к возникновению различных психических заболеваний у психически не устойчивых субъектов.

*Заслуженный деятель науки
Профессор*

А.Абаскулиев

CERTAIN CRITICAL PROBLEMS ON THE DEVELOPMENT OF FORENSIC PSYCHIATRY IN AZERBAIJAN

A. A. Abaskuliev

О МЕСТЕ «ТРЕТЬЕГО ПОЛА» В ВОСТОЧНОЙ КУЛЬТУРЕ.

Г.Ч.Герайбейли

(Кафедра психиатрии Азербайджанского Медицинского Университета)

Гомосексуализм - как форма сексуального поведения имеет многовековую историю. Это явление существовало и существует в различных культурах и народах. В литературе, посвященной историческому аспекту гомосексуализма, часто упоминается о распространенности гомосексуализма в Восточной культуре [1, 2, 8]. Сведения о «процветании» гомосексуализма на Востоке значительно преувеличены, но, несомненно, это сексуальная девиация имела достаточное распространение в Восточных странах [3]. По свидетельству ряда источников, гомосексуализм в некоторых Восточных странах настолько приобрел право гражданства, что в среднеазиатских ханствах мальчики-танцоры (бачи) принимали участие в официальных процессиях [4, 5, 6]. Они специально обучались танцам, пению, носили женскую одежду, воспитывали в себе женские манеры. Богатые люди указанных ханств считали хорошим тоном иметь на содержании бачей, если

даже и не пользовались ими, а известный восточный поэт Саади воспевал их в своих стихах [7].

Согласно мусульманским источникам, гомосексуализм происходит с Востока и пришел оттуда с вторгшимися со стороны Хорасана аббасидскими войсками [5]. Ещё в 9 и 10 веках этим половым извращением славился Афганистан, а к концу 10 века оно стало практически повсеместным. Во всяком случае, известные поэты того времени в своих любовных стихах и песнях воспевают любовь не только к девушкам, но и к юношам. Убежденные приверженцы этой «порочной» страсти, такие как Ал-Мусаб и Ас-Сулами, в своих стихах воспевают исключительно юношей. В 30-е годы в Багдаде были чрезвычайно распространены песни Ал-Хубзаррузи, в которых неизменно присутствовала тоска по мальчикам [2, 7].

Среди богатых сословий гомосексуальной страсти отдавались очень многие [1,8]. Так, сын известного правителя Вавилонии Му'изз ад-Даула Бахтияр, прозванный Изз ад-Даула, отличался большой физической силой, «проводил время в охоте, еде, распутстве, музыке и пьянстве». Когда его мальчик-тюрок, служивший ему для любовных утех, попал в плен, «он пе-

рестал есть и пить, непрестанно вздыхал и стонал, а когда визир или военачальник приходили к нему по важным делам, он всякий раз начинал жаловаться на постигшее его горе, так что, в конце концов, лишился всякого уважения в глазах людей». Даже знаменитый своими воинскими подвигами Сайф ад-Даула имел в Алеппо мальчика, носившего девичье имя Самил - «Колеблющаяся», который был его возлюбленным. Мода требовала от этих претенциозных юношей, чтобы они говорили изящным языком, шепеляво произносили букву «с», с гортанной артикуляцией звука «р».

Как сообщают Йатима, Мухадарат ал-Удаба любовь к мальчикам вообще считалась пороком, присущим сословию кади (судьи). Так, Верховный кади Ма'муна был известен своим гомосексуальным влечением; Бухтури упрекает Верховного кади Ибн Абу-ш-Шава-риба в этом же пороке. В 961 году Главный кади Багдада наряду с отвратительными поступками, похотливостью и любовью к вину, отличался «страстью к мальчикам». А знаменитый юрист ан-Нафтавайхи любил сына ученого правоведа Дауда, основателя юридической школы. После скоропостижной смерти юноши «убитый печалью» ан-Нафтавайхи целый год не читал лекций.

Испанский грамматик Ахмад ибн Кулайб (1035) учился вместе с Асламом, красивым сыном известного багдадского кади. Он влюбился в него, сочинял в честь него стихи, которые были у всех на устах и распевались на свадьбах. Из-за этого Аслам перестал

посещать лекции, а Ахмад целыми днями ходил взад и вперед перед дверью его дома, так что Асламу удавалось выходить на улицу лишь вечерами. В конце концов, Ахмад ибн Кулайб, переодетый бедуином, принес ему как-то кур и яйца. Когда к нему вошел Аслам, он поцеловал ему руку, выдав себя за крестьянина одного из его имений. В разговоре, однако, Аслам узнал своего учителя и объявил ему, что из-за него он вынужден сидеть взаперти. Тогда Ибн Кулайб отстранился от него, но вскоре тяжело заболел и скончался.

Как в мире древнего Востока, так и в Византии нравственность требовала для знатного дома наличия в нем евнухов. Ислам же категорически их запрещал. Коран и хадисы строго запрещали кастрировать людей или животных, и в обязанность инспектора промыслов (мухтасиба) вменялось следить за этим. Однако, примерно около 800 года, вытесняя отступающие арабские традиции в исламский мир начинали проникать нравы древнего Востока, в том числе и институт евнухизма.

Даже вопреки категорическому запрету пророка, Халиф ал-Амин, сын Харуна ар-Рашида, был настолько помешан на кастратах, что «скупал их повсюду, держал их возле себя и днем, и ночью, во время еды и питья, при совершении государственных дел, и знать ничего не хотел о женщинах, будь то свободные или рабыни. Белых кастратов он называл своей саранчой, а чернокожих - своими воронами». Один из поэтов того периода так нас-

мехался над этим:

Он ввел кастратов, он ввел религию импотенции,

И весь мир равняется теперь на повелителя верующих.

Против закона, запрещающего кастрацию, верующие находили выход в том, что евнухов они покупали, но саму операцию кастрации уступали христианам и иудеям. Многие источники 12 века называют единственным местом, где производили эту операцию, христианский абиссинский город Хаджа. Еще в начале 9 века в Верхнем Египте было два христианских (коптских) монастыря, которые свои основные доходы извлекали из производства евнухов, причем это дело приобрело столь большой размах, что они снабжали ими почти весь Египет и часть Турции. Некоторые копты Асьюта превратили это в промысел: они покупали юных рабов-негров, подвергали их кастрации, отчего многие умирали, а выживших продавали по цене в двадцать раз превышающей их первоначальную стоимость.

В то время различали четыре рода евнухов: чернокожих, славян, греков и китайцев.

Как отмечал ал-Мукаддаси, было принято различать два вида белых евнухов: это - славяне, «страна которых лежит позади Хорезма; их доставляют в Испанию, там кастрируют, а затем вывозят в Египет; греки - которые прибывают в Сирию и Армению... Греки вырезают своим мальчикам мошонку и посвящают их затем церкви, чтобы они не бегали за женщинами и не вредило бы им плотское вожеление.

Когда же верующие производили свои набеги, то они налетали на церкви и уводили этих мальчиков». Славян обычно доставляли в город, который находился позади Баджжаны (Печина - древняя столица провинции Алмерия), населенный иудеями, и кастрировали их. По сообщениям Абу-Ханифа, часть евнухов была способна к брачному сожителю и воспроизведению потомства. По этому поводу не было единого мнения. Отмечалось, что во время операции кастрации разрезали скротум и извлекали яички. Зачастую во время операции мальчик пугался и одно яичко уходило вверх. Найти его удавалось не всегда, и оно опускалось уже после операции, когда рана зарубцовывалась. Если оставалось левое яичко, то у евнуха были либидо и сперма, если же правое - то у него росли усы и борода.

Тяжелая операция резко ограничивала число евнухов и поддерживала на них высокую цену. В Византии, например, евнух считался в четыре раза дороже простого раба.

Примерно с 912 года в отношении евнухов начинают применяться названия, шадящие их самолюбие: «слуга» (хадим) или «учитель» (муалим, устэд, шейх), в то время как раньше их грубо называли «кастрат» (хаси). Однако со стороны народа евнухам часто приходилось сносить множество насмешек. Однажды, в 897 году один из придворных евнухов бежал через большой мост в Багдаде с посланием халифа, но затеял ссору из-за какого-то бранного оклика. Евнух был избит народом, и в драке исчезло письмо.

После этого халиф приказал пройти одному евнуху в сопровождении всадников и пехоты по улицам, и всякого, кто оскорблял его, хватали и били плетью. Истории о евнухах прочно вошли в репертуар уличных актеров, для которых их голоса и жесты неизменно являлись благодатной темой. В этих произведениях евнухов часто хвалили за выносливость в верховой езде, в которой они даже превосходили турков, отмечая их как отличных стрелков. Вообще, как сообщают некоторые источники, евнухи нередко поставляли отважных воинов: византийцам Нарсесу и Соломону на мусульманской стороне в 10 веке составляют компанию главнокомандующий ал-Мунис и саманидский военачальник Фа'ик, которые также были евнухами. Был евнухом и известный своими победами под Тарсом мусульманский адмирал Самил, а также византийский адмирал Никита, потерпевший поражение под Сицилией. В морском сражении 919 года между флотами Фатимидов и империи оба адмирала были евнухами.

Как показывают приведенные факты, евнухи нередко занимали высокие должности, но религиозных должностей они обычно не занимали. Исключение составляет один евнух, занявший в Дамiette пост кади.

Кроме того, многолетние наблюдения над евнухами на Востоке отмечают у них целый ряд особенностей: они редко лысели и среди них неизвестны случаи гомосексуализма. Своеобразной чертой их характера являлось пристрастие к певчим пти-

цам, и поэтому они были самыми частыми посетителями птичьих рынков. Дрессировка почтовых голубей являлась, пожалуй, наиболее частым их ремеслом.

Вместе с тем, достаточно велик и перечень отрицательных качеств евнухов, упоминаемых соотечественниками: дурной запах пота, грубая кость, длинные ступни, искривленные пальцы. Отмечалось, что евнухи быстро дряхлеют, хотя и живут дольше мужчин. Евнухам приписывали также и то, что для них характерна морщинистая кожа, быстрый переход от одного настроения к другому, способность легко плакать, подобно женщинам и детям, мгновенные вспышки гнева, страсть к сплетням и болтовне, склонность к ночным мочеиспусканием и прозорливость.

Особенно подчеркивается их высокомерие, желание служить только знатным. У Барджавана - регента Египта и опекуна ал-Хакима высокомерие развилось в «манию величия».

Наряду с евнухами во многих странах Востока было распространено и другое, более пикантное смещение полов. Так, под предлогом «излечения» своего сына от его страсти к евнухам, мать халифа ал-Амина, подобрала хорошеньким и стройным девушкам двора волосы, одела их как мальчиков в кафтаны туго перетянутые поясами. После этого многие, как придворные, так и простой люд стали одевать так своих рабынь, называя их «мальчишко-девочками» (гулабиййат). Знаменитая своими похождениями семнадцатилетняя певица Ариб, высту-

пала перед халифом, также переодетая мальчиком, и преподносила ему чашу с вином. Эти переодетые «мальчишко-девочки» продолжали существовать еще столетие при дворе халифа.

В те времена, когда арабы задавали тон, любовь к мальчикам не играла никакой роли, причем даже старые законоположения едва ли имели повод заниматься этим вопросом. Поэтому мнения юристов 10 века расходятся: некоторые приравнивали это к разврату, некоторые же пытались делать различие между гомосексуальной связью

со своим рабом и с чужим. Большинство же юристов считали, что нет конкретно предусмотренного наказания (хадд) и каждый судья должен поступать «по своему усмотрению» (та'зир).

Следует отметить, что и по сегодняшний день окончательно не сложилось единое мнение: что же такое гомосексуализм? Разврат? Болезнь? Или, как принято последнее определение - парафилия, что означает «нетрадиционная направленность сексуального влечения».

ЛИТЕРАТУРА

1. Amedros H.F. The Mazalim jurisdiction in the Ahkan Sultaniyya of Mawardi - JRAS, 1911 p.635-674
2. Arberry A. A Baghdad cultural and cookery book / JC vol.13 1939 p. 21-31
3. Джахиз Ф. - Китаб мухтарат фусул ял-Джахиз, Рукопись Британского Музея Or. №3138 стр.709-710
4. Miskawayh V. - The Tajarib al-Umam of History of Ibn Miskawayh ob A.H. 421 Reproduced in facsimile from the MS. At Constantinople in the Aya Sufiyya library with a summary and index by L.Caetani . vol.V.A.H. London 1913, p. 284-326
5. Мец А. Мусульманский ренессанс / Издательство «Наука» М., 1973, стр. 284-290
6. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях / РСФСР Государственное издательство, Берлин, 1923, стр. 352-360
7. Тарновский И.М. Извращение полового чувства / Судебно-психиатрический очерк. Петербург, 1885 «Вестник клин. и судебной психиатрии и невропатологии» вып. 2 стр. 89-93
8. Фон-дер-Ховен Н.Н. О половых извращениях на Востоке - Обзорение психиатрии 1900, стр. 422-426

«ABOUT THE THIRD SEX IN THE EASTERN CULTURE»

G.Geraybeyli

Homosexuality - as a kind of sexual behavior has an age-old history. This phenomenon takes place in different countries and nationalities. In literature concerning historical aspects of homosexuality it is often reminded that the homosexuality was rather widespread in the East.

Information about prosperity of the homosexuality in the East is rather exaggerated, but, however, that kind of sexual deviation was really spread in many eastern countries.

In this article there are some historical data concerning the place of the homosexuality and eunuchism in the eastern culture.

In accordance with some Muslim sources the homosexuality firstly has occurred in the East and has come there from Horasan with Abbasid Army. In ninth century the homosexuality was

rather "popular" in Afghanistan and by the end of ninth and beginning of tenth centuries it became practically widespread. Many poets and well-known persons of that period have singed it in their works and poems. It was in good fashion to have special boys, named "bachies", at Courts.

Being very closed to the homosexuality an institution of eunuchism also was well known and spread in most eastern countries. Many popular court poets, teachers and others were eunuchs.

Talking about history of "third sex" it's important to notice that there was not single opinion about the homosexuality among lawyers in earliest centuries in the East. Nowadays it's also very difficult to make a final decision about origin and legal estimation of the homosexuality.

ŞƏRQ MƏDƏNİYYƏTİNDƏ «ÜÇÜNCÜ CİNS» HAQQINDA

G.Gəraybəyli

Homoseksualizm - seksual davranışın bir növü kimi qədim tarixə malikdir. Bu fenomen müxtəlif ölkələrdə mövcud olmuşdur. Ədəbiyyatlarda qeyd olunduğu kimi, homoseksualizm şərqdə geniş yayılmışdır. Lakin bir qədər şişirdilmiş şəkildə verilmişdir. Bu məqalədə şərq mədəniyyətində homoseksualizm və axtalıq haqqında tarixi məlumatlar göstərilir.

İslam mənbələrinə görə homoseksualizm ilk dəfə şərqdə yaranıb və oraya Xorasanından Əbbasit ordusu tərəfindən gətirilmişdir. Doqquzuncu əsrdə homoseksualizm Əfqanıstanda bir qədər yayılmış, onuncu əsrin əvvəllərində isə şaxələnmiş-

dir.

Homoseksualizm tanınmış şəxsiyyətlərin yazılarında öz əksini tapmışdır. O dövrdə saraylarda xüsusi oğlanlar (baçı) saxlamaq da dəb şəklini almışdır.

Şərqdə oğlan uşaqlarının axtalanması halları da geniş yayılmışdır. Mənbələrdə göstərilən məlumatlara əsasən saray şairlərinin, müəllimlərin əksəriyyəti axta olub.

Erkən əsrlərdə şərq hüquqşünasları içərisində «üçüncü cins» barədə vahid fikir mövcud olmayıb. Hazırkı dövrdə də homoseksualizmi doğuran səbəblər aydınlaşmayıb.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ОБЗОР)

Н.А.Алиев, З.Н.Алиев

Перед тем как изложить основной материал необходимо определить значение некоторых терминов.

Под психоактивными веществами понимают любое химическое вещество, способное при однократном приеме изменять настроение, физическое состояние, самоощущение, восприятие окружающего, поведение, либо давать другие, нежелательные с точки зрения потребителя, психофизические эффекты, а при систематическом приеме вызывать психическую и (или) физическую зависимость. Психоактивные вещества разделяются на наркотики, токсические и психотропные.

Наркотическое вещество включает в себя три критерия: медицинский, социальный и юридический. В правовом аспекте обязывают признавать вещество наркотическим только при соответствии всем трем категориям.

Медицинский критерий состоит в том, что вещество должно оказывать такое специфическое действие на ЦНС (стимулирующее, седативное, галлюциногенное), которое было бы причиной его немедицинского применения.

Социальный критерий подразумевает, что немедицинское применение вещества принимает такие масштабы, что приобретает социальную значимость.

Юридический критерий исходит из этих двух вышеуказанных предпосылок и требует, чтобы соответствующая инстанция, на то уполномоченная (в Азербайджане ими обладают Кабинет Министров и Минздрав Республики) признала данное вещество наркотическим и включила в список наркотических веществ. Кроме того, в перечень входят все вещества и препараты, которые находятся в списках Единой Конвенции о наркотических веществах.

Однако такое понимание термина «наркотик» принято не во всех странах. Например, в США к наркотическим веществам относят обычно только опий и его естественные и синтетические препараты. Кокаин, галлюциногены, фенамин в США не относятся к наркотикам, однако злоупотребление ими преследуется законом так же строго, как и злоупотребление опиатами.

Психоактивные вещества, не отнесенные к списку наркотиков, обычно называются токсическими. Они обладают всеми психотропными свойствами наркотиков, имеют общие с наркотиками закономерности формирования зависимости.

В 1971 году, после принятия Конвенции о психотропных веществах, традиционно применяемый термин «психотропные вещества» приобрел

юридический оттенок. Отсюда в современном понимании с позиции международного права, термин «психотропные вещества» означает вещества, которые включены в соответствующие списки Конвенции о психотропных веществах.

Согласно МКБ-10, к психоактивным веществам относятся алкоголь, производные опия, каннабиса, седативные и снотворные, кокаин, стимуляторы: включая кофеин, галлюциногены, табак, летучие растворители.

Синдром зависимости - сочетание (физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класс веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума, Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная) принимать психоактивное вещество (которое может быть или не быть предписано врачом).

Зависимость от психоактивных веществ разделяется на психическую и физическую. Синдром психической зависимости обозначает состояние организма, характеризующееся патологической потребностью в приеме какого-либо лекарственного средства или иного вещества с тем, чтобы избежать нарушений психики или дискомфорта, возникающих при прекращении его приема, но без явлений абстиненции. Синдром физической зависимости (абстиненция) - группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, проявляющаяся при полном или частичном прекращении вещества после неоднократного, обычно длительного

и/или в высоких дозах употребления данного вещества.

Известно, что синдром зависимости бывает как врожденный, так и приобретенный. Человек со дня рождения зависим от воздуха, воды, молока матери и т.п. Например, при лишении человека воды возникают симптомы психического возбуждения и галлюцинации (начинают видаться водные источники, родники, слышаться шум воды) и, наконец, может наступить смерть. Таким образом, картина синдрома врожденной зависимости представляется в полном объеме и включает в себя как физическую, так и психическую зависимость.

В ходе онтогенеза и в процессе эволюции человечества в целом постепенно расширяется круг пищевых продуктов, от которых человек зависим. Однако, эта зависимость от пищевых продуктов развивается по механизмам, характерным для зависимости врожденного характера.

Приобретенная зависимость возникает при применении соответствующих лекарственных средств или иных веществ в связи с тем, что эти вещества или средства облегчают болезненное состояние, страдание или вызывают эйфорию, возбуждение, опьянение, которые наблюдаются при применении психотропных и других психоактивных веществ.

Согласно МКБ-10 зависимость от психоактивных веществ является психическим расстройством - болезнью. Но у этой болезни имеется принципиальное отличие от других заболеваний. Известно, что если человек чем-либо

болен, он, как правило, активно хочет избавиться от своей болезни и стремится к тому, чтобы вылечиться. Другая картина при зависимости от психоактивных веществ. При этом лишь небольшая часть больных хочет вылечиться, так как существование с этим заболеванием их вполне устраивает. В этом заключается кардинальное отличие лечения больных, страдающих зависимостью от психоактивных веществ. Почему больные, страдающие зависимостью от психоактивных веществ, не хотят лечиться? Главная причина нежелания лечиться заключается в субъективном приятном состоянии при приеме психоактивных веществ.

Известно, что лечение зависимости от психоактивных веществ должно проводиться главным образом в трех направлениях: биологическое (фармакологическое), социальное и психологическое.

В данной работе мы будем рассматривать вопросы фармакотерапии зависимости от психоактивных веществ.

При сегодняшнем уровне знаний можно наметить следующие общие направления фармакотерапии зависимости от психоактивных веществ: 1) аверсионная (отвращение, условно-рефлекторная) терапия; 2) десенсибилизирующее организм к психоактивным веществам; 3) лечение острой интоксикации и передозировки психоактивных веществ; 4) терапия соматоневрологических расстройств; 5) терапия синдрома отмены; 6) лечение патологического влечения к психоактивным

веществам.

Еще в 30-х годах И.Ф.Случевским была предложена условно - рефлекторная терапия. При этом различные лекарственные вещества использовались для выработки у больного отвращения к спиртным напиткам. Пока остаются не совсем ясными возможности аверсионной терапии наркотоманий, например, с применением апоморфина в рвотных дозах или антагонистов опиатов для провокации абстинентного синдрома в качестве «наказующих» факторов для выработки условной аверсии.

В конце 40-х годов датчане Мартинс-Ларсен и Енсен предложили десенсибилизирующую терапию дисульфирамом. Позже использовались и другие препараты (метронидазол - трихопол, фуразолидон). Был сформулирован метод так называемой «химической изоляции» организма от алкоголя.

Анализ клинических данных показывает бесперспективность первого и второго направления лечения зависимости от психоактивных веществ. Так, эти методы обладают многими токсическими свойствами и, более того, они не действуют на биологические механизмы возникновения алкоголизма.

Лечение острой интоксикации, передозировки и соматоневрологических (поражение печени, почек, нервной системы, иммунодефициты и др.) последствий хронического злоупотребления психоактивными веществами разрабатывается сравнительно успешно и в целом не имеет собственно наркологической специфи-

ки.

Купирование проявлений абстинентного синдрома является важной частью лечебных программ при зависимости от психоактивных веществ.

Рассматривая конкретные методы терапии абстинентного синдрома следует учитывать, что во многих случаях лечение этого симптомокомплекса определяет эффективность всех дальнейших терапевтических мероприятий. Применение современных средств и методов дезинтоксикации предусматривает полное и немедленное лишение наркотиков, за исключением тех случаев, когда их употребление сочетается с приемом средств барбитурового ряда и при собственно барбитуровой наркомании.

Методы симптоматической детоксикационной фармакотерапии абстинентного синдрома включает витаминотерапию, применение средств ноотропного ряда, анальгетиков, психотропных средств (К.Э.Воронин, 1993).

К методам специфической патогенетической фармакотерапии (детоксикация) относится применение клофелина, хлорметиазола (геминеврин), нейропептидов.

Известно, что кардинальным синдромом, трудно поддающимся лечению является патологическое влечение к психоактивным веществам. В этом направлении в 70-е годы началась новая эра в наркологии. Исключительно с целью подавления патологического влечения к алкоголю вначале было рекомендовано широкое применение психофармакологических препаратов. Предлагались транквили-

заторы, нейролептики, тимонейролептики и тимолептики. Во второй половине 70-х годов лечение «вслепую», эмпирические подходы закончились. Впервые в мире И.П. Анохиной и её сотрудниками были получены научные данные о биологических механизмах, лежащих в основе патологического влечения к алкоголю (а затем и к наркотикам), и на этой основе предложены методы коррекции. На базе этих данных была сформулирована теория формирования зависимости от психоактивных веществ, т.е. материального субстрата.

Именно на основании полученных И.П.Анохиной и её сотрудниками (1990, 1993, 2000) научных данных была предложена патогенетическая терапия (малые дозы апоморфина, бромкриптин, такус и др.) подавления патологического влечения к психоактивным веществам. Так как результаты её исследования пока-зали существование общих механизмов формирования патологического влечения к психоактивным средствам.

Н.Н.Иванцом (1991, 1993, 2000) получены клинические данные сравнительного изучения ряда антидепрессантов - флувоксамина, коаксила (тианептина), гептрала, левирона и амитриптилина при подавлении патологического влечения к алкоголю. При этом установлен широкий спектр терапевтического действия левирона по сравнению с другими антидепрессантами.

В настоящее время за рубежом при лечении опийной наркомании используются главным образом две прог-

раммы - метадоновая и налтрексоновая. Метадоновая программа по существу сводится к замене одного наркотика другим, и его контролируемому приему и в итоге позволяет литически прекратить прием метадона. Налтрексоновая программа базируется на длительном применении налтрексона - блокатора опиатных рецепторов, биологически изолирующего больного от наркотика. Введение налтрексона исключает получение соответствующего психического эффекта («кайфа») от приема наркотика.

Подобно тому, как при хроническом потреблении опиатов развивается функциональный дефицит опиоидной системы, при злоупотреблении кокаином и других психостимуляторов истощаются функциональные возможности катехоламинергической системы (Э.Э.Звартау, 1990; Dackis et al., 1987). Современные направления терапии таких наркоманий отчасти включают элементы второго (иммитирующего) типа контроля, например, в случае замены кокаина более «мягким» стимулятором (метилфенидат, пемолин). Восполнение дефицита моноаминов достигается назначением тирозина, фенилаланина и триптофана. Увеличению концентрации аминов у рецепторов способствуют амантадин, дезипрамин, тразодон. Наконец, с помощью бромокриптина возможна прямая активация дофаминовых рецепторов. Все указанные воздействия уменьшают патологическое влечение к кокаину (Dackis et al., 1987; Giannini et al., 1987; Kosten et al., 1987; Tennant, Sagherian, 1987)

Большой интерес может представить изучение лечебных возможностей средств, влияющих на нейроаминергическую систему при зависимости от психоактивных веществ.

Автором (1989; 1991; 1993; 1994; 1996; 1999; 2000) этой работы было установлено, что при лечении зависимости от психоактивных веществ необходимо, в первую очередь, учитывать патогенетические процессы, лежащие в основе клинических проявлений алкоголизма. Проведенные нами исследования показали, что биохимическая картина абстинентного и внеабстинентного состояния противоположна друг к другу. Поэтому лечение этих состояний должно быть различным».

В связи с вышеуказанным, становится понятным, почему назначение при алкогольном абстинентном состоянии средств, стимулирующих выброс биогенных аминов, например, некоторых антидепрессантов, холинолитиков приводит только к ухудшению состояния больного.

Специального внимания заслуживает вопрос о назначении в остром абстинентном периоде нейролептиков, особенно обладающих широкой антипсихотической активностью (например, галоперидол). Нейролептики временно блокируют D₂ - рецепторы, что, казалось бы, должно вызвать улучшение, однако, в ответ на блокаду этих рецепторов усиливается синтез дофамина. Это проявляется ухудшением состояния больного и развитием острых психозов, после кратковременного периода заторможенности и сон-

ливости. Таким образом, назначение нейролептиков в период острых абстинентных расстройств необоснованно и даже противопоказано, так как они не устраняют причину патологического состояния.

В настоящее время признается важная роль нейромедиаторной концепции в патогенезе зависимости от психоактивных веществ. Представляется заманчивым поиск новых лечебных средств, подавляющих зависимость от психоактивных веществ среди блокаторов и стимуляторов нейромедиаторных систем.

Степень вовлеченности в патоло-

гический процесс той или иной нейромедиаторной системы, очевидно, существенно варьируется в зависимости от клинического состояния и формы заболевания. Выявить лидирующее патологическое звено и на базе этого разработать методы фармакотерапии зависимости от психоактивных веществ - актуальная и во многом пока нерешенная задача. Результаты настоящего обзора показывают, что её успешное решение невозможно без учета роли всех нейромедиаторных систем в патогенезе зависимости от психоактивных веществ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Н.А. Медиаторные аминокислоты и алкоголизм. Вопросы наркологии, 1989, №4, стр. 14-18.
2. Алиев Н.А. Оценка возможности применения антагониста ГАМК - пикротоксина в патогенетической терапии алкоголизма». Вопросы психоневрологии. Вып. 14 г. Баку, 1993, стр. 127-130.
3. Анохина И.П., Поган Б.М., Маньковская К.В., Рещикова Е.В., Станишевская А.В. Общность патогенетических механизмов алкоголизма и наркомании и путей поиска средств для лечения этих заболеваний. Жур. Фармакология и токсикология, 1990, т.53, №4, стр. 4-9.
4. Воронин К.Э. Фармакотерапия зависимости от психоактивных веществ. Автореф. докт. дисс. М., 1993.
5. Звартау Э.Э. Современные подходы к применению лекарственных средств при лечении наркомании и токсикоманий. Вопросы наркологии, 1990, №2, стр. 50-52.
6. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Валентик И.Я. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями. Вопросы наркологии, 1991, №1, стр. 13-16.
7. Иванец Н.Н. Зависимость от психоактивных веществ - стратегия лечения. Вопросы наркологии, 1990, №2, стр. 3-6.
8. Лекции по наркологии. Под ред. проф. Н.Н. Иванца. М., изд-во «Нолидж», 2000, 448 с.
9. Aliyev N.A. Possible clinical application of picrotoxine at chronic alcoholism X World Congress of Biological Psychiatry. Abstracts №1401. June 10-11, 1991 Italy, p. 13-6.

10. Aliyev N.A., Aliyev Z.N., Aliquliyev A.R. Amino-acid neurotransmitters in alcohol withdrawal. Alcohol and Alcoholism, №6, v. 29, p. 643-647, 1994.
11. Aliyev N.A., Aliyev Z.N., Aliquliyev A.R., Aliyev E.N. Trial of a synthetic analogue of Leu-Enkephalin (Dalargin) in morphine withdrawal. Abstracts of the Conference Addiction. Oxford 27-29 September, 1996, p. 45.
12. Aliyev N.A. Prevention of relapse of morphine addiction by bromocriptine. Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry, Humburg August, 6-11, 1999, Humburg v. 2, p. 6.
13. Aliyev N.A. Modern problems and perspectives of the development of Pharmacotherapy of alcoholism. Book of Abstracts. The 43rd ICAA International Institute on Prevention and Treatment of Dependencies, Bahrain, 3rd - 7th September, 2000, p.1.
14. Dackis Ch.A., Gold M.S., Pottash A.H. Advanc. Alcohol Subst. Abuse. 1987, v.6. p. 7-21.
15. Giannini A.V., Loiselle R.M., Giannini M.C. Clin. Toxicol. 1987, v. 2, p. 493-500.
16. Kosten T.R., Schumann B., Wright D. et al. V/ Clin. Psychiat. 1987, v. 48, p. 442-444.
17. Tennant F.S., Sagharian A.A. Arch. Intern. Med. 1987, v. 146, p. 109-112.

PSIXOAKTİV MADDƏLƏRDƏN ASILILIĞIN FARMOKOTERAPİYASININ MÜASİR PROBLEMLƏRİ

Psixoaktiv maddələrdən asılılığın farmakoterapiyası əsasən altı istiqamətdə aparılır: 1) aversion terapiya; 2) orqanizmin psixoaktiv maddələrə qarşı sensibili-zasiya olunması; 3) psixoaktiv maddələrin nəticəsində əmələ gələn somato-nevroloji pozuntuların müalicəsi; 4) psixoaktiv maddələrlə bağlı kəskin intoksikasiyaların müalicəsi; 5) abstinent sindromunun müalicəsi; 6) psixoaktiv maddələrə qarşı patoloji meylliyyənin terapiyası. Psixoaktiv maddələrdən patoloji asılılığın müalicəsi üçün neyromediatorların, neuropeptidlərin aqonistləri və onların metabolizminin fermentləri arasında axtarılmalıdır.

ЛИТЕРАТУРА*

1. Sartorius N. Psychiatry and the Public.
2. Kovess V., Caldas de Almeida J.M., Carta M., et al. Care provided to patients suffering from schizophrenia across European countries.
3. Liden M. Health care utilization in a gate keeper system (Holland) as compared to a client oriented system (Germany). Data from the WHO study on psychological problems in general health care.
4. Busschbach van J. T. Wiersma D. Does rehab meet the needs? Different way to measure the outcomes of individual rehabilitation training.
5. Priebe S. Researching quality in community mental health care.
6. Haro J. M., Ochoa S., Araya S. et al. Pattern of care for schizophrenia in different regions of Spain.
7. Gobler R., Kaup B., Machacek L., Wankata J. Agreement on the assessment of need between patients, key relatives and psychiatrists.
8. Laugharne R. Evidence based medicine and user involvement: Some post modern tensions.
9. Ruggeri M., Lesse M., Thornicroft G. et al. The definition and prevalence of severe and persistent mental illness.
10. Brenner H. Psychiatric outcomes in light of national economy.
11. Burns T., Catty J., Wright C. A systematic review of home treatment compared with admission for mental health problems evaluated in terms of clinical, social and cost outcomes, user and care acceptability, and sustainability of programmes.
12. Ruud T. Treatment philosophy and practice in inpatients units
13. Meise U., Kemmler G., Kurz M. et al. Accessibility as one basis for planning mental health services
14. van Voren R. Psychiatry in Eastern Europe From totalitarianism to innovation.

* Все перечисленные работы приведены в сборнике абстрактов IV- ой Международной Конференции Psychiatric Reform and Service Research in Europe (ENMESH)

PSIXİATRİYA YARDIMININ TƏDQIQI VƏ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

F.N. İsmayılov

Psixi sağlamlıq, sahəsində göstərilən xidmətlərin tətbiqi və qiymətləndirilməsi bütün dünya ölkələrinin mütəxəssisləri qarşısında duran ən vacib və mürəkkəb məsələlərdən biridir. Psixiatriya yardımının yeni formalarının inkişafı psixiatriya xidmətinin fəaliyyətinin qiymətləndirilməsində yeni dərkətmə və yeni münasibət tələb edir. Aşağıdakı üç münasibət ayırd olunur:

a) dəyişilmiş sosial şərtlər kontekstində psixiatriyanın məqsəd və vəzifələrinin təyin olunması;

b) yardım olunanlar və onu göstərənlər arasında qarşılıqlı təsir üzərində cəmlənmiş xidmətin mədəniyyətinin öyrənilməsi;

v) son nəticələrin qiymətləndirilməsi.

Bütün bunlar Azərbaycan üçün çox aktualdır, çünki psixi sağlamlıq sahəsində xidmətlərin inkişafı sosial-iqtisadi dəyişikliklərlə eyni zamanda baş verməlidir. Bu baxımdan inkişaf etmiş ölkələrin təcrübəsi çox faydalı hesab edilə bilər.

MENTAL HEALTH CARE : EVALUATION AND RESEARCH

F.N. İsmayılov

The issues of mental health services evaluation is one of the most important and complex problem appearing before mental health professional all over the world. The development of new forms of care challenges to a new awareness and new approaches toward evaluation of efficiency and cost-effectiveness of services. There are three following approaches to mental health service evaluation: a) assessment of main goals and objectives of

Psychiatry in context of changing society; b) service culture assessment focused on interactions between services recipients and providers; c) outcomes evaluation. All these aspects are crucial for Azerbaijan where simultaneously with socioeconomical changes the existing psychiatric services have to be improved. With this regard an experience of developed countries seems to be very useful.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ КОМАНДЫ В ПРОЕКТЕ ANAP (исследование потребностей и отношений в психиатрии)

Н.В.Исмаилов

В связи с распадом социалистической системы и переходом к рыночной экономике в бывшем Советском Союзе произошло снижение жизненного уровня большинства населения и, естественно, наиболее уязвимыми оказались психически больные. Ухудшилось финансирование психиатрических учреждений, обеспечение их лекарствами в связи с чем возникла необходимость коренных преобразований - реформ.

В Западной Европе психиатрическая служба значительно богаче. Она развивалась по совершенно другим моделям, которые не позволяют механически перенести их опыт в страны Восточной Европы. Появилась необходимость в законодательных изменениях в области психического здоровья. Закон не с точки зрения психиатрии, а закон для потребителя, для психически больного, который бы защищал его права.

Если раньше врач-психиатр состоял на службе только у государства и, следовательно, защищал его интересы, то сейчас с переходом на рыночные отношения больные становятся не просто пациентами, а являются потребителями услуг. Их нельзя игнорировать, их мнение, их оценка должны стать приори-

тетными. Можно это не признавать психологически, но реалия такова, что многие больные сами оплачивают свое лечение и, естественно, возрастают их требования.

С переходам на страховую медицину, введение в медицину различных видов собственности и экономических моделей (государственные больницы, диспансеры, частные клиники, кризисные центры, антинаркотические центры, другие неправительственные медицинские организации и т.д.) появились совершенно новые экономические вопросы, такие как рентабельность, эффективность затрат, способы оценки лечения. Больные и их родные сами выбирают, где и как им лечиться. А реальной оценкой является конечный результат: повышение качества жизни психически больного, удовлетворение их потребностей, снижение суицидов, уменьшение противоправных действий. Для осуществления этих задач необходимы специалисты высокого уровня. В настоящее время подготовка врачей специалистов не изменилась. Имеет место подготовка психиатров, ориентированных на больничную - амбулаторную практику и не имеющих опыта работы по соци-

альной психиатрии, коммунальной, реабилитационной и т.д. Т.е. возникает необходимость изменить отношение к пациенту. Врач должен способствовать уменьшению стигматизации, дискриминации психически больного, защищать его права, способствовать интеграции психически больного в общество как равноправного человека.

Необходимо введение новых технологий "формулировка случая", т.е. смотреть на больного ни как на диагноз, а как на конкретную личность со своими проблемами и помочь их решать.

Введение в обслуживание пациентов мультидисциплинарных команд: психолог, социолог, юрист, трудотерапевт, где психиатр является одним из членов команды. Одной из новых технологий является введение кейз-менеджмента, т.е. установление длительных отношений с пациентом для решения его жизненных проблем.

Для осуществления этих реформ в странах Восточной Европы был создан международный проект ANAP. Проект проводился под эгидой "Женевской инициативы в психиатрии". В него вошли Украина, Литва, Венгрия, Киргизия, Азербайджан и Болгария.

Каждая страна представлена командой, состоящей из 4 представителей. Состав Азербайджанской группы таков: проф. Исмаилов Н.В. -лидер команды, канд. мед. наук Манучери - Лалеи А.А., канд. мед. наук Исмаилов Ф.Н., др. Расулов А. Т. -члены команды.

Целью и задачей проекта было:

1) Изучение отношения врачей, потребителей, услуг и общества к проблемам лиц с психической патологией;

2) Изучение практики оказания услуг в области психического здоровья

3) Создание инструментов для определения потребностей и адаптация их для реалий стран Восточной Европы.

Материалы и методы исследования

Проект одновременно проводился в 6 странах Восточной Европы и был нацелен на установление общих и специфических особенностей, существующих в этих странах.

Кроме участников проекта был создан координационный центр в Голландии и Болгарии которая обрабатывала полученные данные и осуществляла общий контроль проекта.

В процессе работы было опрошено 1800 респондентов, представляющих различные категории лиц: врачи, медсестры, пациенты и их родственники, юристы, администраторы, а также представители общей популяции населения.

Исследование проводили в три этапа. На I этапе решались организационные вопросы, составлялся график работы, решались вопросы финансирования, координации, определяли дополнительные задачи.

II этап -создание различных вариантов инструментов, начало сбора данных, подготовка интервьюирования.

III этап -окончательный сбор

сведений, его обработка, завершение работы над созданием инструментов действия данных, отчет о проделанной работе, выработка механизма по внедрению полученных материалов в практику.

Методом исследования были социологический опрос, психологический анализ ситуации, использование оценочной шкалы, факторный анализ - *wagim* ротация.

В ходе исследования получены данные о существующих системах психиатрической помощи в сфере психического здоровья. Были созданы специальные инструменты, предназначенные для определения потребности. Изучено отношение к реформам в странах Восточной Европы. Необходимо отметить, что отношение к реформам при всей их необходимости неоднозначно, осуществление их сопряжено с определенными трудностями.

Основные деятельности по проекту ANAP и сроки выполнения были следующие:

Анализ данных результатов исследования отношений -июль 1999

Анализ данных психометрических качеств опросника -июль 1999 (факторный анализ, достоверность и надежность)

Презентации разработки проекта ANAP на Всемирном конгрессе по психиатрии в Гамбурге -август 1999

Презентация проекта ANAP на 6-й встрече сети реформаторов, Гамбург -август 1999

Новый вариант опросника - сентябрь - октябрь 1999

Тексты и отчет по истории проекта, методах и результатах -сентябрь-ноябрь 1999.

Сбор данных с применением пересмотренного варианта опросника - октябрь 99-январь 2000

Конференция национальных бригад в г. Тепла, Чешская Республика -февраль 2000

Результаты обсуждались на 4 встречах, проходивших в г. София (октябрь 1998 г.), в г. Гамбурге (август 1999 г.), Тепле (февраль 2000 г.), г. Праге (октябрь 2000 г.). Последняя встреча состоится в марте 2001 Г. в городе Вильнюсе и посвящена окончательному отчету.

В заключение следует отметить, что это первый крупный международный проект в области психиатрии, в котором азербайджанские психиатры приняли активное участие.

Азербайджанская группа прошла специальную общеобразовательную программу, проводимую ведущими Западными специалистами. С большим интересом мы прослушали лекции Майкл Гельдер, Джим Бирли, К. Шилдер, Тома Томов, Ригель Енкинс, Ричард Пулц и др. ведущих психиатров Европы и Америки.

В результате достигнуто понимание путей осуществления реформ, выделены приоритеты при их осуществлении. намечены практические мероприятия по внедрению результатов проекта, в систему оказания психиатрической помощи населению. Расширилось международное сотрудничество.

ANAP PROEKTİ ÜZRƏ AZƏRBAYCAN KOMANDASININ FƏALİYYƏTİNİN BƏZİ YEKUNLARI

(Psixiatriyada tələbat və münasibətlərin tədqiqi)

N.V.İsmayilov

Məqalədə son üç ildə Beynəlxalq «Cenevra təşəbbüsü» təşkilatı tərəfindən himayə edilən və maliyələşdirilən ANAP proqramının icrasında Azərbaycan komandasının gördüyü işlərin bəzi yekunları aşkarlanır. Psixiatriyada tələbat və münasibətlər probleminin tədqiqi üzrə müxtəlif peşə sahibləri olan 1800 nəfərdən alınmış məlumatların təhlili göstərir ki, müəyyən regional (milli) problemləri

nəzərə almaqla psixiatriya xidmətində reformalar aparmaq mümkündür və bu günün tələbidir.

Məqalədə o da vurğulanır ki, ANAP proqramının işlənməsi müddətində azərbaycanlı mütəxəssislər psixiatriya üzrə dünyanın tanınmış alimləri ilə əlaqə yaratmış, onların elmi və praktiki tövsiyələrindən bəhrələnmişlər.

PRELIMINARY RESULTS OF THE AZERBAIJAN ANAP TEAM ACTIVITY

(Attitudes and Needs Assessment in Psychiatry)

N.V. Ismayilov

The article is focused on preliminary results of national team three-year work on the ANAP Project launched and financed by Geneva Initiative on Psychiatry. The study included 1800 respondents revealed many problems related to mental health in our region as well as it considered necessity and possi-

bility of reforms in mental health policy and services.

It should be emphasized that within work on the Project the Azerbaijan professionals contacted the famous foreign scientists and obtained very important knowledge in this field.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКО - ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕЗОННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ СУБСИНДРОМАЛЬНЫХ ФОРМ

Н.А. Корнетов, Т.Г. Симуткин

*Отделение аффективных состояний НИИ психического здоровья
Томского научного центра СО РАМН (Россия).*

Интерес клиницистов к проблеме сезонно зависимых изменений в настроении стал активно проявляться в середине XIX - начале XX веков (2, 6,13-14). Многие исследователи подчеркивали, а затем исследовали сезонные закономерности в обострениях психических расстройств, которые обуславливали повышенную частоту поступления больных на стационарное лечение в определенные времена года (15,42). В специальных работах было показано, что в весенне-осенний период наблюдаются закономерные пики рецидивов аффективных расстройств (1,4,8). Исследовательская группа под руководством Kripke D. F. (1978) выдвинула гипотезу о том, что сезонно зависимое течение депрессии может быть связано с ранними эволюционно-биологическими формами выражения сезонно связанных ритмов поведения, которые объясняются фотопериодическими механизмами. Британские исследователи E.D. West; P.Dally (41) в результате детального клинического анализа проявлений депрессивных расстройств выделили так называемые атипичные депрессии, в клинической картине которых преобладали страх, тревога, инвертированный ритм суточных колебаний настроения, общая утомляемость, раздражительность. Такие больные плохо реагировали на ЭСТ и антидепрессанты, кроме ипрониазида (ингибитор МАО). Позднее В.Pitt (30)

подразделил атипичные депрессии на тревожные и не тревожные формы с атипичными нейровегетативными симптомами, такими как увеличение аппетита, гиперсомния, увеличение либидо, плохое самочувствие к вечеру. На наличие своеобразия в некоторых случаях депрессивных расстройств, где вместо классической диссомнии, отмечалась совершенная обратная картина - повышенная сонливость, проявляющая себя в дневное время, указывали P.Micha-elis (25), R.Erkwoh (12). Эти авторы употребляли по отношению к таким случаям депрессии термин "спящая депрессия". Именно своеобразие клинической картины отдельной группы депрессивных расстройств, наиболее типично проявляющей себя в осенне-зимний период, и побудило сотрудников отдела психобиологии Национального института психического здоровья (США) в начале 80-х годов начать исследование так называемых сезонных аффективных расстройств (Seasonal Affective Disorder - SAD), результатом которого явилась оценка распространенности и клиническое описание этого расстройства (21,32). При наличии SAD у большинства пациентов происходит регулярное снижение настроения осенью и зимой, сменяемое полной ремиссией весной и летом. Большинство пациентов (81%) соответствовали критериям аффективного расстройства по типу би-

полярное расстройство II (35), 7% - по типу биполярное расстройство I, у 12% пациентов была диагностирована униполярная депрессия. В качестве первичных диагностических критериев были выдвинуты следующие временные параметры: аффективные фазы должны определяться тем или иным 60-дневным периодом года в течение трех лет, причем 2 эпизода должны быть, по крайней мере, в следующие друг за другом годы. Клинические особенности SAD выражаются в удлинённой продолжительности сна, затруднённом утреннем подъёме, дневной сонливости, предпочтении углеводистой пище, уменьшении общей активности, сниженном настроении, увеличенной раздражительности, тревожности, трудностях в межличностных отношениях и на рабочем месте, увеличении веса, уменьшении либидо. Таким образом, атипичными для классической депрессии в случае SAD являются повышенный аппетит, увеличение веса, повышенная сонливость. В современной американской классификационной систематике (DSM-IV) временные параметры в отношении сезонных аффективных расстройств стали более "мягкими" и в качестве опорных пунктов указывается на регулярную временную связь между началом эпизода большой депрессии в рамках биполярного расстройства I, биполярного расстройства II или рекуррентного большого депрессивного расстройства и определенного времени года. Полная ремиссия (или смена депрессии манией или гипоманией) также должна появляться в течение определенного периода года. Также должны наблюдаться два эпизода большой депрессии в течение двух прошедших лет, отвечающих вышеуказанным критериям, а несезонные эпизоды большой депрес-

сии за тот же период отсутствуют. Сезонные эпизоды должны существенно превосходить в количественном отношении несезонные эпизоды. Т.А. Wehr et al. в (40) описали обратный сезонный шаблон SAD, когда типичные депрессии появлялись весной и летом, а осенью и зимой отмечались ремиссии или даже гипомания. Этот факт отражает то обстоятельство, что одна из основных гипотез в отношении происхождения SAD - дефицит света в осенне-зимний периоды, не является исчерпывающей по своей полноте, и патогенез SAD представляет собой более сложное явление, нежели предполагалось ранее. Наиболее часто сезонными аффективными расстройствами страдают женщины, соотношение женщины - мужчины в этом случае составляет 9:2. В первых работах, посвященных проблеме распространенности SAD, частота этого расстройства оценивается примерно в 25% (36). В последние годы в литературе все чаще начинает обсуждаться вопрос о так называемых субсиндромальных депрессиях (16-17). Но пока лишь единичные работы посвящены возможности существования субсиндромального SAD (20,31), распространенность которого оценивается гораздо выше, нежели SAD в его классическом варианте, описанном N.E. Rosenthal et al. (32). До настоящего времени не определены четкие рамки того, что же считать субсиндромальным SAD. Эпидемиологические данные в отношении SAD и субсиндромальных SAD, встречающиеся в литературе, заметно отличаются в зависимости от места проведения исследования: для Аляски это - 8,9% и 24,9%, для Флориды - 1,4% и 2,6% (31). По данным N.E. Rosenthal (34), 6,1% населения США страдает SAD, а 14,3% субсиндромальным SAD.

В отечественной психиатрии такие исследования пока еще единичны (7).

S. Kasper et al. (18-19) считают, что наличие SAD отражает болезненную готовность, ранимость тех систем организма, которые обеспечивают сезонную вариабельность настроения, побуждений и энергетики. Одной из наиболее часто обсуждаемых патогенетических концепций аффективных расстройств является идея десинхроноза, которая имеет тесную связь с так называемой моноаминовой гипотезой аффективных расстройств (1,8, 22, 24,28-29,40). Гипотеза десинхроноза при аффективных расстройствах предполагает, что возникновение SAD связано с генетически обусловленной функциональной недостаточностью, нестабильностью и нейробиологической чувствительностью механизмов, синхронизирующих внутренние и внешние ритмы. Не исключено, что эта функциональная предрасположенность связана с нарушениями в обмене биогенных аминов (28,43). Биологические часы, ответственные за нормативность различных биологических ритмов в организме (особенно околосуточного циркадианного ритма) и за связь с внешними синхронизирующими факторами (свет-темнота, температура окружающей среды, ряд других гелио-и геофизических факторов), структурно связывают с супрахиазмальными ядрами гипоталамуса (1,26-27, 38 - 39).

Явления десинхроноза при аффективных расстройствах, как правило, соотносят с такими клиническими характеристиками, как суточный ритм настроения с усилением подавленности по утрам, преждевременное утреннее пробуждение, сезонная зависимость расстройства и особенность аффективной патологии проявляться именно в

циркулярной форме (44). Если рассматривать SAD как одно из проявлений десинхроноза, срыв адаптационных возможностей тех структур в интегративной системной деятельности головного мозга, которые обеспечивают синхронизированное протекание целого каскада биологических реакций, в соответствии с задаваемыми параметрами со стороны внешних и внутренних синхронизаторов, то представляется интересным сравнительное исследование частоты встречаемости SAD в 3 группах: в группе контроля, где обследуемые никогда не обращались за помощью к психиатру; в группе пациентов, страдающих биполярным аффективным расстройством (F31) или рекуррентными депрессиями (F33) и в группе пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40-48). Такого рода сравнение может позволить оценить степень декомпенсации механизмов, участвующих как в организации временных взаимоотношений всех процессов в самом организме и организма с окружающей средой, так и в поддержании определенного уровня настроения. Следует отметить, что настроение можно оценивать еще и как вероятный синтетический вектор состояния функционирования организма в целом, в его соматопсихическом единстве.

Все испытуемые были ознакомлены с целью изучения, и исследование проводилось в условиях информированного согласия. Группа контроля, обследованная нами с помощью опросника SPAQ (33), позволяющего оценить наличие SAD или субсиндромального у опрашиваемого, насчитывала 369 человек, 281 человек из которых - женщины (76,2%) в возрасте 26,8 ± 7,5 лет и 88 человек - мужчины (23,8 %) в возрасте

25,1 + 8,3 лет. Признаки SAD были обнаружены у 7% опрашиваемых (26 человек) и у 18,9% - признаки субсиндромального SAD (70 человек). В данной группе достоверно преобладали биполярные колебания настроения в 94 случаях (97, 9%; $P < 0,01$), которые регистрировались опросником.

Группа пациентов с рекуррентной депрессией и биполярным аффективным расстройством насчитывала 153 человека, 116 человек из которых - женщины (75,8%) в возрасте 46,9 + 1,2 лет и 37 человек - мужчины (24,2) в возрасте 44,1+ 2,1 лет. Признаки сезонности в появлении аффективных эпизодов регистрировались в 26,8% случаев (41 человек). В этом случае также преобладало биполярное течение расстройства настроения по сравнению с униполярным (соответственно в 22 случаях - 53,7% и в 19 случаях - 46,3%). Но это различие статистически и не являлось достоверным.

Группа пациентов с невротическими, связанные со стрессом и соматоформные расстройства насчитывала 280 человек. Из них 220 - женщин (78,6%) в возрасте 40,7 + 0,7 лет и 60 мужчин (21,4%) в возрасте 3 8,2+ 1,3 лет. Признаки SAD и субсиндромального SAD выявлялись соответственно у 56 человек (20%) и у 141 человека (50,4%, всего у 197 человек (70,4%). В этой группе также достоверно преобладали биполярные колебания настроения - 155 случаев (81,6%; $P < 0,05$).

Анализируя полученные данные, следует принимать во внимание современные данные нейропсихологии. Нейроны обладают удивительно регулярной и автономной электрической активностью, которая может быть зарегистрирована с помощью внутриклеточ-

ного микроэлектрода-пейсмекерным потенциалом, который был впервые описан А.Н.Аргванитакі с соавт., в 1956 году (9). Дальнейшие исследования показали наличие в нейронах как эндогенной ритмичности, так и ритмичности, зависимой от поступления к нейрону ритмических синаптических влияний (особенно это свойственно для нейронов таламуса и гипоталамуса). С усложнением нейронной организации у высших организмов пейсмекерный механизм нейронов мозга переходит в латентное состояние, что связано с высоким уровнем мембранного потенциала корковых нейронов (3). В определенных случаях пейсмекерный механизм может быть активирован и существенно изменить реакцию нейрона. В ряде случаев пейсмекерная активность в нейроне не регистрируется, но может быть вызвана стимулом. Такой нейрон называют латентным пейсмекерным нейроном в отличие от нейрона с выраженной пейсмекерной активностью, который принято называть актуальным пейсмекерным нейроном. Потенциальным пейсмекерным нейроном называют тот нейрон, у которого пейсмекерная активность отсутствует и ее не удается вызвать, но при определенных условиях (например, сезонных) она все же может наблюдаться. Способность к ритмичной активности в нервных клетках поддерживается регулирующей функцией гормонов. Принципиально важным в этой системе взглядов на функционирование нервной системы является то, что эндогенный пейсмекерный потенциал превращает нейрон из сумматора синаптических потенциалов в генератор, то есть этот механизм при нарастающей автономизации в определенных условиях может исказить нормальное функциониро-

вание как психики, так и сомы и, в частности, вызвать явления, феноменологически определяемые как сезонное аффективное расстройство. Интересен и тот факт, что активность пейсмекерного локуса нейрона в значительной степени зависит от температуры окружающей среды (11). Это обстоятельство, вероятно, поможет лучше понять, почему возможно существование обратного сезонного шаблона SAD (40) .

Полученные данные в отношении распространенности SAD и субсиндромального SAD в различных исследованных группах позволяют выстроить эти группы в виде своеобразного континуума по возрастающей: начиная с группы контроля, где встречаемость SAD и субсиндромального SAD минимальна (7% - 18,9%), переходя через группу пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством или биполярным аффективным расстройством (26, 8%), и, наконец, заканчивая группой пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, где частота SAD и субсиндромального SAD является максимальной (20%-50,4%). Схожую тенденцию обнаруживали Thompson C. с соавторами (37) , которые показали, что сезонность в случае биполярного аффективного расстройства встречалась чаще, чем у лиц в контрольной группе, но реже, чем у пациентов с SAD. Вероятно, такое положение вещей связано с тем, что у пациентов второй группы в нашем исследовании значительно повреждены те механизмы временной организации жизнедеятельности организма, которые отвечают как за настроение, так и за адаптацию к изменениям в окружающей среде при смене времен года, и которые теперь уже не обеспечивают должной сог-

ласованности и ритмичности во взаимоотношениях с внешними синхронизаторами в рамках патологических аффективных проявлений. В случае более "мягких" нарушений пейсмекерных механизмов (как это наблюдается в 3 группе) организм более конгруэнтно откликается на изменения со стороны внешних синхронизаторов (например, при смене времен года). Именно поэтому в этих случаях в критические периоды сезонной смены эрго - и трофотрофных механизмов в регуляции различных биологических процессов в организме наиболее высока вероятность срыва адаптационных возможностей тех мозговых структур и механизмов, которые отвечают за организацию нормального согласованного функционирования эндогенных биологических процессов друг с другом и их взаимосвязь с внешними синхронизаторами. Этот срыв может проявлять себя в виде типичного SAD или субсиндромального SAD. Эта же группа пациентов в большей степени может быть подвержена риску невротических расстройств и особенно расстройств адаптации.

Таким образом, возможно, что в случае умеренной степени десинхроноза, например, при субсиндромальном SAD, расстройстве адаптации, и в случае более выраженной степени десинхроноза - как, например, при типичном SAD, происходит активация латентных пейсмекерных или потенциально пейсмекерных клонов нейронов, которые весьма чувствительны к внешним синхронизаторам (свет-темнота, температура окружающей среды, геофизические и другие факторы), что и обуславливает устойчивую тесную взаимосвязь между сменой времен года и характерной психопатологической карти-

ной психического расстройства. При нарастании тяжести "поломки" ритмозадающих механизмов, все в большей степени начинает реализовываться эндогенная ритмика физиологических и психических процессов, причем нередко и эта ритмика заметно отклоняется от генетически закрепленной программы, обеспечивающей ритмозадающую активность, она перестает откликаться или отзывается заметно искаженно и на корригирующее влияние внешних синхронизаторов. Именно это мы наблюдаем в случае классических рекуррентных депрессивных расстройств и биполярного аффективного расстройства, где большая часть аффективных фаз перестает носить четко очерченный сезонный характер.

В целом, обнаружение высокого удельного веса хронобиологических механизмов в формировании субсиндромальных или подпороговых картин сезонных аффективных расстройств в группе больных с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, могут служить дополнительным аргументом в пользу более широкого применения антидепрессантов селективного действия. Особенно важно клинически анализировать в рамках этих расстройств симптомы, ассоциированные с типичной, атипичной депрессией и сезонными колебаниями всей нейровегетативной симптоматики для правильного выбора терапевтической тактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биологические ритмы. - Пер. с англ./ Под ред. Ю.Ашоффа, - М.:Мир, 1984. - 2 том . - 262 с.
2. Блейлер Е. Учебник по психиатрии: Пер. с нем. - 3-е изд. - Берлин, 1920. - 536 с.
3. Греченко Т.Н. Психофизиология. - И.: Гардарики, 1999. - 360 с. 3 Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Клинико - генетико- антропометрические данные и факторы экзогенной ритмики при шизофрении. - Киев, 1984.
4. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Ритмологические и экологические исследования при психических заболеваниях. - Киев: "Здоровья", 1988. - 208 с.
5. Крепелин Э. Учебник по психиатрии: Пер. с нем. - 8-ое изд. - Москва: Изд. А.А. Карцева, 1910. - 486 с.
6. Путилов А.А. "Совы", "Жаворонки" и другие. О наших внутренних часах и их влиянии на здоровье и характер. - М. : Изд-во Совершенство, Новосибирск: Изд-во Новосибирского университета, 1997. - 264 с.
7. Свердлов Л.С., Скорик А.И., Галанин И.В.// Журн. Невропатол. и психиатр. - 1991, №1. - С.89-94.
8. Arvanitaki А.НИ., Chalasonitis F. N.,Otsura M. Action parax. Du som e neurone d'Ap1ysia //Compt. Rend/ - 1956. - V.243. - P.307.

9. Aschoff J. Zeitgeber der tierischen Tagesperiodik. // *Naturwiss.* - 1954. Bd. 41. - S. 49-56.
10. Carpenter D. O. Temperature effects of pace-maker generation membrane potential and critical firing level // *J. Physiol.*, 1967. - Vol. 50. - P.1469.
11. Erkwow R. Schlafende Depression. Psychopathologische und biochemische Befunde einer Eitzelfallanalyse. // *Nervenarzt.* 1986. - Bd. 57. - S. 538-541.
12. Esquirol E. Mental maladies: a treatise on insanity. - Philadelphia, 1845. - P.275-315.
13. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. - Stuttgart: A Krabbe, 1845. - S.175.
14. Haas M. Ueber Geschlechtshäufigkeit, Jahreskurven und Beginn der Schizophrenie. // *Arch. Psychiatr.*- 1938. Bd. 108.
15. Judd L. L., Rapaport M. H., Paulus M.P., Brown J. L. Subsyndromal depressive depression (SSD): a new mood disorder?// *J. Clin. Psychiatry.* - 1994. - Vol. 55. - P. 18-28.
16. Yudd L.L., Akiskal H.S., Maser J.D., Zellen P. J., Endicott J., Coryell W., Paulus M.P., Kunovac J.L., Leon A.S., Mueller T.I. et al. A prospective 12-Year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders// *Arch. Gen. Psychiatry.* - 1998. - Vol.55. - P.694-700.
17. Kasper S., Wehr T.A., Rosenthal N.E. Saisonal abhängige Depressionsformen (SAD). I. Grundlagen und klinische Beschreibung des Syndroms. // *Nervenarzt.* -1988. - Bd. 59. - N.4. - S.191-199.
18. Kasper S., Wehr T.A., Rosenthal N.E. Saisonal abhängige Depressionsformen (SAD).II. Beeinflussung durch Phototherapie und biologische Ergebnisse. // *Nervenarzt.* - 1988. - Bd.59. - N.4. - S. 200-215.
19. Kasper S., Rogers B., Yancey a. et al. Phototherapy in individuals with and without subsyndromal seasonal affective disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 1989. - Vol. 46. - P.837-844.
20. Kasper S., Wehr T., Bartko J. Et al. Epidemiological findings of seasonal changes in mood and behavior. A telephone survey of Montgomery County, Maryland // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 1989. - Vol. 46. - P. 823-833.
21. Knorr W., Genz A. Mehrdimensionale Untersuchungen des zirkadianen Biorhythmus bei Psychosen. // *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* (Lpz.) - 1985. - N. 3, März. - S. 138-144.
22. Kripke D. F. et al. Circadian rhythm disorder in manic-depressives // *Biological Psychiatry.* - 1978. - Vol. 13. - P.335-351.
23. Lewy A. J. et al. Winter depression and the phase-shift hypothesis for bright light's therapeutic effects: history, theory, and experimental evidence // *J Biol Rhythms.* - 1988. - Vol. 3(2). - P.121- 34.
24. Michaelis R. Schlafsucht bei phasischen Depressionen. // *Nervenarzt.* - 1967. - Bd. 38. - S. 301-305.
25. Moore-Ede M.C. The clocks that time us. - Cambridge, Massachusetts, London: Harvard-University Press, 1982.

26. Moore R. Y. Central neural control of circadian rhythms. // *Frontiers in Neuroendocrinology.*/ Eds. W. F. Ganong, L. Martini. - New York: Raven Press, 1978. - Vol. 5. - P. 185-206.
27. Papoušek M. Chronobiologische Aspekte der Zykllothymie // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* - 1975. - Bd. 43. - S.381-440.
28. Pflug B. Rhythmusfragen bei affektiven Psychosen// *Affective Psychosen; Psychiatrie der Gegenwart 5./Hrsg. K. P. Kisker et al.* - Berl in-Heidelberg-New York Springer:Verlag, 1987.
29. Pitt B. Atypical depression following childbirth. // *Brit. J. Psychiatr.* - 1968. - Vol. 114. - P. 1325-1335.
30. Rosen L. N. Targum S.D., Terman M. et al. Prevalence of seasonal affective disorder at four latitudes // *Psychiatry Research.* - 1990. - Vol. 31. - P.131-144.
31. Rosenthal N.E., Sack D. A., Gillin et al. Seasonal affective disorder; a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 1984. - Vol. 41- P. 72-80.
32. Rosenthal N.E., Bradt G. H., Wehr T. A. Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ). Bethesda, MD, National Institute of Mental Health, 1987.
33. Rosenthal N. E. Seasons of the Mind. New York, Bantam, 1989.
34. Spitzer R. L., Endicott J., Robins E. Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. // *Arch. Gen. Psychiatry.* -1978:- Vol. 35. - P. 773-782.
35. Terman M., Quitkin F. M., Terman J. S. Light therapy for SAD: Dose regimens. // *Abstrakt. Annual des 139. Meeting of the American Psychiatric Association.* - 1986. - N. 121.
36. Thompson C. Seasonality of depression. In *Seasonal Affective Disorder* (eds. C. Thompson, T. Silverstone). - London: CNS Publisher, 1989. - P.1-17.
37. Wehr T. A., Goodwin F.K., Duncan W. S., Gillin J.C. Phase advance of the circadian sleep-wake cycle as an antidepressant. // *Science.* -1979. - Vol. 206. - P. 710-713.
38. Wehr T. A., Wirz-Justice A. Circadian rhythm mechanisms in affective illness and in antidepressant drug action. // *Pharmacopsychiat.* - 1982. - Vol. 15. - P. 31-39.
39. Wehr T. A. et al. Seasonal affective disorder with summer depression and winter hypomania. // *Am. J. Psychiatry.* - 1988. - Vol. 144 - P. 1602-1603.
40. West E. D., Dally P. J. Effect of iproniazid in depressive syndromes. // *Brit. med. J.* - 1959. - Vol. 1. - P. 1491-1496.
41. Willmanns K. Über die Zunahme des Ausbruchs geistiger Störungen in den Frühjahrs- und Wintermonaten. // *Munch. med. Wschr.* - 1920. - N. 7.
42. Wirz-Justice A. Biologische Rhythmen und Depression. // *Therapeutische Umschau.* - 1983. - Bd. 40. - H.9. - S. 763-768.
43. Wirz-Justice A. Biologische Rhythmen und Depression // *Schweiz. Arch. Neurol.* - 1986. - Bd. 137. N5. - S.87-96.

MÖVSÜMİ AFFEKTİV POZUNTULAR VƏ ONLARIN SUBSİNDROMAL FORMALARININ KLİNİK - XRONOBİOLOJİ PROBLEMLƏRİ VƏ YAYILMASI

N.A.Kornetov, Q.Q.Simutkin

Mövsümi affektiv pozuntular (MAP), xüsusən onun subsindromal variantları (SV) geniş yayılmasına baxmayaraq olduqca az öyrənilmişdir. MAP patogenetik mexanizmləri affektiv pozuntuların desinxronoz və monoamin hipotezlərinin kəşşidiyi konsepsiya zəminində tədqiq edilir. Göstərilən problemin kliniki araşdırılması mə'lumatlı razılıqla SPAQ sorğusu vasitəsilə qərbi Sibirdə 802 adamın iştirakı ilə aparılmışdır. Əvvəllər psixiatra müraciət

etməyənlər arasında MAP təsadüflərinin miqdarı -7, SV - isə - 18,9 % , binolyar və rekurrent depresiyaya tutulanlar arasında isə MAP 26,8 % qeyd edilmişdir.

Samaoform və stresslə əlaqədar nevroitik pozuntuları olan pasiyentlərdə MAP 20%, SV isə 50,4 % - hallarda aşkar edilmişdir. Məqalədə tez - tez rast gəlinən bu növ kliniki halların mexanizminin və müalicə imkanlarının xüsusiyyətləri müzakirə edilir.

PREVALENCE AND CLINIC-CHRONOBIOLOGIC OF THE PROBLEM SEASONAL AFFECTIVE DISORDERS AND THEIR SUBSYNDROMAL FORMS

N.A.Kornetov, G.G. Simutkin

Department of Affective Disorders of Mental Health Research Institute of Tomsk Centre of Science RAMSci (Tomsk). Seasonal affective disorders (SAD) and especially subsyndromal forms SAD (SSAD) its extremely wide-spread, but are still not enough investigated. Their pathogenetic mechanisms are on the cross-rod of the concept of desynchronizes and monoamine hypothesis of affective disorders. 802 persons in Western Siberia have taken part in clinical research at the informed consent and with the help of a questionnaire SPAQ. In

group of persons never seeking earlier for psychiatric help, frequency of SAD has made 7 %, and SSD -18,9 %; among the patients with bipolar and recurrent depression -26,8 % of SAD were noticed. Among the patients concerning a diagnostic category "neurotic, stress-related, and somatoform disorders" SAD were observed in 20 % and SSAD were revealed in 50,4% of persons. Mechanisms of this often clinical phenomenon and probable therapeutic consequences are discussed. Bibliography: 44 names.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СВЯЗИ С ПРИНЯТИЕМ НОВОГО УГОЛОВНОГО КОДЕКСА АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Б.М. Асадов

Современное развитие нашего общества диктует необходимость проведения демократических преобразований, конечным результатом которых является построение правового государства, где все члены общества будут равноправны между собой. Основу деятельности такого государства составит благо человека, соблюдение и защита его прав, во главе его деятельности станет Закон, перед которым будут равны все граждане, независимо от должности, и материального положения.

Все это приобретает особую актуальность в настоящее время, т. к. вы знаете, что в преддверии нашей конференции Азербайджан принят полноправным членом Совета Европы. Однако, чтобы стать настоящим европейским государством, необходимо выработать законодательство, соответствующее европейским стандартам, на должную высоту поднять уровень обслуживания населения. Для того, чтобы Азербайджанское здравоохранение отвечало международным требованиям, необходимо проводить радикальные реформы, которые помогли бы вывести его из кризиса. Понимая стоящие перед ним задачи, Министерством здравоохранения республики совместно с неправительственными организациями начаты широкие реформы в различных областях здравоохранения, в том числе, в психиатрической службе республики.

Судебная психиатрия является неотъемлемой частью общепсихиатрической службы. Нашей основной задачей является повышение качества экспертной работы, широкое внедрение достижений современ-

ной психиатрии в экспертную практику, разработка мер профилактики общественно опасных действий душевнобольных, улучшение методов терапии больных, находящихся на принудительном лечении.

Всего этого невозможно достичь без соответствующей законодательной базы. Одним из основных законов, регламентирующих проведение судебно-психиатрической экспертизы, различные вопросы, связанные с невменяемостью, назначением принудительных мер медицинского характера, является - Уголовный Кодекс Азербайджанской Республики. В мае 2000 года Парламентом Республики был принят новый Уголовный Кодекс, в котором содержатся существенные изменения, касающиеся вопросов невменяемости, принудительных мер медицинского характера и др.

Поэтому возникает необходимость ознакомить участников конференции с некоторыми статьями Уголовного Кодекса, касающихся различных проблем судебной психиатрии.

Прежде всего, в настоящем УК изменилась статья, определяющая формулу невменяемости. Если ранее невменяемость определялась статьей 11 УК, то в настоящее время она определяется статьей 21. Кроме того, несколько изменилось определение юридического критерия невменяемости. До принятия статьи 21 УК невменяемость определялась, как "невозможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими". В новом УК юридические критерии невменяемости определяются как "невозможность осозна-

вать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими". Таким образом, в настоящей формуле невменяемости изменен интеллектуальный признак юридического критерия невменяемости (невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий). Созвучна с данной статьей УК АР и статья 78, предусматривающая освобождение от несения наказания в результате болезни. В пункте 1 этой статьи отмечается, что лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое заболевание, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера.

Совершенно новым является введение в УК АР статьи 22, предусматривающую уголовную ответственность лиц с психическим расстройством, не исключаяющим вменяемости. Эта статья является отражением понятия "ограниченной вменяемости", введенного в терминологию судебных психиатров в последние годы, и характеризует степень и полноту осознания общественной опасности своих действий в силу расстройства психики лицом, совершившим правонарушение. В этом случае указанное лицо признается вменяемым, однако суд учитывает имеющееся у него психическое расстройство при вынесении приговора, а в некоторых случаях может даже назначить принудительные меры медицинского характера.

Значительным изменениям в новом Уголовном Кодексе АР подвергнулся раздел VI, касающийся назначения принудительных мер медицинского характера. Эти изменения свидетельствуют, во-первых, о

смягчении отношения к психически больным, совершившим общественно опасные деяния, во-вторых, о заботе государства в отношении соблюдения прав подобной категории больных. В пункте 2 статьи 93 прямо подчеркивается, что принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения психически больными иного существенного вреда, либо с опасностью для себя или других лиц. Кроме того, в статье 95 нового УК, касающейся видов принудительных мер медицинского характера, убраны слова "усиленное, строгое наблюдение", вызывавшие ранее ассоциацию с нахождением больных не на лечении в больнице, а в заключении в исправительно-трудовых учреждениях. Наряду с этим, введен новый вид принудительного лечения как "амбулаторное принудительное лечение у психиатра".

Совершенно новой в Уголовном Кодексе является статья 146, предусматривающая не только защиту прав больных и личности, но и свидетельствующая о повышении ответственности врачей психиатров, работающих в практическом здравоохранении. В ней говорится об уголовной ответственности за незаконное помещение в психиатрическую больницу заведомо здорового лица, которая предусматривает не только лишение свободы на различные сроки, но лишение права заниматься врачебной деятельностью сроком до 3-х лет.

Таким образом, новый Уголовный Кодекс, принятый Парламентом Азербайджанской республики и вступивший в силу с 1 сентября 2000 года, не только соответствует международным требованиям, декларирующим защиту прав и свобод личности, но и направлен на повышение ответственности, как психиатров-экспертов, так и врачей всех звеньев психиатрической службы республики.

"Azərbaycan Respublikasının yeni Cinayət Məcəlləsinin tətbiqi ilə əlaqədar məhkəmə - psixiatriya ekspertizasının və məcburi müalicənin keçirilməsində və təşkilində dəyişikliklər barəsində"

B.M.Əsədov

Məqalədə anlaşıqlıq, məhdudlaşmış əlaqədar məhkəmə - psixiatriya ekspertizasının və məcburi müalicənin keçirilməsində və təşkilində dəyişikliklər barəsində

On the changes in providing the forensic-psychiatry expertiza and involuntary treatment in accordance with new Crime Code of Azerbaijan Republic

B.M.Asadov

The report deals with the analysis of the Criminal Code of AR, touching upon the issues of impunity, limited punitability and involuntary treatment of mentally ill delinquents. The results of analysis bring to conclusion, that democratic reforms in Azerbaijan have changed the treatment and attitude to these patient. New Crime Code promotes to increase the responsibility of forensic psychiatrists and depends the rights and needs of mentally ill patients.

СИМУЛЯТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПРИЗЫВНИКОВ

А.А.Султанов, Л.К.Садыхова

По мере развития психиатрии, взгляд на возможность симуляции психических заболеваний был неоднозначен. Одни авторы [1, 2, 3] признавали возможность симуляции. По мнению же других [4, 5, 6, 7], симуляция рассматривалась как признак психической неполноценности. Взгляды, касающиеся симулятивного поведения, носили весьма противоречивый характер. Так, Vingtrinier A. из 45000 освидетельствованных им обвиняемых только у одного установили симуляцию, а Binswanger L. из 25 психических больных у 12 выявил симулятивное поведение. Определенную ясность в этот вопрос внес Klieneberger (1921г.), который на опыте Первой Мировой войны подтвердил и экспериментально продемонстрировал возможность симуляции психического заболевания здоровыми лицами.

В настоящее время возможность симуляции психического заболевания считается общепризнанной. Описаны различные формы и способы симуляции, выявлены определенные предпосылки, характерологические черты и мотивации к симулятивному поведению. Ряд авторов [8, 9, 10, 11] указывают на то, что симуляция чаще встречается в юридической практике и в среде военнослужащих. В МКБ - 10 указана возможность симуляции в различных жизненных ситуациях и то, что симулироваться могут самые разные заболевания - как соматические, так и психические.

В последние годы симуляция соматических заболеваний наблюдается редко, так как новые, специальные параклинические исследования позволяют легко распознавать симуляцию. В то же время, ин-

формированность населения о психических болезнях возросла, что связано с освещением вопросов психического здоровья средствами массовой информации. Поэтому и формы симуляции психических заболеваний стали более разнообразными, наблюдается тенденция к симулированию цельной картины психической болезни. В отечественной литературе этому вопросу уделено мало внимания и основная часть работ посвящена симулятивному поведению испытуемых в судебно-психиатрической практике. За последнее время в практике военно-психиатрической экспертизы, где решается вопрос о годности к службе в армии, наблюдается неуклонный рост числа случаев симулятивного поведения среди лиц призывного возраста, что негативно отражается на проведении призыва в ряды Национальной Армии. Исходя из этого, целью данного исследования является определение симулятивного поведения у лиц призывного возраста. В задачи исследования входило: выявление взаимосвязи между формой симулятивного поведения и различными параметрами, определение наиболее часто встречаемых форм и в исследование вошло 37 юношей призывного возраста от 17 до 25 лет, которые проходили военно-психиатрическую экспертизу, на базе Клинической Психиатрической Больницы №2 города Баку с 1997 по 1999гг. Все изученные нами были разделены на 2 группы. В первую группу (16ч.) вошли лица, с так называемой истинной симуляцией, при которой психически здоровые лица сознательно изображали психическое заболевание. Вторая группа (21ч.) состояла из лиц, которые сознательно и умышленно преувеличивали

Таблица 1.

Социальные показатели в группах призывников с симулятивным поведением

| Показатели | Группа призывников с истинной симуляцией | | Группа призывников с аггравацией в других видах симуляции | |
|--|--|---------|---|---------|
| | абс. | отн.в % | абс. | отн.в % |
| Место жительства | | | | |
| Город | 5 чел. | 31% | 9 чел. | 43% |
| Село | 11 чел. | 69% | 12 чел. | 57% |
| Возраст | | | | |
| До 21 | 13 чел. | 81% | 17 чел. | 81% |
| Старше 21 | 3 чел. | 19% | 4 чел. | 19% |
| Образование | | | | |
| Неполная средняя школа | 12 чел. | 72% | 14 чел. | 67% |
| Среднее | 3 чел. | 18% | 7 чел. | 34% |
| Среднее специальное | 1 чел. | 6% | — | — |
| Данные с наследственной отягощенностью | | | | |
| Есть | 7 чел. | 44% | 15 чел. | 71% |
| Нет | 9 чел. | 56% | 6 чел. | 29% |
| Микросоциальные условия | | | | |
| Благополучные | 3 чел. | 19% | 4 чел. | 19% |
| Удовлетворительные | 8 чел. | 50% | 7 чел. | 33% |
| Неблагополучные | 4 чел. | 25% | 19 чел. | 90% |

симптомы имеющегося в настоящее время заболевания, т.е. была четкая аггравация. Как видно из приведенных данных, истинная симуляция встречается реже, чем симуляция на патологической почве, что соответствует данным других исследований [10, 11].

Анализируя различия социальных показателей в указанных группах больных (см. табл.1), нами установлено некоторое преобладание городских жителей среди призывников, обнаруживавших аггравацию и другие формы симулятивного поведения. В то же время призывники, вошед-

шие в указанную группу, имели более низкий образовательный ценз и менее благоприятные микросоциальные условия жизни. У призывников данной группы можно отметить частоту наследственной отягощенности.

В случае истинной симуляции, призывники наиболее часто прибегали к симуляции анамнеза, они приводили данные, которые трудно перепроверить: судорожные припадки, снохождения, разного рода страхи, повышенную раздражительность и пр. Симуляция, основанная на содержании ложного анамнеза, отражает интеллекту-

Таблица 2.

| Симулируемые расстройства | I группа | | II группа | |
|---------------------------------|----------|--------|-----------|--------|
| | абс. | отн.в% | абс. | отн.в% |
| Судорожные припадки | 5 | 31% | 4 | 19% |
| Астеновегетативные расстройства | 2 | 13% | 10 | 48% |
| Соматоформные расстройства | | | 6 | 29% |
| Нарушения памяти и интеллекта | 5 | 31% | — | — |

альные способности индивида, его жизненный опыт, представления о психических болезнях, знакомство с медицинскими сведениями из средств массовой информации, социально-культуральные особенности.

Симуляция продуктивных психопатологических симптомов преподносится в форме заранее заготовленных фраз. Они не могут уточнить многие детали, часто эффективный фон не соответствует болезненному состоянию, отсутствует целостность структуры психопатологического синдрома. При этом, упорно повторяются жалобы или же через день, два пребывания в стационаре, меняются поведение и симулируемые симптомы. Симуляция эпилепсии носит, как правило, так называемый "вербальный характер", больше они демонстрируют болезнь на словах, а нередко при попытке изобразить эпилептический характер, они "добиваются" вычурного подобию истерического, как подергивания, дрожание конечностей. При симуляции слабоумия, имитируется полное отсутствие каких-либо знаний; к этому виду симуляции прибегают, как правило, лица примитивные и социально запущенные. Имитирование невращения сопровождается жалобами общего характера. Вторая группа лиц, у которых была симуляция на патологической основе (агравация, метасимуляция) обнаружива-

ла значительную наследственную отягощенность психическими болезнями. Здесь симулировались такие расстройства, как: невращения-10 чел; судороги-4 чел; соматоформные расстройства-6 чел. (см. табл.2). В этой группе чаще встречались агравация и значительно реже метасимуляция.

Личности больных, склонных к агравации, отличались сохранностью и осознанием воспоминаний отзвучавшей болезни. Наиболее частым является предъявление ипохондрических жалоб, часто необычных и гипертрофированных, обоснованных как жалобы на вялость, слабость, плохой сон и многое др. Пытаясь вызвать сочувствие к своей личности, для большей убедительности акцентируют к "внешним проявлениям болезни": кричат, стонут, на лице скорбное выражение, но взгляд активно направлен на врача.

Склонность к агравации прямо пропорциональна интеллектуальному уровню, она наивна и далека от реальной.

В случае метасимуляции (6 чел.) жалобы больных, несмотря на их симулятивность и разнообразие, определялись содержанием перенесенного заболевания. Оценивая тип личности, мы пользовались критериями Современной Международной Классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра.

В группе призывников с истинной симуляцией было выявлено 7 чел. с истерическими и 8 чел. с зависимым типом личности. В группе с метасимуляцией и аггравацией преобладали лица с истерическим типом личности-11 чел., тревожный тип-6 чел., эффективный тип-4 чел. (см.рис.1); других типов (шизоидный, параноидный, диссоциальное, ананкастное, эмоционально-неустойчивое) выявлено не было. Как видно из приведенных данных, наиболее частым видом личностных расстройств являлись истерические черты характера. Преобладание лиц с истерическим складом личности вполне закономерно. Их демонстративность, гротескность, инфантильность вполне соответствуют поведению симулянтов.

Симулянты с тревожным типом личности - 6 чел., встречались только в группе лиц, с установочным поведением.

Они в основном, аггровировали свое состояние. Неуверенность в себе, быстрая истощаемость, робость, невозможность быстро принимать решения, не позволяют этим лицам входить в "роль", как истинных симулянтов. Интересным является большое число зависимых личностей в группе истинных симулянтов (8 чел.). Подобные лица чрезвычайно податливы, уступают желаниям других, избегают ответственности. Родители этих призывников проявляли гиперопеку, были стеничными, пытались убедить врача о наличии психической болезни у их сына, просили детей продемонстрировать психическое заболевание. Но призывники, будучи предоставлены самим себе, наедине с врачом, быстро "сдавались", терялись (и заявляли, что они вместе с родителями заучивали "роль" психически больного человека).

Аффективный тип личности

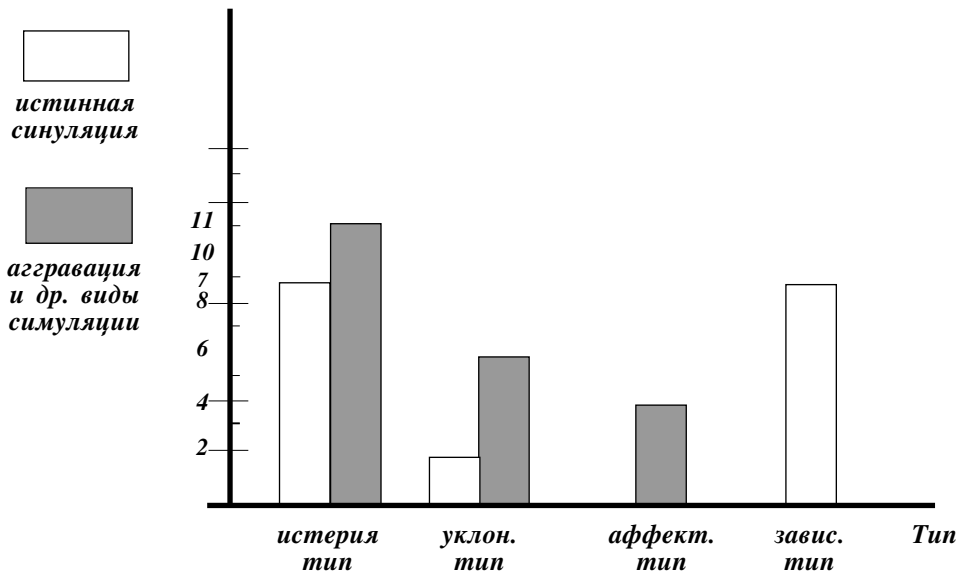


Рис. 1.

Распределение по типам личности у призывников, обнаруживающих симулятивное поведение

наблюдался у 4 чел. Все они относились к группе лиц, у которых в прошлом и настоящем обнаруживались психические нарушения. Притворное поведение этих лиц отражало доминирующий на данный момент аффект.

В заключение необходимо отметить, что форма симуляции во многом обусловлена типом личности; так, несмотря на преобладание истерического типа личности в обеих исследуемых группах, среди призывников с истинной симуляцией очень распространен зависимый тип личности, поскольку лица этого склада не могут оставаться без поддержки и привыкли во всем полагаться на окружающих и сам фактор отсутствия этой поддержки, будучи призванным в армию, является основой для формирования симулятивного поведения.

Преобладание аффективного типа личности в группе с метасимуляцией прослеживает явную связь с их эмоциональной уязвимостью и повышенной чувствительностью к любым психотравмирующим событиям.

Имитирование таких расстройств, как продуктивные психопатологические симптомы снижения памяти и интеллекта, свидетельствуют в пользу истинной си-

муляции. Тогда, как наличие астено-невротических и соматоформных жалоб ассоциируются с метасимуляцией и аггравацией. Общими для обеих групп являются жалобы на судорожные припадки. Различия в предъявляемых жалобах в обеих исследуемых группах связаны с различными источниками информации. Истинные симулянты получают информацию из внешних источников, соответствующих представлениям других людей о психических болезнях лица с аггравантным поведением, используют личный опыт и их жалобы выглядят более правдоподобными. По нашему мнению, общими критериями симулятивного поведения являются:

- демонстрация несуществующих или незначительных симптомов, как доказательства наличия психического заболевания;

- наличие более или менее осознаваемых мотивов для установочного поведения;

- несоответствие предъявляемых жалоб объективным признакам психического расстройства и его синдромальная незавершенность;

- повышенная вариабельность ответов и тесная связь с обывательским, примитивным пониманием болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Серебский В.П. Судебная психопатология. - Вып. I, М., 1895, 224с.
2. Осипов В.П. Руководство по психиатрии. - М.-Л., Госиздат, 1931, 596 с.
3. Brinbaum K. Kriminalpsychopathologie und psychobiologische Verbrecherkunde-2-te Aufl., Berlin: Springer, 1931, 304 s.
4. Бруханский И.П. Судебная психиатрия. - М. 1928, 439 с.
5. Краснушкин Е.К. Избранные труды. - М.Медгиз, 1960, 608 с.
6. Yaspers K. Общая психопатология (пер. с нем). - М. "Практика", 1997, 1053 с.
7. Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten, Munhen, 1924, 314 s.

8. Фелинская Н.И., Пелипас В.Е. О формах симуляции и принципах ее распознавания//Практика судебно-психиатрической экспертизы. - М., 1975, с.3-12
9. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10 Revision). - WHO, Geneva, 1992, 1244 p.
10. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. - М., "Медицина", 1988, 400 с.
11. Шостакович Б.В. Актуальные проблемы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе// Судебно-психиатрическая экспертиза. - М., 1980, №34, с.3-10.

ÇAĞIRIŞÇILARDA SİMULYATİV DAVRANIŞ

A.A.Sultanov, L.K.Sadixova.

XBT-10 əsasında simulyativ davranış kriterilərinə uyğun gələn 37 çağırışçı müayinə olunmuşdur.

Tədqiqatın məqsədi aşağıdakılardan ibarət olub:

- Simulyativ davranış tipləri ilə müxtəlif sosial faktorlar arasında qarşılıqlı əlaqənin aşkar olunması.

- Ən çox təsadüf olunan simulyativ davranış formaları və üsullarının təyin olunması.

- Simulyativ davranışı təyin edən kriterilərin müəyyən edilməsi.

İndividual - psixoloji xüsusiyyətlər və sosial şərtlər simulyativ davranışa əhəmiyyətli dərəcədə tə'sir göstərir.

THE DIAGNOSTIC ISSUES OF SIMULATIVE BEHAVIOR IN RECRUITS

A.A.Sultanov, L.K.Sadikhova

37 probands recruits in Azerbaijan Army meeting ICD-10 criteria for simulative behavior were involved in the study. The objectives of the study were determined as followings:

· To reveal relationships between types of simulative behavior and different social patterns.

· To define the most frequent models and modes of simulative behavior.

· To present specific criteria to recognize simulative behavior in case of psychiatric valuation in recruits.

The individual psychological features as well as societal context have significant influence on simulative behavior.

ХАРАКТЕР УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ В ВЕНГРИИ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА. АКЦЕНТ НА ПСИХОСТИМУЛЯТОРАХ

Жолт Деметрович (Венгрия)

К истории вопроса

До политических изменений, произошедших в 1989 году в странах Центральной и Восточной Европы, незаконное употребление наркотиков отмечалось довольно редко. Хотя в Венгрии употребление наркотиков имело место еще до начала первой мировой войны, эта проблема возникла в конце 60-х, когда первые наркоманы были арестованы в Будапеште. Все они употребляли паркан - производное дофамина, антипаркинсоническое средство, обладающее галлюциногенным эффектом. Наркоманы 70-х и 80-х годов в Венгрии характеризовались употреблением лекарств (в основном сочетанием кодеина с глутетимидами) и различными способами введения производных мака. В зимнее время года потребители опиатов использовали заварку, изготовленную из маковых зерен, тогда как в мае - июне возможно было получение опиума-сырца из незрелого мака. В обоих случаях опиаты комбинировались с нуксероном - глутетимидин содержащим снотворным средством. Наряду с использованием опиатов наблюдалось употребление токсических веществ в виде аэрозолей, распространенное в бедных городских районах. Употребление канабиса было довольно редким и сопряженным с принадлежностью к определенным слоям общества - так называемым "интеллектуалам" (Bacsrai and Gerevich, 1994).

В конце 80-х - начале 90-х ситуация изменилась. Одной из причин тому явился своеобразный ответ на решение ЦК Компартии Венгрии о том, что

проблема наркотиков перестала быть "закрытой темой" и могла освещаться в средствах информации. Окончательное снятие табу ознаменовало правительственное распоряжение органам здравоохранения об открытии первых амбулаторных центров и наркологических отделений в больницах, а также создание межведомственной комиссии по наркотикам (Gerevich and Bacsrai, 1996).

В то же время, употребление наркотиков стало возрастать и мы стали свидетелями значительных качественных изменений. Открытие границ способствовало к более легкому доступу к незаконным наркотическим средствам. Используемые ранее настойки мака и производные кодеина сменились внутривенным употреблением героина. Существенно расширился круг лиц, употребляющих канабис; гашиш и марихуана стали очень доступны, особенно среди молодежи. Появился на рынке и кокаин, хотя и в меньших количествах, чем упомянутые наркотики (Bacsrai and Gerevich, 1994; Parsi and Demetrovich, 1999).

В Венгрии почти все косвенные показатели свидетельствуют об увеличении наркотизации (Paksi and Demetrovich, 1999). Количество преступлений, связанных с употреблением наркотиков, число средств, объявленных вне закона, показатели смертности по причине наркомании и количество наркоманов, обратившихся за медицинской помощью, постоянно растут (Racz and Vingender, 1999).

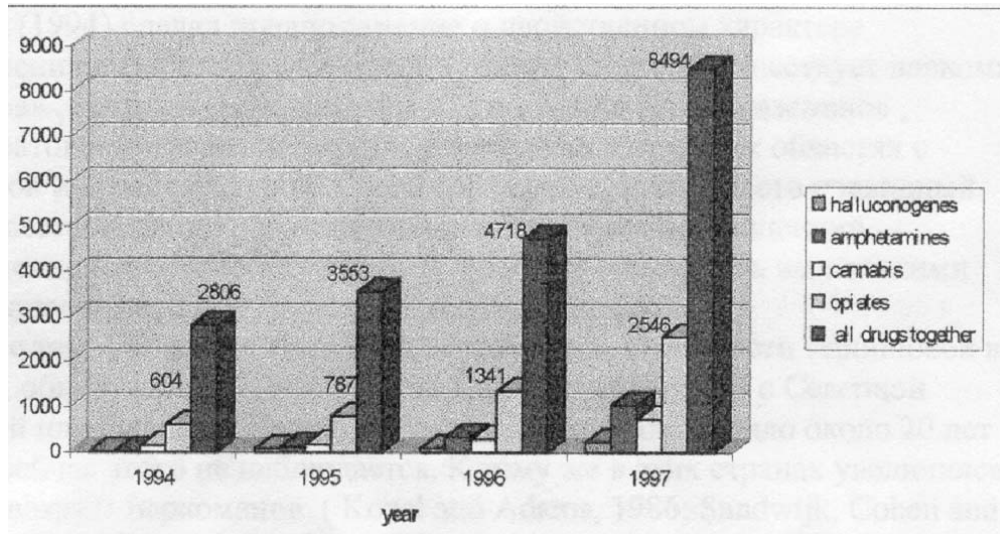


Рис.1. Количество наркоманов, зарегистрированных в Венгрии в 1994 - 97 гг.

Важно отметить что приводимые здесь данные высвечивают проблему сбора данных и проблему определения показателей распространенности употребления наркотиков (Paksi, 1997; Paksi, Demetrovics, 1999). В связи с этим неясно, указывают ли эти данные на рост наркотизации или они свидетельствуют об улучшении выявляемости наркоманов и усилении контроля за употреблением наркотиков со стороны правоохранительных органов (см. данные об арестах и судебных процессах). А может, это происходит за счет увеличения потребления более опасных наркотиков (см. рост смертности) или возросших возможностей для лечения наркомании, а также более толерантное отношение (?) к наркоманам, позволяющее им свободно обращаться за этим лечением.

Bacskaï и Gerevich, 1995 в обзоре, выполненном среди домашних врачей, также выявили рост числа наркоманов между 1990-1992 годами. Результаты показывают обоюдный рост наркомании и использования психоактивных лекарств, при этом в последней группе этот рост более значительный (возможно, это обстоятельство связано с тем, что лица, злоупотребляющие психоактивными медицинскими препаратами, чаще обращаются к домашним врачам, чем наркоманы).

По данным исследования ESPAD-1995, 10% учащихся вузов старше 16-ти лет уже попробовали в своей жизни один из видов наркотиков. В то же время не было выявлено заметного увеличения наркомании с 1992/93 по

1995 год, которое наблюдалось в прошлом. Показатели распространенности употребления наркотиков в течение жизни среди 16-летних студентов в 1999-м году составило 19,1%.

Западная и восточная модели

Гиревич (1994) сделал предположение о двойственном характере употребления наркотиков в Венгрии. С одной стороны, существует наркомания "бедняков", которой свойственны использование бензодиазепинов, барбитуратов и ингалянтов лицами, живущими в сельских областях с неразвитой инфраструктурой. С другой стороны, имеет место очевидный процесс вестернизации, связанный с развитием тех же тенденций употребления наркотических

веществ, которые отмечались несколькими годами ранее в Западной Европе и Северной Америке.

Вместе с тем, увеличение опийной наркомании, в частности героиновой в Венгрии, обнаруживает обратную тенденцию в сравнении с Северной Америкой или Западной Европой, где подобное происходило около 20 лет назад, а сейчас этого не наблюдается. К тому же в этих странах увеличился средний возраст наркоманов (Kozel and Adams, 1986; Sandwijk Cohen and Musterd, 1991; Groerer & Brodsky, 1992).

Однако Hartnoll (1994) в своем заключительном исследовании привлекает внимание к значительной проблеме употребления героина и не исключает возможности появления новой волны наркомании. В Венгрии это имеет отношение не только к опиатам, но и к росту употребления психостимулирующих средств, которое происходит параллельно ситуации в Западной Европе.

Употребление психостимуляторов в Венгрии.

Употребление психостимуляторов в Венгрии значительно возросло за последние 4-6 лет. Если в 1994 году всего 25 человек обратились за лечением, то в 1995 году их количество увеличилось до 119, а в последующие годы соответственно 335(1996) и 1033(1997) (см.рис.1).

Это означает, что среди получающих лечение наркоманов, употребляющие стимуляторы являются наиболее интенсивно возрастающей группой в Венгрии.

В соответствии с данными ESPAD, 0,5% 16-летних студентов употребляли экстази и 0,8% употребляли амфетамины, хотя бы раз в своей жизни

(данные относятся к 1995 году). В 1999 году эти показатели, соответственно, равнялись 4,2% и 4,7%.

Таким образом, в этой возрастной группе стимуляторы являются самым популярным видом наркотиков после марихуаны. Для сравнения показатели распространенности курения марихуаны в 1995 году-4,8%, а в 1999-16,0%.

Употребление наркотиков на вечеринках.

Предьдущие исследования и публикации в СМИ предполагают тесную связь употребления наркотиков с развлекательными мероприятиями. В наши задачи входило исследовать этот феномен в Венгрии.

В ноябре 1997 года было проведено исследование в Будапеште среди 373 посетителей дискотек. В 7 различных местах во время 17 мероприятий такого рода были распространены опросники. Такими местами могли быть либо традиционные дискотеки, маленькие клубы или большие танцевальные вечера. Две трети лиц были мужского пола, средний возраст 20,62+/-3,31. При этом более 2/3 респондентов были в возрасте от 17 до 22 лет, а 10,7% были моложе 16 или старше 27 лет. 83% проживали в Будапеште. Большинство (83%) проживали с обоими родителями, тогда как 16% имели одного из родителей, 10% жили одни, а еще 10% - с партнерам. Большая часть родителей (47% отцов и 39% матерей) являлись людьми интеллектуального труда. Еще 26% матерей и 16% отцов занимались технической работой или физическим трудом. Сами респонденты были в основном студентами, соотношение студентов к работающим - 2:1, а 5% вообще ничем не занимались.

Табакокурение и алкоголизация

90,9% респондентов хотя бы раз в жизни курили сигареты, большинство из них (63,4%) курили на регулярной основе. За исключением 4-х человек все остальные употребляли спиртные напитки, из них 82,3% пили спиртное хотя бы раз за последние 30 дней. 2,1% сообщили о ежедневном употреблении алкоголя.

Незаконное употребление наркотиков

В соответствии с результатами исследования 68,8% респондентов хотя бы раз в жизни пробовали наркотики. Самым популярным из наркотиков был

канабис, его хотя бы однажды пробова-ли 64,9% лиц. Еще 50,9% употребляли и другие наркотики. Наиболее рас-пространенными после марихуаны и га-шиша были амфетамины, LCD и "экста-зи" (MDMA, 3,4-метилendioкси-метан-фетамин)

Возраст исследуемых, еже-месячный доход, местожительства и об-разовательный уровень не выявили связи с употреблением наркотиков. Однако ве-роятность употребления наркотиков ли-цами без определенных занятий была выше, чем у работающих и учащихся; то же самое можно сказать и в отношении лиц мужского пола, которые чаще, чем

Табл.1.
Распространенность данных видов наркотиков (n=373) (Demetrovics, 1998)

| | Никотин | Канна-би-с | Канна-би-с | Преб-е-ли-а | Регулярно | После- |
|------------------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| | | внутренне | всего | ли-а, но | потребляли | дние |
| | | ново | | не за | 3 | за пос- |
| | | | | последн | мес., но не | ледние |
| | | | | не 3 | последние | 30 дней |
| | | | | мес. | 30 дней | |
| | | | | нет | нет данных | 189 |
| | | | | данных | нет данных | 50,7 |
| | | | | нет | | |
| | | | | данных | | |
| Марихуана/ гашиш % | 131 35,1 | 0 | 242 64,9 | 39 10,5 | 15 4,0 | 97 26,0 |
| Амфетамины % | 222 59,5 | 24 6,4 | 151 40,5 | 36 9,7 | 9 2,4 | 32 8,6 |
| Кокаин % | 296 79,4 | 12 3,2 | 77 20,6 | 41 11,0 | 13 3,5 | 50 13,4 |
| "экстази" % | 269 72,1 | 6 1,6 | 104 27,9 | 64 17,2 | 18 4,8 | 59 15,8 |
| LSD % | 232 62,2 | 12 3,2 | 141 37,8 | 35 9,4 | 2,9 | 11 5,9 |
| Опиаты (любые) % | 305 81,8 | 11 2,9 | 68 18,2 | 22 5,9 | 8 2,1 | 15 4,0 |
| Героин % | 328 87,9 | 11 2,9 | 45 12,1 | 24 6,4 | 1,1 | 10 2,7 |
| Мак-сырец % | 335 89,8 | 5 1,3 | 38 10,2 | 10 2,7 | 1,6 | 6 1,3 |
| Коден % | 352 94,4 | 2 0,5 | 21 5,6 | 22 5,9 | 0,0 | 5 1,3 |
| Никотины % | 351 94,1 | 0 0,0 | 22 5,9 | | | 0 0,0 |

женщины пробуют наркотические препараты. Важно отметить, что лица, посещающие развлекательные заведения 6 и более раз за последние четыре недели чаще обнаруживают употребление наркотиков, чем те, кто реже ходит по таким заведениям.

Особенности употребления психостимулирующих средств.

Из тех, кто когда-либо употреблял "экстази" (MDMA), 60,6% делали это в последние 3 месяца, тогда как число лиц, недавно использовавших этот наркотик (за последние 30 дней), составляет 48,1%. Более трети лиц, употреблявших экстази в течение последних трех месяцев, наркотизировались несколько раз в неделю. При этом 70,9% лиц, когда-либо пробовавших данный вид наркотика, делали это во время развлекательных мероприятий. Это подтверждает гипотезу о тесной связи данного наркотика с танцевальными вечеринками, а риск наркотизации сопряжен с частым посещением развлекательных заведений, принадлежностью к мужскому полу, не занятостью работой или учебой.

42,4% всех лиц, потреблявших "экстази" или амфетамины, составляют 61,7%, из тех, кто когда-либо пробовал какой-либо наркотик. Большинство из лиц, потребляющих "экстази" (93,2%), также пробовали амфетамины, так же как 64,2% потребителей амфетаминов указывают на применение "экстази".

Потребители "экстази" и/или амфетаминов (потребители стимулянтов), вероятно, составляют особую группу, отличную от группы лиц, употребляющих марихуану или гашиш, которые редко пробуют другие наркотические средства. В отличие от них потребители сти-

мулянтов также используют и другие наркотики.

Особенности потребителей стимулянтов.

Наличие двух отдельных групп потребителей наркотиков предполагает рассмотрение имеющихся различий в их социодемографических характеристиках. Так, количество мужчин среди потребителей стимулянтов намного выше (70,9%), чем среди потребителей других наркотиков и не наркоманов, где соотношение мужчин и женщин приблизительно 1:1. Показатель лиц без определенных занятий в группе потребителей стимулянтов (7,4%) вдвое выше, чем у потребителей других видов наркотиков (3,1%) и не наркоманов (3,4%). В то же время не выявлено существенных различий в зависимости от места проживания и ежемесячного дохода. Образовательный уровень в обеих группах потребителей несколько выше, чем у ненаркоманов. Таким образом, социодемографические различия между группами потребителей разных видов наркотиков незначительны, тогда как обе группы отличаются от лиц, не употребляющих наркотики.

MDMA - наркотик для развлечения.

"Экстази" в большинстве исследований называют наркотиком для развлечения. Под этим выражением традиционно подразумевают два разных понятия. С одной стороны, это означает, что употребление этого наркотика сопряжено с увеселительными мероприятиями, с другой стороны, под термином "развлекательный" понимается относительно редкое его использование (не чаще 1-2 в неделю), которое предпо-

лагает слабый потенциал для формирования психической или физической зависимости (Riedlinger, 1986). Вместе с тем Beck и Morgan (1986) говорят, что эйфорические свойства этого наркотика способствуют его повторному применению. Согласно исследованиям частоты и субъективного характера применения MDMA обе гипотезы имеют право на существование.

Исследователи установили достаточно частое использование MDMA, так Solowij (1992) подчеркивает, что только 15% испытуемых пробовали наркотик всего однажды и не употребляли его больше (не указано как долго). С другой стороны, интенсивное употребление "экстази", связанное с развитием зависимости, наблюдалось крайне редко (Peroutka et al, 1988). В исследовании Solowij (1992) число лиц, употребляющих данный наркотик чаще, чем раз в неделю, составило менее 5%. Хотя многие испытуемые и употребляли повторно наркотик, они делали это нерегулярно и только для развлечения. Причина этому может быть связана с тем, что при регулярном употреблении быстро возникает толерантность к позитивному эффекту MDMA (эйфория, чувство слияния с другими), с другой стороны, более характерными в этом случае становятся негативные эффекты (дискомфорт, нистагм, дисфория, бессонница, чувство пустоты и утрата мотивации) (Peroutka et al, 1988; Solowij et al, 1992; Demetrovics, 2000).

Острые и хронические последствия употребления MDMA.

Необходимо указать на некоторые возможные негативные последствия употребления MDMA даже в развлекательных целях. Вероятно, что этот наркотик имеет продолжительный нейро-

токсический эффект на серотонинэргическую систему (Ricaurte, 1989). Некоторые исследователи предполагают, что употребление MDMA приводят к возникновению психотических состояний и панических расстройств (Whitaker-Azmitia, Aronson, 1989; McGuire, Fahy, 1991; Cohen, 1998). Отдельные случаи употребления MDMA связаны со смертельным исходом (Dowling et al, 1987). Вместе с тем в большинстве отчетов отмечается, что отрицательные последствия связаны с сочетанным употреблением MDMA с другими наркотиками или продолжительным частым его использованием, а также с имевшими место ранее психиатрическими проблемами (Demetrovics, 2000). Несмотря на более чем столетнюю историю MDMA, следует отметить, что для исследователей эта проблема является малоизученной и еще меньше исследований до настоящего времени было посвящено вредным последствиям этого вида наркомании. Естественно, что MDMA как симпатомимитическое средство может приводить к гипертермии и дегидратации - особенно при употреблении во время ночных танцевальных вечеринок, что в свою очередь может закончиться смертельным исходом (Griffiths et al, 1997; Demetrovics, 2000). Таким образом, имеется необходимость в проведении исследований такого рода, особенно контролируемых исследований вредных последствий на организм потребителей MDMA.

Заключение

Как показывают недавние исследования, хотя увеличение потребления опиатов противостоит западным тенденциям в Венгрии, здесь можно так же наблюдать параллельную тенденцию роста использования психостимулирую-

щих средств (Demetrovics, 1998b). Эта тенденция, кажется, отмечается и в других странах Центральной и Восточной Европы и принципиально неотличима от того, что происходит на Западе.

Наркомания не является изолированным феноменом - помимо генетических, социальных и психологических аспектов наркотизации, здесь действует сильный культуральный фактор, влияющий на количественные и качественные характеристики употребления наркотиков в данном обществе. Культуральные и субкультуральные изменения всегда определяют способы, которыми наркотические препараты используются молодежью. В этой связи интерес представляет недавнее изменение музыкальной моды. Традиционная музыка в стиле диско сменилась новыми направлениями - техно, эйсид и рейв. Это очень быстрая музыка с ритмом, достигающим до 120-140 ударов в минуту и больше. На дискотеках эта музыка продолжается всю ночь без перерыва. При этом такой скоростной темп характеризует не только музыкальный мир 90-х, то же самое происходит и в других областях культуры, являясь отражением более глобальной тенденции последнего десятилетия. Достаточно сказать о кинематографе и рекламе, где становятся по-

пулярными краткие фрагменты, сменяющиеся длительными диалогами. Все труднее и труднее привлекать внимание молодых людей, которые как бы нуждаются в постоянной стимуляции. Этот феномен происходит по типу "порочного круга", те, кто формируется в эпоху "скоростного мира", будут также нуждаться в нем. В свете этого не удивительно если мы станем свидетелями параллельного увеличения использования психостимулирующих средств. Именно эти препараты способны совершенным способом удовлетворить потребность молодежи 90-х в стимуляции.

Как видно из полученных данных, многие из новоявленных потребителей психостимулирующих средств не являются какой-то маргинальной группой. Большинство из них более или менее интегрированы в обществе - работают или учатся, используя наркотики в целях развлечения. Но привыкание к ним происходит, хотя в случаях с MDMA это происходит реже. Меры по профилактике и лечению должны способствовать предотвращению наркотизации или хотя бы уменьшению вредных последствий для потребителей. В связи с вышеизложенным, все лечебные мероприятия должны принимать во внимание культуральный контекст наркомании.

ЛИТЕРАТУРА

Bacsikai, E.-Gerevich, J. (1994) Poverty drug use in Hungary. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 3. 1-7.

Beck, J.-Morgan, P. A. (1986) Designer Drug Confusion: A Focus on MDMA. *Journal of Drug Education*, 3. 287-303.

Cohen, R. S. (1998) *The Love Drug. Marching to the Beat of Ecstasy*. The Haworth Medical Press, an imprint of The Haworth Press, Inc., Binghamton, NY, USA.

Demetrovics, Zs. (1998a) Drug and Disco in Budapest. Smoking, Alcohol Consumption and Drug-Using Behavior Among Youth in Clubbing Subculture. *Feher Folt Series 13*. Budapesti Szocialis Forraskozpont, Budapest, Demetrovics, Zs. (1998b) Drug use in Budapest's Clubbing Subculture (in Hungarian). *Educatio*, 2. 282-293.

- Demetrovics, Zs. (2000) Ecstasy: Review of the Literature (in Hungarian). *Addictologia Hungarica*, 2. 84-113.
- Dowling, G P.-McDonough, E. T.-Bost, R. O. (1987) 'Eve' and 'Ecstasy'. A Report of Five Deaths Associated With the Use of MDEA and MDMA. *Journal of the American Medical Association*, 12. 1615-1617.
- Elekes, Zs-Paksi, B. (1996) The European School Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD) (in Hungarian, English manuscript). Ministry of Welfare, Budapest.
- Elekes Zs.-Paksi, B. (2000) Drug and Alcohol Use of High School Students in Hungary (in Hungarian) Manuscript.
- Porsyth, A. J. M.-Barnard, M.-McKeganey, N. P. (1997) Musical preference as an indicator of adolescent drug use. *Addiction*, 92. 10. 1317-1325.
- Gerevich. J. (1994) Tin European and Hungarian Drug Situation: Similarities mal Differences. In: Gerevich, J. (ed.): *Drug and Policy*. Foundation for Healthy Youth, Budapest, 27-31.
- Gerevich. J.-Bacsikai, E. (1996) *The Development and Prevention of Drug Use*. Akademia, Kiado, Budapest.
- Gfroerer, J.-Brodsky, M. (1992) The incidence of illicit drug use in the United States, 1962-1989. *British Yournal of Addiction*, 8 7. 1345-1351.
- Griffiths, P.-Vingoe, L.-Jensen, K.-Sherval, J.-Lewis, R.-Hartnol, R.-Nilson, M. (1997) *New Trends in Synthetic Drugs in the European Union: Epidemiology and Demand Reduction Responses*. EMCDDA Insights series, Number 1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisboa. Portugal.
- Hartnoll, R. L. (1994) Opiates: prevalence and demographic factors. *Addiction*, 89. 1377-1383.
- Kozel, N. J.-Adams, E. H. (1986) *Epidemiology of Drug Abuse: An Overview*. Science, 4779. 970-974.
- Lenton, S.-Boys, A.-Norcross, K. (1997) Raves, drugs and experience: drug use by a sample of people who attend raves in Western Australia. *Addiction*, 92. 10. 1327-1337.
- McGuire, P.-Fahy, T. (1991) Chronic paranoid psychosis after misuse of MDMA («ecstasy»). *British Medica/Journal*, 23 March, 697.
- Paksi, 8, (1997) Possibilities and Problems with Drug Epidemiology Research in Hungary. (in Hungarian) *Addictologia Hungarica*, 2. 114-125.
- Paksi, B.-Demetrovics, Zs. (1999) *The Present Situation of Drug Epidemiology in Hungary. Evaluation, Goals, Problems and Possibilities in Realation with the National Drug Strategy*. (in Hungarian. *Addictoongia Hangar ica*, 1. 14-27,
- Peroutka, S. J.-Newman, H.-Harris, H. (1988) Subjective Effects of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine in Recreational Users. *Neuropsychopharmacology*, 4. 273-277.
- Racz, Y.-Vingender, I. (1999) *The Role of the main Addicions (Alcoholism, Smoking and Drug Abuse) in Morbidity and Mortaliy*. National Instate on Akoholism. Budapest.
- Riedlinger, J. E. (1985) The Scheduling of MDMA: A Pharmacist's Perspective. *Journal of Psychoactive Drugs*. 3. 167-171.
- Ricaurte, G. A. (1989) *Studies of MDMA-induced neurotoxicity in nonhuman primates: a basis for evaluating long- term effects in humans*. NIDA Research Monograph. 94. 306-322,
- Sandwijk, J. P.-Cohen, P. D. A.-Musterd, S. (1991) *Licit and Illicit Drug Use in Amsterdam*, Instituut voor Sociale Geografie Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Solowij, N.-Hall, W.-Lee, N. (1992) Recreational MDMA use in Sydney: a profile of 'Ecstasy' users and their experiences with the drug. *British Journal of Addiction*, 87. 1161-1172.
- Whitaker-Azmitia, P. M-Aronson, T. A. (1989) «Ecstasy» (MDMA)-Induced Panic. *American Journal of Psychiatry*, 1. 119.

MACARISTANDA KEÇİD DÖVRÜ ŞƏRAİTİNDƏ NARKOTİKLƏRİN QƏBULUNUN XÜSUSİYYƏTLƏRİ: PSİXOSTİMULYATORLAR VURĞULANIR

Jold Demetroviç

1989 - cu ildə baş verən siyasi dəyişikliklərdən şərq və mərkəzi Avropada narkotiklərin qeyri qanuni qəbulu təsadüfi hallarda baş verirdi. Yalnız 1985 - ci ildən narkomaniya problemi aşkarlanmağa başladı və ilbəl biz narkotiklərin qəbulunun kəmiyyət və keyfiyyətinin dəyişilməsinin şahidi olduq. Narkotiklərlə əlaqədar cinayətlərin, ölüm hallarının sayı artmaqdadır və tibbi yardıma müraciyyət edənlərin sayının daima çoxalması müşahidə olunur. Macarıstanda narkotiklərin qəbulu ikili cəhəti ilə fərqlənir. Bir tərəfdən aşağı təbəqənin narkomanlığı mövcuddursa, ikinci tərəfdən Macarıstan sa- yağı qərb narkomanlığı prosesi inkişaf etməkdədir. Eyni zamanda ən çox yayılan narkomaniya qrupu stimuledici narkotiklərdir. Narkomaniya təcrid olunmuş fenomen deyil. Narkomanlığın gigiyenik, ictimai və psixoloji səbəblərindən əlavə onların keyfiyyət xüsusiyyətlərinin mədəni amillərlə də ciddi əlaqələri mövcuddur. Mədəni amillərin təsiri gənclər arasında daha çox nəzərə çarpır. Narkotiklərin qarşısının alınması və ya heç olmasa onun zərərli təsirinin azaldılmasına yönələn istənilən tədbir narkomaniyanın inkişafına şərait yaradan mədəni amilləri diqqət mərkəzində saxlamalıdır.

THE FACE OF ILLEGAL DRUG USE IN HUNGARY IN TIMES OF TRANSITION. FOCUS ON THE PSYCHOSTIMULANTS

Zsolt Demetrovics

Before the political changes in 1989 illegal drug use was quite rare in Eastern and Central Europe. In 1985 the drug problem lost its taboo quality, and could be uncovered in the news. At the same time drug use started to increase and we could witness also important qualitative changes. The number of drug-related crimes, the amount of illegal substances seized by the authorities, the number of drug related deaths and the number of drug users seeking help at treatment centers are all constantly growing. The drug-use map of Hungary has a double character: On the one hand, there exists the 'poverty drug use'. On the other hand, there is an observable process of westernization that brings on the appearance of a western type drug use tendency in Hungary. In mean time stimulant users are the fastest growing group. Drug use is not an isolated phenomena. Beside the genetical, sociological and psychological causes of the addictions there is a strong cultural factor effecting the quality and quantity of drug use in a given society. Cultural, subcultural changes always effect the ways drug is used by youth. Still any kind of prevention or intervention has to try to prevent drug use or if it's not possible has to try to minimize the harm occurs in the users. In the view of the above all these interventions has to also take in account the cultural context of drug usage.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ БЕЖЕНЦЕВ, ВРЕМЕННО ПРОЖИВАЮЩИХ В Г.БАКУ

Н.А.Алиев, Ш.А.Аббасова

Введение

Конфликты и войны происходят в мире постоянно. Одним из серьезных последствий этих событий является то, что многие люди покидают свои дома, страны и становятся беженцами. Многие беженцы подвергаются отрицательному физическому воздействию. Установлено, что в мире 18 миллионов беженцев и большая часть этого числа - вынужденные переселенцы внутри собственной страны.

В наше время особое значение приобретает влияние конфликтов и войн на психическое здоровье населения. Последствия психологического воздействия конфликтов и войн не бывают короткими, они сопровождают всю жизнь и даже отражаются на детях беженцев (ВНО, 1996).

Азербайджанская Республика граничит с Россией, Грузией, Арменией, Ираном, Казахстаном и Туркменией. Первый раз Азербайджан приобрел независимость в 1918 году, которая продолжалась всего 23 месяца. Второй раз Азербайджанская Республика стала независимой в 1991 году. В настоящее время Азербайджан переживает большие трудности. Эти трудности не только связаны с переходом от коммунистического строя к рыночной экономике, но и с трагической войной с Арменией, которая продолжается более 10 лет. В результате армянской агрессии Азербайджанская Республика потеряла

20% западной части территории и приобрела более одного миллиона беженцев, что составляет 13% всего населения. Большинство беженцев проживает в палаточных городках, а часть беженцев переселилась в г. Баку (точное их количество неизвестно) - столицу Азербайджанской Республики. Из 8 миллионов населения Азербайджанской Республики 1.739.500 человек проживают в г. Баку (коренное население), из них 1.238.500 являются юношами и взрослыми (с 16 лет и старше), а 550.000 - относятся к детскому населению (до 16 лет).

Материалы и методы исследования.

За период 1992-2000 гг. (первая половина) клинико-эпидемиологическим методом было analyzed 1215 амбулаторных карт больных беженцев из оккупированных армянскими вооруженными силами районов, обратившихся в психоневрологический диспансер г. Баку. Амбулаторные карты беженцев были сравнены с общей популяцией (коренного населения г. Баку) по районам, полу, возрасту и диагнозам (согласно МКБ-10).

Результаты и обсуждение.

В таблице 1 представлено количество больных (в процентах) из оккупированных армянскими агрессорами районов, обратившихся в Психоневрологический диспансер г. Баку. Как вид-

но из таблицы 1, наибольшее количество больных, обратившихся в психоневрологический диспансер, является жителями оккупированных Шушинского, Агдамского и Лачинского районов (всего 53%). По половой принадлежности состав в обеих группах резко не отличается друг от друга - соответственно в общей популяции мужчин 66% и женщин 34%, у беженцев мужчин 64% и женщин 36%. Среди больных беженцев преобладала возрастная группа 20-50 лет-91%, у больных общей популяции эта возрастная группа равнялась 41%. И наоборот, у больных общей популяции преобладала возрастная группа 16-19 и более 50 лет - 59%.

Данные нозологического анализа больных - беженцев и общей популяции представлены в таблице 2. Как видно из таблицы 2, процент больных беженцев, страдающих посткоммоционным синдромом, дистимией, диссоциативным (конверсионным) синдромом, ипохондрическими расстройствами намного больше, чем у больных общей популяции. Напротив, процент больных шизофренией и умственной отста-

лостью, по сравнению с беженцами, преобладал у общей популяции. Процент неврастении и эпилепсии в обеих группах больных был идентичен.

Необходимо коротко остановиться на некоторых характеристиках психических расстройств беженцев. В частности, на тех нозологических формах, которые, по нашим данным, часто встречаются у больных беженцев.

Посткоммоционный синдром (F 07.2).

Этот синдром возникает вслед за травмой головы (обычно достаточно тяжелой, чтобы привести к потере сознания) и включает ряд различных симптомов, таких как головная боль, головокружение, утомляемость, раздражительность, трудность сосредоточения и выполнения умственных задач, нарушения памяти, бессонница, сниженная толерантность к стрессу, эмоциональным нагрузкам или алкоголю. У беженцев эти симптомы часто сопровождаются депрессией или тревогой из-за утраты чувства собственного достоинства. Такие чувства у беженцев усиливают ос-

Таблица 1.
Количество беженцев (в процентах) из оккупированных армянскими вооруженными силами районов.

| Наименование районов | Количество больных в процентах |
|----------------------|--------------------------------|
| Агдам | 17 |
| Ходжалы | 10 |
| Физули | 10 |
| Губадлы | 2 |
| Джабранл | 10 |
| Кельбаджар-Зангелан | 15 |
| Лачин | 17 |
| Шуша | 19 |
| В С В Г О : | 100 |

Психологический анализ (в процентах) больных беженцев и общей популяции, которые находятся на диспансерном учете.

| МКБ-10 | Больные из общей популяции | Больные беженцы |
|---|----------------------------|-----------------|
| F07.2 Посткоммоционный синдром | 12 | 21 |
| F34.1 Дистимия | 1 | 7 |
| F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства | 2 | 8 |
| F45.2 Ипохондрические расстройства | 1 | 3 |
| F48.0 Неврастения | 8 | 8 |
| F20 Шизофрения | 33 | 20 |
| F70-79 Умственная отсталость | 35 | 24 |
| F40 Эпилепсия | 8 | 9 |
| ВСЕГО : | 100 | 100 |

новые симптомы, в результате чего появляется порочный круг. У обследованных нами больных беженцев 21% обнаруживали посткоммоционный синдром.

Дистимия (F 34.1)

Это хроническое депрессивное настроение. Больные беженцы большую часть времени (часто месяцами и годами) чувствуют усталость и сниженное настроение. Все становится трудным и ничто не доставляет удовольствие. Больные склонны к мрачным размышлениям и жалуются на бессонницу, дискомфорт и др., что способствует тому, что они не могут справиться с основными требованиями повседневной жизни.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F 44).

Общие признаки: которые разделяются диссоциативными и конверсионными расстройствами, и заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, сознанием идентичности и не-

посредственных ощущений, с одной стороны, и контролированием движений тела, с другой. Диссоциативные расстройства у беженцев, являясь психогенными по происхождению, тесно связаны со статусом беженца, который проявляется неразрешимыми и невыносимыми проблемами для пациента. Все типы диссоциативных расстройств у беженцев имеют тенденцию к ремитированию, развиваются более хронические нарушения, так как их начало связано с неразрешимыми проблемами и расстроенными меж персональными взаимосвязями. Пока больные беженцы не будут возвращены в свои родные дома, по всей видимости, эти болезненные проявления будут удерживаться.

Ипохондрические расстройства (F 45.2).

Основной признак заключается в постоянной озабоченности заболеванием одним или другим, более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Больные постоянно представляют соматические жа-

лобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больными как аномальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Характерной особенностью ипохондрических расстройств у беженцев часто является присутствие депрессии и тревоги.

Беженцам, временно проживающим в г. Баку, психиатрическая помощь оказывается нижеследующими медицинскими учреждениями:

1. Клиническая Психиатрическая Больница №1, являющаяся базой для кафедры психиатрии Института Усовершенствования Врачей. Больница имеет 200 коек и дневной стационар на 50 мест;

2. Клиническая Психиатрическая Больница №2, на 290 коек и дневной стационар на 20 мест. Больница является клинической базой для кафедры психиатрии Азербайджанского Медицинского Университета;

3. Детский Психоневрологический Диспансер без стационарных коек, обслуживающий детское население в возрасте до 16 лет. Диспансер имеет дневной стационар на 15 мест;

4. Психоневрологический Диспансер обслуживает взрослое население

свыше 16 лет. Диспансер имеет круглосуточный стационар на 50 коек и дневной стационар на 25 мест;

5. Психосоматическое отделение на 45 коек в составе Городской Клинической Больницы №1;

6. Специализированная психиатрическая бригада, которая оказывает неотложную психиатрическую помощь психически больным и, в необходимых случаях, помощь в их госпитализации;

7. Психиатрические (психотерапевтические) кабинеты в составе общих поликлиник;

8. Частные психиатры.

Таким образом, общее количество стационарных коек составляет - 585, а мест в дневных стационарах - 110. Эти мощности полностью удовлетворяют нужды в психиатрической помощи населения, в том числе беженцев.

Основными функциями Психоневрологического Диспансера является учет, наблюдение, отчет и оказание помощи психически больным.

Диспансерная служба регулярно контактирует как с психиатрическими больницами, так и с медицинскими учреждениями общего профиля. Одной из важных задач диспансера является выявление лиц с психическими расстройствами и их учет. Диспансер регулярно организывает выезды нескольких психиатрических групп в места, где компактно проживают беженцы.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization Mental health of refugee. Geneva, 1996.

BAKI ŞƏHƏRİNDƏ MÜVƏQQƏTİ YAŞAYAN QAÇQINLARIN PSIXİ SAĞLAMLIĞI

N.A.Əliyev, Ş.Ə.Abbasova

Azərbaycan Respublikası Rusiya, Gürcüstan, Ermənistan, İran, Kazaxstan və Türkmənistanla sərhəddi vardır. Azərbaycan Respublikasının paytaxtı - Bakı şəhəri Xəzər dənizinin sahilində yerləşir. Əsas sərvəti böyük neft yataqlarıdır. Bu işin əsas məqsədi ümumi populyasiya (Bakı şəhərinin yerli əhalisi) ilə müqayisədə qaçqınlar arasında xəstəlik göstəricisinin öyrənilməsi olmuşdur. Müəyyən edilmişdir ki, qaçqınlar arasında əsasən 20-50 yaş qrupu - 91, ümumi populyasiyada isə bu rəqəm 41 təşkil etmişdir. Öyrənilən qruplar arasında cinsi

struktura oxşar olmuşdur. Bakı şəhər Psixonevroloji Dispanserində qeydiyyatda olan qaçqın xəstələrin nozoloji analizi göstərmişdir ki, ümumi populyasiya ilə müqayisədə, qaçqınlar postkommosiyon sindrom, distimiya, dissosiativ (konversiyon) sindromla qaçqınlar bir neçə dəfə çox xəstələnirlər. Əksinə, ümumi populyasiya arasında şizofreniya və əqli inkişafın geri qalması qaçqın xəstələrlə müqayisədə bir neçə dəfə çoxdur. Qaçqınların psixiatriya yardımının təşkili məsələləri müzakirə olunur.

MENTAL HEALTHY OF REFUGEES WHO TEMPORARY LIVED IN BAKU CITY - THE CAPITAL OF THE AZERBAIJAN REPUBLIC

N.A.Aliyev, S.A.Abbasova

The Republic of Azerbaijan has borders with Russia, Georgia, Armenia and Iran. Baku situated at the coast of the Caspian sea. The coastal area contains substantial oil deposits. The aim of this study was investigation of the morbidity by mental disorders among refugees who temporary lived in Baku in comparison with the general population (indigenous population of Baku). It was established that in refugees out - patients the 20-50 age group predominate-91%, in general population out patients - 41%. The percent

of gender in both groups were identical. Nosological analysis of mental disorders among refugees out-patients which registered in Baku dispensary showed that the percent of postconcussion syndrome, dysthymia, dissociative (convention) syndrome out-patients from general population. In contrast, schizophrenia and mental retardation is more among out-patients from general population than the out-patients from refugees. Problems of organisation psychiatric service for refugees are discussed.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ БЕЖЕНЦЕВ И ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ В МЕСТАХ ИХ ВРЕМЕННОГО, КОМПАКТНОГО ПРОЖИВАНИЯ

Н.Г.Ахундов

Проблема беженцев и внутренне перемещенных лиц является одной из наиболее серьезных проблем XX-го и, судя по всему, начала XXI-го столетия, затрагивающей все аспекты жизнедеятельности государства и личности. Сегодня, наиболее остро, она стоит в странах бывшего социалистического лагеря (территория бывшего СССР, СФРЮ и др.), азиатского, африканского континентов.

Войны, локальные вооруженные конфликты и вытекающая из них вынужденная миграция больших групп населения, являются экстремальными условиями для людей. В этих условиях, на людей наряду с различными поражающими факторами действует психотравма, приводящая к различным расстройствам психического и соматического здоровья, формированию отклоняющегося поведения. По данным R. Gabriel (1988), расстройства психики у военнослужащих и гражданского населения во время так называемых малых войн и локальных вооруженных конфликтов может исчисляться сотнями тысяч. Многие исследователи, изучавшие соматические заболевания, возникшие в экстремальных условиях (войны, стихийные бедствия и др.), отмечают их значительный рост в течение от 1 года до 20 лет после перенесенной психотравмы. В частности, указывается на рост среди таких людей раковых заболеваний, болезней печени, почек, рост смертности от различных причин. По данным Г. Солда-

товой с соавт. (2000 г.), уровень посттравматического стресса у беженцев и вынужденных мигрантов со временем не уменьшается, а переходит в хроническую форму и имеет отдаленные последствия.

Поэтому вполне обоснованной является необходимость проведения различных реабилитационных мероприятий, направленных на устранение последствий психотравм у беженцев и ВПЛ, влияния неблагоприятных условий проживания в местах их временного размещения.

Особо уязвимыми среди них являются дети, которые по различным оценкам составляют от 40 до 60 % от общего числа беженцев и ВПЛ. Не удивительно, что Управление Верховного Комиссариата ООН по делам беженцев уделяет большое внимание психосоциальному благополучию детей - беженцев и ВПЛ (3).

Учитывая число беженцев и внутренне перемещенных лиц, можно считать, что мероприятия по психосоциальной реабилитации должны быть массовыми, с максимально возможным охватом детей в местах их временного компактного проживания.

Прежде чем приступить к изложению основных принципов применяемой нами психосоциальной реабилитации, считаем целесообразным вкратце остановиться на дефиниции.

Под психосоциальной реабилитацией обычно подразумевается комплекс

медико-психологических, педагогических и социальных мероприятий направленных на восстановление психического и социального благополучия человека с целью максимально полноценной адаптации его к нормальной жизни.

Используя эту формулировку применительно к детям - беженцам (ВПЛ), полагаем, что по своей сути психосоциальная реабилитация для них, в первую очередь, должна означать воссоздание утраченного этими детьми целостного "мира ребенка", в котором уже по мере необходимости должно проводиться медико-психологическое, педагогическое и социальное "вмешательство».

Причем, работа по психосоциальной реабилитации детей ВПЛ в местах их временного, компактного проживания, должна учитывать особенности развития психики ребенка, последствия психотравм, этнические и региональные особенности общины этих людей.

Предлагаемая комплексная, массовая психосоциальная реабилитация детей - беженцев и ВПЛ в возрасте от 7 до 13-14 лет в местах их временного проживания базируется на нескольких основополагающих, взаимосвязанных принципах:

1. воссоздание "мира ребенка"; 2. комплексность; 3. привлекательность, конкурсность и поощрение; 4. свобода выбора; 5. "неизбежность" участия; 6. динамическое развитие; 7. массовость. Более того, проводить реабилитацию в каждой группе желательно двум специалистам - психиатру (психологу) и социальному работнику, подготовленному из числа людей, соответствующих профессионально профилю группы (художник, режиссер и др.).

Вкратце остановимся на каждом из этих принципов.

1. Воссоздание "мира ребенка".

Мир ребенка, с большой долей схематичности, состоит из возрастных игр, семьи, школы. Воссоздавая его в лагере беженцев, необходимо найти нечто объединяющее все эти неотъемлемые части и создающие условия для нормального развития психики ребенка. Стержнем, вокруг которого мы строим этот мир, является естественная для детей потребность в игре.

Игра. Она способствует гармоническому развитию личности ребенка. Особенно важно для детей - беженцев то, что в процессе игры у них формируются навыки адаптивного поведения и взаимопонимания с людьми.

Во время игр они имеют возможность снять внутреннее напряжение, агрессивность, страхи, вывести их во вне, на поверхность. Сталкиваясь со своими проблемами лицом к лицу, дети обучаются контролировать свои чувства, становятся более зрелыми независимыми людьми.

Строя игровые методы коррекции целесообразно учитывать возраст детей и проводить их от сюжетной игры (7 - 8 лет) к сюжетно - ролевой (9 - 11 лет) до творческой (12 - 13 и более лет). В зависимости от конкретных задач и условий (уровень развития ребенка, особенности его характера, состав группы и др.) этот возрастной ценз может изменяться.

Семья. Наиболее сильное и прочное влияние на ребенка оказывают семья и родители. Вместе с любовью, в норме, родители передают детям свое отношение к вещам, свой взгляд на мир дети воспринимают это незаметно, но практически на всю жизнь. Ввиду этого воспитания, взаимоотношения в семье являются важнейшими факторами в развитии ребенка.

В то же время родители детей -

беженцев сами являются беженцами со всеми присущими этой группе людей проблемами. Они сами испытали травматизацию психики, на них в полной мере лежит бремя ответственности за выживание семьи и т.д. И все это не может не сказаться на их взаимоотношениях со своими детьми. Наш опыт показывает, что чаще всего в центре внимания взрослых беженцев бывает обеспечение биологических потребностей своих детей (пища, одежда, тепло и т.д.). Однако дети в такой же мере нуждаются в духовной поддержке со стороны своих родителей. Поэтому важнейшей задачей является разъяснительная работа с родителями. В ней основной упор необходимо делать на проблемах детей и роли родителей в решении этих проблем. Особое внимание при этом следует уделять тем родителям и семьям, которые взяли на содержание детей своих родственников, соседей и т.д. (сирот, детей, родители которых пропали без вести, тяжело болеют и др.).

Школа. Как показывает практика, в числе первых социальных структур, восстанавливаемых после переселения беженцев и ВПЛ местом их временного проживания бывает школа. По существу, в первое время жизни в лагере беженцев и внутренне перемещенных лиц, "мир ребенка" сконцентрирован в семье и школе. И если игра, как составная часть "мира ребенка", нуждается в воссоздании, то, в большинстве случаев, уже имеющиеся части этого мира - семья и школа нуждаются в поддержке. Мы имеем в лице школы готовую, функционирующую структуру, в которой сконцентрированы дети. Это уже само по себе обуславливает необходимость работы при непосредственном участии преподавателей. С другой стороны, если

рассматривать обучение (школу) как процесс формирования личности ребенка, то со стороны психиатров, психологов нужна поддержка, а в части случаев коррекция этого процесса.

В чем может проявляться поддержка и коррекция процесса формирования личности ребенка в школе. Известно, что обучение, равно как и формирование личности в школе, зависит от четырех основных факторов: чему обучают; кто обучает и какими методами; кого обучают; межличностных отношений детей друг с другом и с преподавателями.

Конечно, не следует вмешиваться в программу обучения. Однако прямой обязанностью "реабилитолога" (психиатра, психолога, социального работника) является ненавязчивая, разъяснительная работа с преподавателями школ о: а) возрастной психологии детей; б) последствиях психотравм (стрессов) у детей-беженцев и ВПЛ; в) роли педагогов в восстановлении "мира ребенка";

Это будет способствовать улучшению взаимопонимания между преподавателями школ и детьми. Кроме того, вы получите и помощь со стороны преподавателей. Они, как никто лучше, укажут вам на "трудных" детей, требующих повышенного внимания, взаимоотношении в семьях их учеников и проблемах этих семей и многое др.

2. Комплексность.

Комплексность этого метода заключается в том, что детям - беженцам одновременно предлагается несколько групповых психокоррекционных методик. Большинство из них являются адаптированными вариантами отдельных, известных и апробированных методик в мировой психотерапевтической практике. У нас все они базируются на игре -

основном стержне, вокруг которого воссоздается "мир ребенка". При этом эти игры имеют различную форму, содержание и динамику.

Мы рекомендуем следующие тренинговые и психокоррекционные группы (секции): театральная постановка, изобразительного искусства, фольклорно - музыкальную, спортивных игр. (Краткое описание техники этих методик приведено нами в журнале Forced Migration review).

3. Привлекательность, конкурентность, поощрение.

Первоначально можно столкнуться с тем, что большая часть детей избирает себе "роль" пассивных наблюдателей. И для того, чтобы вовлечь этих детей в процесс реабилитации, работа во всех группах, должна быть привлекательной, яркой, красочной и динамичной.

Для создания этих условий достаточно следовать двум основным правилам:

- привлечь к работе в качестве социальных работников профессионалов соответствующих профилям групп (секций), прошедших подготовку по данной методике;

- завершить каждый период работы (1 - 2 месяца) конкурсом, соревнованием, представлением (желательно с вручением призов, подарков).

Используя этот принцип, можно достигнуть решения нескольких задач:

а) вовлечь в процесс психосоциальной реабилитации максимальное число детей-беженцев; б) исподволь, незаметно, начать формировать у этих детей мотивацию на достижение желаемого результата (приза, подарка), а не получение его в виде привычной раздачи какой - либо гуманитарной помощи (вмешательство в формирующуюся индивидуальную мотивацию);

в) изменить отношение взрослых - беженцев (родителей, педагогов) к своим детям и проводимой реабилитации.

4. Свобода выбора.

Выше отмечено, что детям - беженцам (ВПЛ) одновременно предлагается несколько групповых коррекционных методик. Мы акцентируем внимание на этом по следующим причинам. Большинство врачей психотерапевтов, психологов, формируют группы по различным принципам, но, по сути, "диктуют" членам этой группы методику вмешательства, коррекции, терапии.

При нашем подходе дети имеют возможность свободного выбора группы (секции), а равно и методики вмешательства. Этот выбор, в основном, зависит от двух факторов:

а) интересов, личностных особенностей детей, характера психогенных расстройств и их последствий;

б) личностных особенностей руководителей групп, проявляющихся в контакте, стиле и методах работы с детьми.

В этой связи, целесообразно отметить, что уход ребенка из группы, при отсутствии каких - либо объективных причин, чаще всего свидетельствует о том, что необходимо внести коррективы в стиль и методы работы. При этом необходимо учесть, что на первых порах (до 2 - 2,5 месяцев, при интенсивности - 2 занятия в неделю) у детей - беженцев и ВПЛ при проведении комплексной, психосоциальной реабилитации наблюдается "поисковый", "миграционный" период. В это время многие из них стараются участвовать или наблюдать за работой всех групп (секций). По истечении этого срока большинство из детей обычно определяются в одной, реже - в

двух группах.

5. "Неизбежность участия"

У подавляющего большинства детей "неизбежность участия" обусловлена всеми описанными выше принципами данного метода психосоциальной реабилитации: игровой направленностью, комплексностью, привлекательностью, конкурсностью и поощрением, свободой выбора.

В силу этого, ребенок не может остаться вне проводимой реабилитации. Если, вследствие каких - либо причин дети уходят из одной группы (секции), то, как показала практика, они неизбежно попадают в другую, по своему выбору. Что же касается отдельных детей, длительное время не участвующих в работе групп, то при отсутствии объективных причин (болезни родителей, отдаленность проживания и др.) они нуждаются в индивидуальной работе с ними психиатра (психолога), после чего эти дети вовлекаются в группы на доступном им уровне.

6. Динамическое развитие.

Деятельность каждой группы (секции) состоит из двух взаимосвязанных частей:

а) творческой, наглядно - показательной (создаваемой специалистом, соответствующим профилю секции);

б) корригирующей и (или) психотерапевтической (создаваемой психиатром, психологом).

При работе с детьми, корригирующая, тем более психотерапевтическая сторона деятельности внешне должна быть малозаметной. Творческая же часть работы напротив должна быть наиболее показательной. Динамическое развитие деятельности групп (секций) должно касаться обеих сторон - творческой и корригирующей.

В какой последовательности и в каком направлении должно идти развитие деятельности групп?

В тезисной форме это можно выразить следующим образом:

- создание атмосферы соответствующей профилю каждой группы (секции). К примеру: атмосфера театра в группе (секции) театральной постановки, спортивной команды - в спортивной секции и т.д.;

- развитие творческих и спортивных навыков - от простейших, элементарных, на первых порах, до более сложных (по мере овладения ими детьми);

- развитие форм самовыражения, тематики и структуры психокоррекционных и (или) психотерапевтических игр - от спонтанно-импровизированных, сюжетных, сюжетно-ролевых, до направленных на коррекцию или терапию конкретных проблем или расстройств сюжетно-ролевых игр;

- развитие показательных конкурсов, соревнований - от внутригрупповых до межлагерных (последнее по мере возможности).

7. Массовость.

Если учесть все отмеченные принципы построения комплексной психосоциальной реабилитации, то это позволяет:

-одновременно привлечь к работе практически всех детей;

- "удержать" на добровольной основе детей в смешанных группах (от возрастных проблем, социальной запущенности до проявлений различных невротических расстройств, отклоняющегося поведения и др.);

- провести реабилитационную (коррекционную) работу на запланированном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. R.Gabriel. The painful field (The psychiatric dimension of modern war). - New York, 1988. - 187 p.
2. Г. Солдатова, П.Черкасов, Л.Шайгерова. Проблемы адаптации вынужденных мигрантов в России. - В кн.: Психологи о мигрантах и миграции в России. Информационно-аналитический бюллетень № 1., М., 2000, с. 9-25.
3. Дети беженцы". Рекомендации по обеспечению защиты и помощи. УВКБ ООН, Женева, 1994. - 205 стр.
4. Nazim Akhundov. Psychosocial rehabilitation of IDP children: using thiatre, art, music, sport. Forced Migration review, N6, December, 1999, pp. 20-21.

QAÇQIN VƏ MƏCBURİ KÖÇKÜN UŞAQLARININ MÜVƏQQƏTİ, YIĞCAM MƏSKUNLAŞMIŞ YERLƏRDƏ PSIXO- SOSIAL REABILİTASIYANIN ƏSAS PRİNSİPLƏRİ

N. H. Axundov

Məqalədə 7 - 14 yaşlı məcburi köçkün uşaqların müvəqqəti, yığcam məskunlaşdıqları yerdə psixosial reabilitasiyanın kompleks üsulunun yeddi biri - biri ilə bağlı olan əsas prinsipləri göstərib. Bunlar aşağıdakılardır: 1. "Uşaq alə-

minin" yaradılması və ya da bərpası; 2. komplekslik; 3. cazibədarlıq, rəqabət və mükafatlandırma; 4. seçim azadlığı; 5. iştirakın zəruriliyi; 6. dinamik inkişaf; 7. kütləvilik.

BASIC PRINCIPLES OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF REFUGEE AND IDP (INTERNALLY DISPLACED PERSONS) CHILDREN IN THE PLACES OF THEIR TEMPORARY, COMPACT RESIDENCE

N.G. Akhundov

The complex method of psychosocial rehabilitation of refugee and IDP children, aged from 7 to 14 years old at the places of their temporary residence based on 7 mutually bounded up basic principles is showed in the article. They are the fol-

lowing: 1. recreation or creation of the "child's world"; 2. integrated approach; 3. appeal, competitiveness and encouragement; 4. freedom of choice; 5, "inevitability" of participation; 6. dynamic development; 7. mass nature.

ДЕТИ И ВОЙНА

*Г.Н.Мусабекова, Х.А.Гюльяхмедова, Н.Ф.Гашимзаде,
И.Т.Джаббарова*

Война и ее последствия - это прежде всего угроза жизни, здоровью и благополучию физического лица, и по силе своего действия она приравнивается к экстремальным ситуациям. Если при экстремальных условиях угроза жизни, здоровью и благополучию направлена на физическое лицо, то ее последствием является воздействие на психическом уровне. Отдаленным последствием физической и психической травмы является развитие психосоматических расстройств¹. Что значит для детей война? Большинство детей беженцев были свидетелями насилия, находились под бомбежкой и обстрелом. Симптомы посттравматического военного стресса включают в себя повышенную тревожность, нарушения сна, притупленность эмоций, склонность к депрессиям и стремление к изоляции. Синдром посттравматического стресса (СПТС) проявляется как реакция на пережитые травмирующие события, которые глубоко затронули его психику. Ребенок меняет свое отношение к окружающему миру, чтобы жить стало легче. Если травма была сравнительно небольшой, то повышенная тревожность и другие симптомы стресса постепенно пройдут. Если же травма была сильной или травмирующие события повторялись многократно, болезненная реакция может сохраняться на многие годы². Для ребенка окружающая среда в широком смысле означает семейную, школьную и эмоциональную среду. Ребенок вначале по-

лучает импульсы от родителей, затем от разных институтов воспитания и обучения, затем наступает воздействие культурного, этнического, идеологического воздействия через средства массовой информации. Одной точкой зрения является мнение о том, что для большинства детей война что-либо значит лишь пока она несет угрозу для их физической безопасности, ухудшает условия их жизни, она приобретает значение лишь, когда нарушает целостность семьи, смертельный ужас или страх связан прежде всего с потерей близости к защищающему его человеку³.

С другой стороны, с вопросом о пережитом насилии тесно связана особая проблема, которая до сих пор еще не решена в практике защиты детей - как могут родители, испытавшие насилие войны воспитывать детей с меньшим использованием насилия, как может целое поколение, которое оказалось втянутым в процессы насилия, освободиться от этого опыта, чтоб обеспечить своим детям возможность вырасти без насилия⁴. Некоторыми психиатрами высказывается мнение, что после войн опыт насилия и разрушения передается детям. Мысль, что агрессия в отношениях может привести к катастрофам в обществе, подтверждается некоторыми психиатрами (5). Внешне совершенно нормальные дети в то же время изнутри переживают действие насилия. Выяснение причин агрессии, страха, невроза у детей - беженцев явилась основной темой данной

работы.

По статистике в г. Баку проживает около 1 млн. беженцев и внутренне перемещенных лиц из оккупированных районов. Мы провели анализ группы беженцев, взятых на учет Детским Психоневрологическим Диспансером с 1992 по 2000 г. Они составляют 269 человек из 9500 состоящих на учете детей, что в процентном отношении выглядит как 2,8%. Основными районами, откуда родом данные дети, являются следующие:

Физули -48 ч., Агдам - 45ч., Лачин - 36 ч., Шуша -26 ч.,Зангелан -26ч., Джабраил, Кельбаджары, Губадлы - 88 ч.

Можно отметить все возрастающее количество больных, встающих на учет от года к году; 1992 г. -4 человека, 1993 - 11 человек, 1994 г. -23 человека, 1996 -24 человека, 1997-38 больных, 1998- 44 человека, 1999 - 87 человек, 2000 - начало - 36 человек.

Наибольшее количество больных приходится на возрастную группу от 10 до 14 лет- 48,7% детей, в группе от 7 -до 10 лет - 24% ;

от 15 и выше- 15,2%, 12.1% составляют дети от 3 до 7 лет.

Из 269 человек 54,6% составляют девочки. По нозологии:

122 - с умственной отсталостью (45,4%)

66 - с посткоммоционным синдромом (24,5%)

25 - с нарушением школьных навыков (9%)

16 - с неорганич. энурезом (6%)

14- с различного рода неврозами (5,2%)

12 - с эпилепсией -в том числе со

слабоумием - 5 - 4,8%

с когнитивным синдромом -3%,с заиканием и синдромом гиперактивности по 0,7%.

За период с апреля 1998 года по ноябрь 1999 года были обследованы два поселения семей беженцев: беженцев Физулинского района, обосновавшихся на территории Хатаинского района г.Баку и беженцев Ходжалинского и Шушинского районов, обосновавшихся в поселке Пиршаги.

Всего обследовано 457 детей и проведен посемейный обход 24 семей. У 23 детей отсутствует один или двое родителей, 6 детей были свидетелями смерти отца, матери или обоих одновременно. Для большинства детей было характерно чувство страха, повышенная утомляемость, частые головные боли, общая тревожность. Поскольку страхи являются одним из наиболее распространенных психопатологических феноменов детского возраста и по механизму возникновения относятся к невротическим расстройствам, была сделана попытка изучения клинической структуры и динамики страха. Для многих детей было характерно наличие дизонтогенеза в виде неглубокой резидуальной симптоматики, склонность к застреванию на определенных переживаниях, чаще отрицательно окрашенных. Чаще всего боязнь темноты, одиночества, ночные кошмары, страх преследования и погони. Таким образом, невротические расстройства, наиболее часто встречающиеся расстройства после перенесенной психотравмирующей ситуации, встречались у 80,4 детей. Невротические астенические расстройства обычно разви-

ваются у физически ослабленных детей и эти расстройства достаточно широко распространены среди детей беженцев, поскольку помимо стрессов у них наблюдается физическая ослабленность, обусловленная условиями жизни (175 детей). Невротические депрессивные расстройства обычно связаны с болезнью, смертью, разлукой с родителями (в 5 -ти семьях имеются родители, попавшие в плен или без вести пропавшие). Обследование 24 семей, из которых в 18 - ти имеются погибшие, без вести пропавшие, сильно пострадавшие, потерявшие до 24 родственников, 12 человек являются инвалидами 2-ой группы, получили травму головы, ранения различной степени головы, ног. Из всей семьи чудом уцелел месячный ребенок, который всю ночь пробыл в руках убитой матери и в настоящее время интеллектуально дефектный.

Из психосоматических расстройств чаще всего встречаются нервность, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, ночные кошмары, отражающие суть психической травмы.

Выводы:

Как было отмечено выше, из детей -беженцев, состоящих на диспансерном учете, наибольший удельный вес составляют дети с умственной отсталостью в возрастной группе от 7 до 10 лет. Это объясняется рядом факторов, связанных с условиями переселения, тяжелыми родами в неблагоприятных условиях, социально- педагогической запущенностью. Социальная необустроенность семей, нестабильность, приводят к несвоевременному обращению к врачам.

В каждом 2-м случае из 3-х в

анамнезе у детей родовая травма и в 32% случаев - судорожные проявления. В этом немаловажное значение имеет токсикоз беременности, неполноценное питание во время беременности и перенесенный стресс.

Долгое время связь между человеческим здоровьем и миграцией не признавалась, традиционный подход государства к миграционному здоровью ограничивался только инфекционными болезнями. Влияние на здоровье человека последствий войн является важной областью в сфере здравоохранении. Поскольку для Азербайджана характерно наличие огромного количества беженцев и вынужденно перемещенных лиц, все они страдают психологическим последствием насильственного передвижения. Война превосходит по силе воздействия все приспособительные возможности человека, что приводит к нервно-психическим осложнениям. Специальной литературы, посвященной психическим аспектам этой проблемы, очень мало, вопросы, посвященные распространенности нервнопсихических расстройств в условиях после войны и организации психиатрической помощи, не поднимались. В данной работе сделана попытка обобщить данные, собрана информация о распространенности психических нарушений у детей.

Трудно предсказать будущее и предугадать, как отзовутся отголоски войны на нынешнем поколении послевоенных детей, беженцев у себя на Родине.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. Гарнов "Влияние катаклизмов на психическое здоровье". Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, 1988. вып. 8. Стр. 125-128.
2. М.Черноушик. Психология жизненной среды. Москва, "Мысль", 1989 г., 176 с.
3. М. Раттнер. "Помощь трудным детям". Москва. "Педагогика" ,1991г.,142 с.
- 4.К. Бютнер. "Жить с агрессивными детьми". Москва, "Прогресс", 1987г.,422 с.
- 5.А. Захаров "Неврозы у детей и подростков". Ленинград, "Медицина", 1988г., 248 с.

UŞAQLAR VƏ MÜHARİBƏ

*G.N.Musabayova, H.Ə.Guləhmədova, N.F.Haşımzadə,
İ.T.Cabbarova*

Bu mövzunun əsas məqsədi müharibə şəraitinin bütünlüklə qaçqın ailələrinə, xüsusilə uşaqların psixikasına dəyən zərərdən, bu uşaqlarda nevroz, qorxu, təlaş, aqresiya hisslərinin əmələ kəlməsindən ibarətdir.

Şuşa, Zəngilan, Cəbrayıl, Laçın, Ağdam, Qubadlı rayonlarından olan və

dispanser uçotunda dayanan uşaqların statistik göstəriciləri muqaisəli şəkildə verilmişdir.

24 qaçqın ailəsi müayinə edilmişdir, Xocalı və Şuşa qaçqınlarından olan bu ailələrin uşaqlarında psixi-əşəb pozuntuları aşkar edilmişdir.

CHILDREN AND WAR

*G.N.Musabekova, H.A.Gulakchmedova, N.F.Gashimzade,
I.T.Djabbarova*

What the war means for children? The war and its consequences is first of all threat to life, to health and wellbeing of the physical person and on force of the action it is equated to extreme situation. The majority of children - refugees witnessed violence, were under bombardment. The children changes the relation to the environmental word to live it has become easier.

The finding -out of the reasons of aggression, fear, nevrosis of children-

refugees was by the basic theme of the given work. It is difficult to predict the future and to foresee as will respond of war on present generation after war of children, refugees as itself on a native Land.

In the given work the attempt is made to generalize the data, the information on prevalence of mental infringements is assembled.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЛИГОФРЕНИИ СРЕДИ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

(по данным стационара Психоневрологического Диспансера г.Баку)

Н.А.Алиев, С.С.Халыкова

По данным ВОЗ, умственная отсталость широко распространена во всем мире и ею поражены 1-3% населения. Примерно у 75% лиц, относимых к умственно отсталым, легкая степень умственной отсталости ($IQ > 50$), а остальные 25%, у кого $IQ < 50$ составляют более выраженные степени умственной отсталости.

В последние годы отмечается некоторое увеличение количества умственно отсталых. Это объясняется ростом общей продолжительности жизни, а также большей выживаемостью детей с пороками развития и дефектами ЦНС, благодаря успехам медицины, повышению благосостояния и культурного уровня населения. Имеет значение и более точный, чем прежде, учет олигофренов, налаженный во многих странах.

Большое значение в связи с этим в современной психоневрологии и неврологии имеет эпидемиологический метод. Он позволяет получить сведения о распространенности заболеваний среди населения.

В данной статье излагаются результаты изучения распространенности олигофрений среди мужского населения призывного возраста г.Баку (16-17 лет) за 10 лет (1986-1995гг.), по данным Психоневрологического Диспансера г. Баку. При клинико - эпидемиологическом анализе больных мы руководствовались МКБ-10 (1992г.), работами А.В.Снежневского (1983г.) и И.А.Полушика,

А.Е.Ведренко (1980г.). В результате исследования были получены следующие данные. За 10 лет были направлены на обследование 7574 человека в стационар, из них олигофрения выявлена у 1323 человек, что составляет 17,46% всех обследуемых.

На таблице №1 представлены данные регистрируемой заболеваемости олигофренией по г. Баку за 1986-1995 гг. на 100 тысяч населения.

На графике таблицы кривая указывает динамику олигофрений за 10 лет. Идет постепенный рост кривой (1987, 1989 и 1993 гг.) и спад (1988, 1991 и 1994 гг.), т.е. кривая носит волнообразный характер с небольшим подъемом кривой в 1995 году.

На таблице №2 представлены показатели заболеваемости олигофренией за 10 лет. На таблице выделены 11 городских районов, отмечено количество диагностированных (в абсолютных числах и %) ежегодно с 1986 по 1995 годы.

В таблице №3 представлено общее количество больных (в абсолютных числах и в %) каждого района г.Баку.

Таким образом, самый высокий процент приходится на Сабунчинский, Сураханский, а самый низкий - на Сабалинский район.

Кодировали расстройство, основываясь на его тяжести, которая отражала уровень интеллектуального нарушения: легкую умственную отсталость IQ от 50-55 до 70, умеренную умственную

отсталость IQ - от 35-40 до 50-55 и выраженную умственную отсталость IQ от 20-25 до 35-40.

Для определения коэффициента интеллектуального развития (IQ) использовали индивидуальные тесты. Таким образом, на 1323 человека выявлены: дебилы легкой степени 609 (46%), умеренной степени 536 (40,5%), выраженной степени 82 (6,1%) и имбецилы 96 (7,2%) человек.

Как известно, для олигофрений характерно отсутствие прогрессивности (за исключением самых тяжелых степеней задержки развития). В большинстве случаев, возможно, какое-то интеллектуальное развитие, что позволяет им приобретать несложные знания, навыки и адаптироваться в обществе.

Образование получили 986 человек (74%), в интернатах для умственно отсталых детей учились 453 человека (46%), а в общеобразовательных школах 533 человека (54%). Причем часть детей в общеобразовательных школах учились в вспомогательных классах, а другая часть продолжала посещать занятия в школах формально, т.к. родители не хотели переводить их в интернат или во вспомогательный класс. После окончания школы или интерната 471 человек (35%) продолжали учебу в профтехучилищах и получили специальность.

Работали 227 человек (17%).

На иждивении других лиц были 1007 человек (76%).

К моменту обследования в ПНД ранее были признаны ВТЭК инвалидами 89 человек (7%), причем

I группы - 2 чел. (2,2%);

II группы - 70 чел. (79%);

III группы - 17 чел. (19%).

Из 1007 человек, живущих на иждивении отдельных лиц, в течение 10 лет обращались для направления во ВТЭК 240 чел. (24%), а остальные 767 чел. (76%) вообще не обращались в диспансер и не ставили вопрос о назначении им пенсии по инвалидности.

Больные были выявлены и поставлены на диспансерный учет следующим образом. Из детского психоневрологического диспансера были переведены по возрасту 680 человек (51%). Самостоятельно обратились для определения инвалидности 240 (19,5%) человек, а при обследовании направленных из райвоенкоматов выявлены 403 чел. (30%).

Нами были диагностированы призывники разного возраста, а именно: на 16-17-летних приходилось 583 (44%) чел.; на 18-19 лет - 513 (38,8%) чел.; на 20-21 год - 106 чел. (8%); на 22-23 года - 38 (2,9%) чел.; на 24-25 лет - 16 чел. (1,2%) и 26-27 лет - 67 (5%) чел.

Определенное число диагностированных создали семьи - 24 человека (1,8%), имели детей 21 чел. (1,5%).

Из анамнестических данных были выявлены этиологические и патогенетические факторы, которые явились причиной задержки психического развития обследуемых. К ним относятся следующие:

наследственно обусловленные нарушения (хромосомная недостаточность, болезнь Дауна) - 2 человека (0,15%);

инфекционные факторы, которые воздействовали в период внутриутробного развития или в первые годы жизни (сепсис у матери) - 1 человек (0,07%); сепсис у плода - 2 чел. (0,15%); внутричерепная инфекция - 9 чел. (0,6%); ДЦП

- 1 человек (0,07%);
интоксикации (токсикоз беременности) - 395 чел. (30%); наркомании - 3 чел. (0,22%); применение различных химических веществ в целью прерывания беременности - 3 чел. (0,22%); ожог ноги - 2 чел. (0,15%);

иммунологическая несовместимость тканей матери и плода (резус - конфликт - 2 чел. (0,15%));

нарушения питания развивающегося организма (асфиксия) - 187 чел. (14%);

недоношенность беременности - 70 человек (5,3%);

механические травмы: родовая травма - 218 чел. (16,54%);

травмы, полученные в первые годы жизни ребенка - 7 чел. (0,5%);

энцефалопатия - 1 человек (0,07%);

микроцефалия - 2 человека (0,15%);

гидроцефалия - 1 человек (0,07%).

Таким образом, из 1323 диагностированных, у 934 человек (70,5%) этиологический фактор выявлен, а у 389 (29,5%) - неизвестен.

Среди диагностированных 19 человек родились в двойне, что составляет 1,4% от общего числа олигофренов. Из них, только в 3-х парах оба близнеца страдали умственной отсталостью разной степени выраженности. А в остальных 16-ти случаях двойники олигофренов нормально развивались, получили среднее техническое или высшее образование, работали, имели семьи и детей.

Выявлено, что 930 (70%) олигофренов были в малодетных семьях (до 2-х детей). А в многодетных семьях бы-

ло 93 (30%). Таким образом, если сравнить, то в малодетных семьях олигофренов в 2,3 раза больше, чем в многодетных семьях.

В кровном родстве состояли родители у 195 олигофренов, что составляет 15% всех олигофренов.

При обследовании у 178 человек была выявлена наследственная отягощенность нижеотмеченными заболеваниями:

дебильностью - у 95 человек (53%),

шизофренией - у 36 человек (20%),

психопатией - у 15 человек (8,4%),

эпилепсией - у 12 человек (6,7%),

алкоголизмом - у 6 человек (3,4%),

ночным энурезом - у 3 человек (1,68%),

орг.заболеванием ЦНС (в/черепная инфекция) - у 3 чел. (1,68%),

истерией - у 2 человек (1,1%),

глухонемой - у 2 человек (1,1%),

наркоманией - у 1 человека (0,56%),

аллергией - у 1 чел. (0,56%),

ТБС - у 1 чел. (0,56%),

самоубийство в роду было у 1 человека (0,56%).

Ниже представлены 249 больных родственников олигофренов:

| | |
|--------------------|---------------------|
| отец - 40 (16%) | мать - 23(9%) |
| брат - 73 (29%) | сестра - 31 (12%) |
| дедушка - 7 (2,8%) | бабушка - 3 (1,2%) |
| дядя - 33 (13%) | тетя - 9 (3,6%) |
| д/брат - 23 (9%) | д/сестра - 7 (2,8%) |
| _____ | _____ |
| итого - 176 (70%) | итого - 73 (30%) |

В некоторых случаях на одного олигофрена приходилось несколько больных родственников.

Как видно из вышеизложенного, среди родственников олигофренов в 2

раза больше мужчин, чем женщин.

До поступления в наш стационар на обследование ранее были на лечении в психиатрических больницах 106 человек. Это 8% всех нами диагностированных. Из них ранее были стационарированы:

- Первично - 85 чел. (80%),
- Повторно - 17 чел. (16%),
- Более 2-х раз - 4 чел. (4%).

Причиной стационарирования в психиатрические больницы были неправильности в поведении и судорожные состояния.

Ниже даны показатели осложнений олигофрений:

- глухонмота - 3 чел. (0,1%);
- тугоухость - 6 (0,9%);
- инфантилизм - 25 (3,7%);
- кривошея - 1 (0,15%);
- заячья губа - 4 (0,6%);
- волчья пасть - 2 (0,3);
- слепота - 1 (0,15%);
- дермоид.киста - 1 (0,15%);
- судороги - 63 (9,5%);
- ДЦП - 7 (1%);
- нервные тики - 6 (0,9%);
- орг.заб.ЦНС - 10 (1,5%);
- (в/ч инфекция)
- логоневроз - 23 (4,3%);
- электротравма - 2 (0,3%);
- ч/мозговая травма - 15 (2,2%);
- ревматизм - 6 (0,9%);

Как видно из данных, 665 олигофренов имеют осложнения, что составляет 50,2% всех диагностированных олигофренов.

Если олигофрению рассматривать

К уголовной ответственности были привлечены 10 человек (0,75%), которые получили принудительное лечение или были направлены на лечение в психиатрические больницы на общих основаниях.

Олигофрения нередко сопровождается пороком развития отдельных органов и систем. Олигофрения также осложняется другими заболеваниями, которые протекают или как синдром в рамках олигофрении, или же как самостоятельное сопутствующее олигофрении заболевание.

- ночной энурез - 51 чел. (7,6%);
- ожирение - 2 (0,3%);
- лимфаденит - 3 (0,4%);
- в/сос.дистония - 4 (0,8%);
- сахарный диабет - 2 (0,3%);
- психопат.поведение - 400 (60%);
- истереопод.поведен. - 3 (0,4%);
- фобия - 3 (0,4%);
- ипохондрия - 3 (0,4%);
- депрессия - 3 (0,4%);
- пропфшизофрения - 1 (0,15%);
- психотич.эпизод - 3 (0,4%);
- в анамнезе
- сексуал.нарушен. - 1 (0,15%);
- алкоголизм - 1 (0,15%);
- онихофагия - 3 (0,4%);
- наркомания - 1 (0,15%).

как наследственное врожденное или приобретенное в первые годы жизни слабоумие, то можно рассмотреть этиологические факторы, которые способствовали задержке психического развития.

Основные этиологические моменты при данном исследовании были:

- 1) хромосомная недостаточность;
- 2) инфекционные факторы, которые воздействовали в период внутриутробного развития или в первые годы жизни;
- 3) интоксикации (токсикоз беременности и химические вещества, которые применялись с целью прерывания беременности);
- 4) иммунологическая несовместимость тканей матери и плода (резус-конфликт);
- 5) асфиксия при родах;
- 6) недоношенность беременности;
- 7) механические травмы (родовая травма и травма, полученная в первые годы жизни ребенка);
- 8) микроцефалия;
- 9) гидроцефалия.

В результате исследования выявлено, что высокий процент заболеваний олигофрений приходится на Сабунчинский, Сураханский и Хатаинский районы, где большее число кровно родственных браков, и меньший - на Карадагский и Сабайльский районы.

По мере достижения подросткового возраста, больные передаются из детского психиатрического диспансера во взрослый. Это говорит о преемственности работы психиатров двух диспансеров.

ВЫВОДЫ :

1. Проводить разъяснительную работу среди населения:
 - а) о нежелательных последствиях кровнородственных браков;
 - б) об опасности применения самостоятельно без ведома врача химических препаратов с целью прерывания беременности.
2. Привлекать беременных женщин для становления на учет в женские консультации, где они могут получить профилактическую и лечебную помощь до рождения ребенка.
3. Правильно проводить уход и воспитание за детьми первых лет жизни.
4. Больше внимание уделять вопросу привлечения олигофренов к труду, прививать им по мере возможностей навыки различных рабочих специальностей.
5. Надо усилить работу по выявлению умственно отсталых детей, т.к. большой их процент не попадает в поле зрения психиатров до достижения призывного возраста.
6. Активизировать разъяснительную работу среди населения против наркомании и алкоголизма.

Показатели заболеваемости олигофренией по г.Баку за 1986-1995 гг.
на 100 000 населения

| № | Годы | Взрослое население города | Общее число | Абсолютное число на 100.000 населения |
|----|------|---------------------------|-------------|---------------------------------------|
| 1 | 1986 | 1.221.600 | 119 | 9,74 |
| 2 | 1987 | 1.240.700 | 201 | 16,2 |
| 3 | 1988 | 1.271.700 | 117 | 9,2 |
| 4 | 1989 | 1.295.100 | 171 | 13,2 |
| 5 | 1990 | 1.279.500 | 138 | 10,7 |
| 6 | 1991 | 1.248.900 | 99 | 7,93 |
| 7 | 1992 | 1.243.100 | 99 | 7,96 |
| 8 | 1993 | 1.235.100 | 183 | 14,8 |
| 9 | 1994 | 1.231.200 | 87 | 7,06 |
| 10 | 1995 | 1.225.500 | 109 | 8,89 |

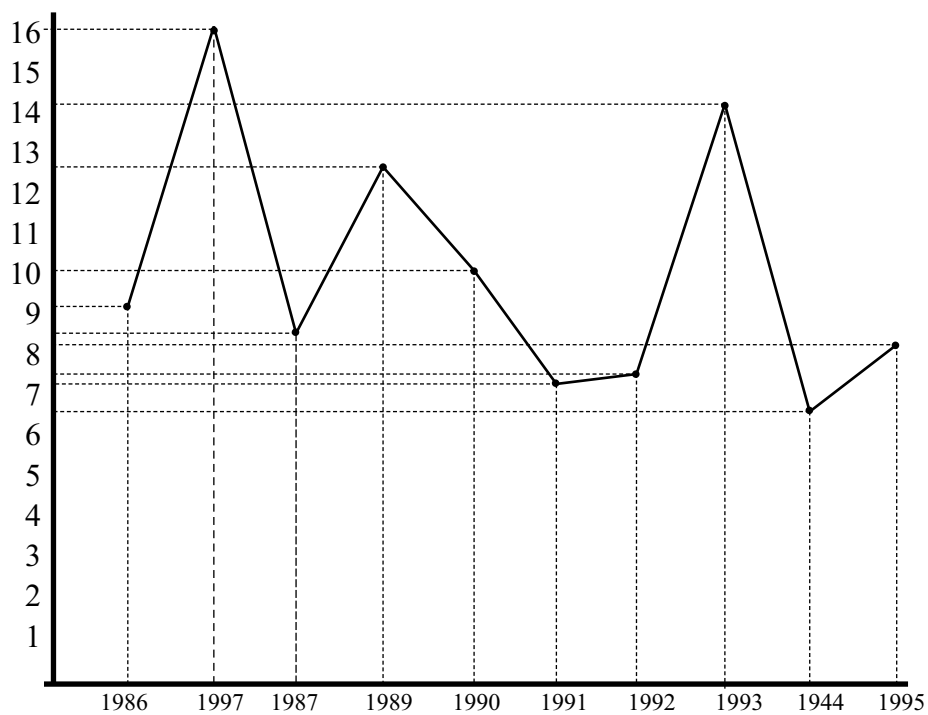
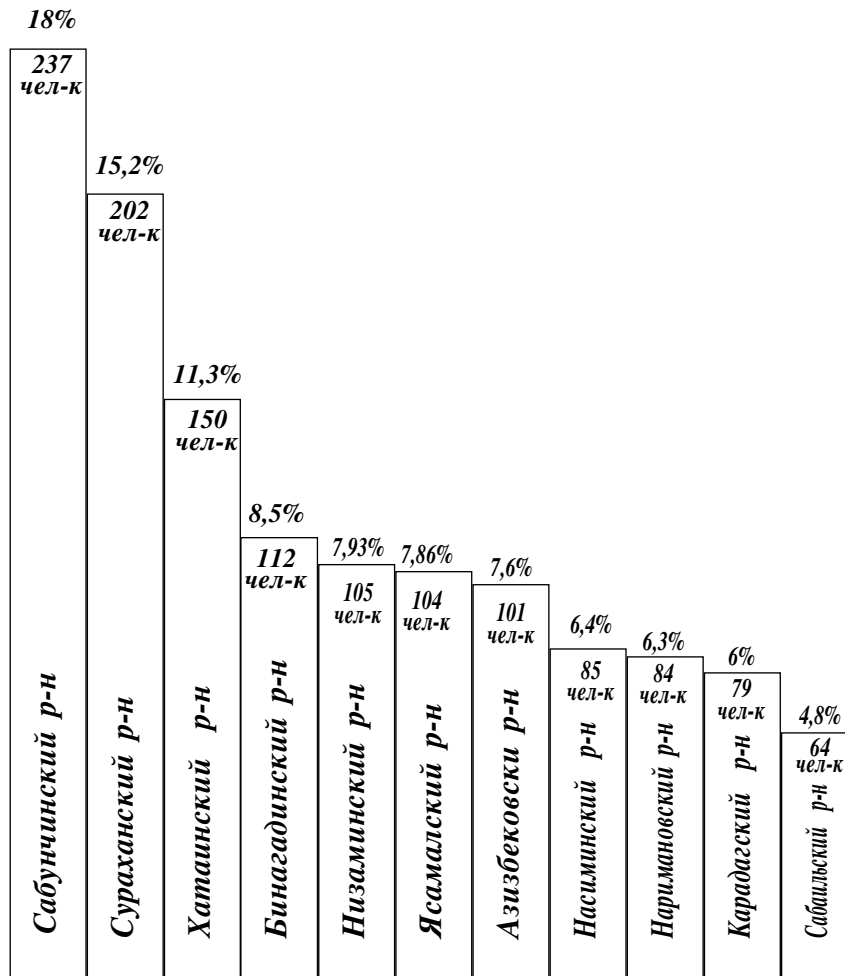


Таблица №2

Показатели заболеваемости олигофренией за 10 лет (1986-1995гг.)
в абсолютных числах и в процентах (%).

| № | Районы | Годы | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | За 10 лет |
|-------|---------------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| 1 | Азизбековский | 8 | 6,7% | 13 | 9,4% | 16 | 10 | 6 | 6 | 12 | 2 | 17 | 101 |
| 2 | Баянзадский | 9 | 7,6% | 23 | 5,1% | 25 | 6 | 10 | 7 | 12 | 4 | 10 | 112 |
| 3 | Карадагский | 12 | 10% | 18 | 7,7% | 8 | 5 | 4 | 3 | 11 | 4 | 5 | 79 |
| 4 | Наринановский | 5 | 4,2% | 12 | 13% | 12 | 4 | 5 | 6 | 17 | 4 | 4 | 84 |
| 5 | Насиповский | 7 | 5,9% | 12 | 6,8% | 7 | 8 | 5 | 8 | 19 | 4 | 7 | 85 |
| 6 | Низамовский | 19 | 16% | 17 | 3,4% | 9 | 10 | 6 | 4 | 17 | 8 | 11 | 105 |
| 7 | Сабаклынский | 4 | 3,4% | 9 | 8,5% | 4 | 9 | 6 | 4 | 7 | 8 | 3 | 64 |
| 8 | Сабунчинский | 11 | 9,2% | 24 | 14,5% | 30 | 41 | 13 | 18 | 36 | 25 | 22 | 237 |
| 9 | Сураханский | 26 | 22% | 33 | 17% | 26 | 19 | 23 | 18 | 21 | 4 | 12 | 202 |
| 10 | Хатаиновский | 12 | 10% | 30 | 10,5% | 21 | 12 | 13 | 14 | 18 | 7 | 11 | 150 |
| 11 | Ясамалынский | 6 | 5% | 10 | 4,2% | 13 | 14 | 8 | 11 | 13 | 17 | 7 | 104 |
| Итого | | 119 | 201 | 117 | 171 | 138 | 138 | 99 | 99 | 183 | 87 | 109 | 1323 |
| В % | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Общее количество больных (в абсолютных числах и в %) каждого района г.Баку за 10 лет (1986-1995гг.)



ЛИТЕРАТУРА

1. И.А.Полишук, А.Е.Видренко. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека. Киев, "Здоровье", 1980.
2. Руководство по психиатрии. Под редакцией академика АМН СССР А.В. Снежеского. Москва, Медицина, 1983. Т.2.
3. The JCD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. World Health Organization Geneva, 1992.

ÇAĞIRIŞ YAŞLARI ARASINDA OLİQOFRENIYANIN YAYILMASI (BAKI ŞƏHƏRİ RƏXD-NİN STASİONARININ MƏLUMATINA ƏSASƏN)

N.A.Əliyev, S.S.Xalčkova

1986-1995-ci illər ərzində (psixonevroloji) RƏXD-nin stasionarında müayinə olunmuş çağırış yaşlı şəxslərdə oliqofreniyanın yayılması öyrənilmişdir. Aparılan araşdırmaların nəticəsi göstərilmişdir ki, çağırış yaşlı şəxslər arasında oliqofreniya 17,46 faizdir. Göstərilir ki, 10 il ərzində oliqofreniyanın dinamikası dalğavari xarakter daşıyır. Bakı şəhər rayonları arasında oliqofreniyanın ən çox faizi, Sabunçu və Suraxanı rayonuna, ən az faizi Səbail rayonuna düşür. Araşdırma nəticəsində məlum olur ki, yüngül

dərəcəli debillik 46 faizdir, orta dərəcəli 40 faizə, ağır dərəcəli 6,1 faizdir, imbesil 7,2 faizdir. Oliqofrenlərin anamnezini öyrənərək etioloji və patogenetik faktorları məlum olunur.

Alınmış nəticələrə görə göstərilir ki, uşaqların normal psixofiziki inkişafına görə əhali arasında mənfi amillərə qarşı izahat işi aparmaq lazımdır.

Uşaqlara ilk yaşında düzgün qulluq, tərbiyə edilməsi, vaxtında əməyə cəlb edilməsinin vacibliyi göstərilir.

SPREAD OF OLIGOPHRENIA AMONG CALL-UP AGES. (BAKU PSYCHONEUROLOGY CLINIC)

N.A.Aliyev, S.S. Khalikova

During 1986-1995 spread of oligophrenia among men of call-up age was investigated in the hospital of (Psychoneurology) Psychoneurology Clinic.

At the conclusion of the investigations it turned out that oligophrenia among men of call-up ages is 17.46%. It is noted that the dynamics of oligophrenia during 1 years is of wavy character. The major per cent of oligophrenia among districts of Baku city, falls on Sabunchu and Surakhani district and the minor per cent is in Sabail district.

As a result of investigation it

appears that the debility of light form is 46%, middle form - 40.5%, hard form - 6.1%. Imbecility is 7.2%.

The etiological and pathological factors are identified learning the anamnesis of oligophrenia.

According to the results it is noted that it's necessary to provide among people explanation work about negative factors concerning the psychophysical development of children.

It's noted that to provide from early ages the children with care, to bring up the children to respect work is of great importance.

**РЭГ-ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ
ЛЕГКИХ ЗАКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ**

*Ш.И. Магалов, Т.С. Пашаева, Т.Ш. Мамедова,
Л.Д. Таги-заде, А.И. Велиева*

Считается, что при установлении диагноза сосудистой дистонии, буквально подразумевающей неустойчивость сосудистого тонуса в результате нарушения местных или, чаще, центральных механизмов сосудистой регуляции, реография является единственным методом, дающим эту возможность (1).

Несмотря на широкое применение РЭГ в неврологической практике, состояние мозгового кровотока в отдаленном периоде ЗЧМТ изучено недостаточно (2). РЭГ больных с последствиями закрытых травм головы мирного времени показывает полиморфные изменения тонуса мозговых сосудов (атония, дистония, гипертония) или структурные поражения сосудистых стенок (арко- или платообразные вершины волны РЭГ и удлинение анакроты) (2,3). В ряде работ были представлены клиникореографические показатели раннего церебрально-атеросклероза в отдаленном периоде ЗЧМТ, что нашло широкое использование в экспертизе инвалидов и участников Великой Отечественной войны, имеющих последствия ЗЧМТ (6,7).

Вместе с тем использование дан-

ных РЭГ для оценки степени нарушения церебральной гемодинамики, компенсации посттравматического дефекта существенно затруднено различиями в методических подходах и интерпретации показателей РЭГ, а также неоднородностью и малочисленностью контингентов обследованных больных (3,5).

В настоящих исследованиях использовалась методика, предложенная И.В. Соколовой и соавт. (1977), с учетом артериальной и венозной компоненты реограммы (4). Было обследовано 90 лиц мужского пола с последствиями легких закрытых черепно-мозговых травм (ЛЗЧМТ) периода боевых действий в Карабахском регионе в возрасте от 18 до 40 лет, с давностью получения травмы от 6 месяцев до 5 лет. Контрольные группы (по 20 человек) составили лица с синдромологическим диагнозом " Синдром вегетативной дистонии " и " Нейроциркуляторная дистония ", также участвовавшие в боях Карабахского региона, но не получившие каких-либо травматических повреждений (1-ая контрольная группа) и практически здоровые лица (2-ая контрольная группа) того же возраста и

Таблица. N1
Показатели РЭГ-исследования в группе больных с последствиями ЛЗЧМТ в отведении Ф.-М.

| Показатели | Больные с посл. ЛЗЧМТ | Больные НЦД | Здоровые |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Реограф.индекс слеза,ом | 0,117 +0,04 | 0,1411 +0,0056* | 0,148 +0,005* |
| Реограф.индекс слр аза,ом | 0,121 +0,0596 | 0,1963 +0,0009* | 0,1633 +0,006* |
| Диагт. индекс слеза, % | 61,25 +8,092 | 71,12 +4,276 | 50,98 +3,537 *** |
| Диагт.индекс слр аза, % | 49,5+ 5,867 | 70,98 +4,194 | 53,466 + 4,535*** |
| Катакрит.фаза слеза, сек | 0,505 + 0,113 | 0,63 +0,02 | 0,6875 + 0,282 |
| Катакрит.фаза слр аза,сек | 0,6125 + 0,0826 | 0,649 +0,019 | 0,6913 + 0,287 |
| Коэффци. асимметрии, % | 34,6 + 5,35 | 13,4 +0,458* | 7,8 4 + 0,48*** |

* - достоверность с I группой
 ** - достоверность со II группой
 *** - достоверность н с I и со II группой

пола. Проводилось РЭГ- исследование на четырехканальном реоэнцефалографе российского производства РГ4-01 с регистрацией кривой на электрокардиографе 6 НЕК-4 производства ГДР.

Исследовались такие параметры, как реографический индекс, диастолический индекс, коэффициент асимметрии, катакrotическая фаза в отведениях F.-М. (fronto-mastoideum) и О.-М. (occipito-mastoideum).

Анализ результатов, полученных при РЭГ - обследовании больных ЛЗЧМТ в отведении F.-М. выявил следующее (см. таб. N 1):

Реографический индекс как слева, так и справа в группе больных с последствиями ЛЗЧМТ оказался достоверно ниже, чем в контрольной группе здоровых, что свидетельствует о снижении пульсового кровенаполнения в обоих полушариях этой группы больных.

Исследование диастолического индекса выявило статистически достоверное понижение его показателей справа и повышение слева. Наблюдаемые изменения, являющиеся результатом снижения оттока крови из артерий в вены в правом полушарии, связаны, по - видимому, с защитным торможением в этом полушарии (которым преимущественно регулируется эмоциональная сфера) вследствие чрезмерного длительного психоэмоционального напряжения в условиях боевых действий. Это подтверждается и клиническими наблюдениями: депрессия, снижение инициативности, суицидальные пережи-

вания можно трактовать как следствие доминантного торможения в правом полушарии. Увеличение показателей диастолического индекса слева является, по - видимому, следствием компенсаторного возбуждения левого полушария.

Показатели катакrotической фазы как слева, так и справа оказались недостоверно ниже в группе больных ЛЗЧМТ. Это может указывать на тенденцию к увеличению числа сердечных сокращений у этих больных.

Коэффициент межполушарной асимметрии с высокой степенью достоверности оказался выше, чем в группе здоровых. Это является, вероятно, следствием того, что изменения сосудистого тонуса носят не диффузный характер, а имеют особенность локализоваться. Приведенные данные РЭГ исследования способствуют выявлению очага наибольшего понижения пульсового кровенаполнения и возможной ишемии.

При РЭГ-исследовании больных ЛЗЧМТ в отведении О.-М. прослеживаются аналогичные тенденции (см. таб. N2). Показатели реографического индекса оказались ниже в обоих полушариях в группе больных ЛЗЧМТ, причем слева с высокой степенью достоверности. Показатели диастолического индекса, как и в отведении F.-М., имеют тенденцию к повышению слева и понижению справа. Соответственно выявлены тенденции к снижению показателей катакrotической фазы как слева, так и справа. Наблюдается достоверно высокое повышение коэффициента межполу-

Таблица. N1
Показатели РЭГ-исследования в группе больных с последствиями ЛЗЧМТ в отведении О.-М.

| Показатели | Больные с посл. ЛЗЧМТ | Больные с НЦД | Здоровые |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| Реограф. индекс слеза, ом | 0,084 + 0,0032 | 0,105 ~ 0,005* | 0,1167 + 0,0033* |
| Реограф. индекс слеза, ом | 0,106 + 0,017 | 0,1217 + 0,0054 | 0,1233 + 0,0056 |
| Династ. индекс слеза, % | 66,67 + 3,333 | 84,15 + 2,686* | 58,35 + 4,1253** |
| Династ. индекс слеза, % | 58 + 4,2426 | 70,85 + 5,864 | 67,767 + 3,3967 |
| Катахрот. фаза слеза, сек | 0,633 + 0,04 | 0,6317 + 0,02 | 0,69 + 0,0156** |
| Катахрот. фаза слеза, сек | 0,615 + 0,005 | 0,6317 + 0,002 | 0,704 1 - 0,02** |
| Кэффци. асимметрии, % | 20 + 2,07 | 18,955 + 5,11 | 10,22 + 0,648*** |

* - достоверность с I группой

** - достоверность со II группой

*** - достоверность и с I и со II группой

шарной асимметрии.

Данные, полученные в группе больных НЦД, также были сопоставлены с таковыми контрольной группы здоровых (см. таб N1,2). При этом было выявлено следующее: показатели реографического индекса как в отведении F.-M., так и в отведении O.-M. достоверно значимых различий с контрольной группой здоровых не выявили. Значительное повышение выявили показатели диастолического индекса как слева, так и справа в отведении F.-M. В отведении O.-M. также выявляется достоверное повышение показателей диастолического индекса слева и недостоверное - справа, что указывает на усиление оттока крови из артерий в вены и является, по-видимому, следствием преобладания процессов возбуждения в обоих полушариях функциональных больных; диффузное повышение показателей диастолического индекса в обоих полушариях в группе больных НЦД может указывать на реактивный (обратимый) характер сосудистых нарушений в этой группе больных. Анализ показателей катокротической фазы в группе больных НЦД выявил статистически достоверное снижение их как слева, так и справа в отведении O.-M., и тенденцию к снижению в отведении F.- M. Это указывает, по всей видимости, на то, что в группе больных НЦД более, чем у больных с последствиями ЛЗЧМТ, выражена тенденция к увеличению числа сердечных сокращений.

Повышение коэффициента асим-

метрии в группе больных НЦД менее выражено по сравнению с таковым в группе больных с последствиями ЛЗЧМТ.

Таким образом, при РЭГ-исследовании больных ЛЗЧМТ вырисовываются следующие особенности:

- Изменения реографического индекса в группе больных с последствиями ЛЗЧМТ выявили недостаточное пульсовое кровенаполнение и, соответственно, снижение мозгового кровоснабжения в этой группе больных. В группе больных НЦД показатели реографического индекса выявляют незначительные изменения и тенденция к их понижению носит статистически недостоверный характер.

- Понижение показателей диастолического индекса в обоих отведениях справа в группе больных с последствиями ЛЗЧМТ свидетельствует о снижении оттока крови из артерий в вены и может указывать на тенденцию к появлению венозного стаза в правом полушарии этой группы больных. В изменениях показателей диастолического индекса в группе больных НЦД прослеживается их повышение как слева, так и справа в обоих отведениях, что свидетельствует об усилении мозгового кровотока и может являться следствием преобладания процессов возбуждения в обоих полушариях этой группы больных.

- Значительные изменения коэффициента асимметрии в группе больных ЛЗЧМТ свидетельствуют о том, что достаточно выраженные функциональные изменения мозгового кровооб-

ращения с течением времени могут приобрести стойкий органический характер из-за истощения компенсаторных возможностей организма.

- При исследовании сосудистого тонуса больных с последствиями ЛЗЧМТ наиболее информативными оказались показатели реографического, диастолического индексов и коэффициента межполушарной асимметрии. Наиболее достоверные изменения были

выявлены в отведении F.- М., что указывает на наиболее частую локализацию сосудистых нарушений при последствиях ЛЗЧМТ в лобно-теменной зоне кровоснабжения, охватывающую 2 из 3-х описанных при гипертонической болезни: лобно-орбитальную и лобно-теменно-затылочную. Таким образом, больные с последствиями ЛЗЧМТ составляют группу риска для развития симптоматической гипертензии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней. Руководство. Москва. Медицина. 1991г.
2. Бурцев У.М., Бобров А.С. Отдаленный период военной черепно-мозговой травмы. М.: Медицина, 1986, 208 стр.
3. Ронкин М.А., Максименко И.М. О значении дифференциальной реоэнцефалограммы для оценки функционального состояния мозговых сосудов. Параклинические методы исследования в неврологии. М., 1969, вып. 2, стр. 73-82.
4. Соколова И.В., Яруллин Х.Х., Максименко И.В., Ронкин М.А. Анализ структуры реоэнцефалограммы как биосигнала пульсового кровенаполнения. // Журнал невропатологии и психиатрии. 1977, т.77 № 9, стр. 1314 - 1321.
5. Москаленко Ю.Е. Реоэнцефалография и методы клинической нейрофизиологии. Л.: Наука. 1977, стр. 188-207.
6. Листицкая Ф.М. Сосудистые расстройства и сосудистые заболевания при отдаленных последствиях ЗЧМТ. // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора мед. наук. М.: Медицина, 1968.
7. Грекова А.А., Парилова В.А. Особенности мозгового кровообращения в отдаленном периоде травмы черепа и головного мозга у инвалидов Отечественной войны по данным реоэнцефалограммы. // Опыт лечения отдаленных последствий боевой травмы. Л., 1981, стр. 107 - 108.

YÜNGÜL QAPALI KƏLLƏ-BEYİN TRAVMASI NƏTİCƏLƏRİ İLƏ OLAN XƏSTƏLƏRİN REOENSEFALOQRAFIYA MÜAYİNƏSİ

Ş.İ. Mahalov, T.S. Paşayeva, T.Ş. Məmmədova,
L.C. Tağı-zadə, A.İ. Vəliyeva

Müayinə üçün Qarabağ regionunda hərbi əməliyyatlar dövründə travma almış 18-40 yaş arasında yüngül qapalı kəllə-beyin travması nəticələri ilə olan 90 nəfər kişi cinsindən şəxs götürülmüşdür. Müayinə alınmış travmadan 6 aydan 5 ilədək müddətdə aparılmışdır. Kontrol qruplar (hər qrupda 20 nəfər olmaqla) «Vegetativ distoniya sindromu» və «Neyrosirkulyator distoniya» sindromoloji diaqnozu olan, Qarabağ regionunda döyüşlərdə iştirak edib, ancaq heç bir travma olmayan (I kontrol qrup) və praktiki sağlam (II kontrol qrup) eyni cins və yaşa mənsub şəxslərdən ibarət olmuşdur. Müayinənin nəticələri aşağıdakı kimi olmuşdur: yüngül qapalı kəllə-beyin travması nəticələri

ilə olan xəstələr qrupunda hər iki yarımkürədə qan təchizatının enməsi və sağ yarımkürədə venoz durğunluğa meyillilik aşkar edilmişdir. Funksional xəstələrdən ibarət kontrol qrupda beynin hər iki yarımkürəsində normal qan təchizatı və qan dövrünün sür'ətinin artması nəticələrində qan-damar pozğunluqları əsasən alın-təpə-ənsə qan dövrünü zonasında lokalizə olunur və hipertoniya xəstəliyində təsadüf olunan 3 zonadan 2 - ni əhatə edir: alın-göz yuvası və alın-təpə-ənsə. Beləliklə, yüngül qapalı kəllə-beyin travması nəticələri ilə olan xəstələr gələcəkdə arterial hipertoniyanın inkişafı üçün risk qrupunu təşkil edirlər.

RESULTS OF REG-STUDY OF PATIENTS WITH SEQUELAE OF THE MILD CRANIOCEREBRAL TRAUMA CLOSED

Sh.I. Mahalov, T.S. Pashayeva, T.Sh. Mamedova,
L.G. Taghi-zade, A.I. Veliyeva

It was inspected 90 men at the 18-40 age with sequele of the mild head trauma of period the Karabash war duration from 6 month to 5 years.

There are 20 men with diagnosis "Vegetative asteniya syndrom" or "Neurocirculation asteniya", who had attend in the Karabak war too, but, they had n't any trauma (I) and 20 healthy men at the same age (II) in control groups.

The results were so:

1) reduction cerebral blood flow in both the cerebral hemispheres and tendency to appearance veinly stasis in the right

hemisphere in the group patient with head injuries;

2) normal blood flow with rising speed of circulation of the blood in the both hemispheres in the I control group;

3) cerebrovascular disorders were localized often in the forehead- sinciput zone of the blood supply and spread all over 2 from 3 zone on hypertensive disease: forehead-orbital end forehead-sinciput-back. Consegwently, patients, who has a mild head trauma will be a risk group for arterial hypertensiz in the future.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕПАКИН-ХРОНО ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

А.М.Багирова, Э.А.Ибрагимова

Здоровье ради здоровья никому не нужно, оно бесцельно. В мировой литературе есть поразительный пример бесцельного существования человека, положившего жизнь на алтарь здоровья. Это феноменальный Тимоти Форсайт из “Саги о Фарсайтах” Джона Голсуорси.

Сквозняки и дождь, жара и туман, плохое известие или предчувствие, неприятности укладывали Тимоти в постель. Умиравшие родственники, рождавшиеся новые члены клана Форсайтов - он старался не волноваться: боялся заболеть. Постепенно, чтобы оберегать здоровье чувствительного Тимоти, ему просто перестали о чем бы то ни было говорить. Он был, пожалуй, единственным человеком, который не знал, что началась первая Мировая война, а потом кончилась. В Англии на троне королеву Викторию сменил король. Эдуард, а его, король Георг, менялись правительства, менялись экономические программы и политические лозунги, менялись моды, прически, привычки, а Тимоти ничего этого не знал, он был занят почти до 100 лет одним - берег свое здоровье.

По современным воззрениям, нормальное состояние здоровья подразумевает не только его состояние на “сегодняшний день”, но и те его скрытые запасы, которые могут понадобиться “на завтра”.

Известно, что в медицине, как и в любой другой науке нет и не может быть единых незыблемых воззрений. Совершенствование современных экспериментальных и диагностических методов исследования позволяет заглянуть в “тайны” работы мозга и на основании этого получить возможность более

эффективного лечения и профилактики заболевания нервной системы.

Изучение различных аспектов эпилепсии имеет не только медицинское, но и большое социальное значение. Диагностика и лечение этой болезни налагает большую ответственность на врача.

Эпилепсия является одной из актуальнейших проблем педиатрической неврологии. Занимает третье место в структуре общей заболеваемости. Частота эпилепсии неуклонно увеличивается за счет симптоматических форм. Дебют эпилепсии наблюдается преимущественно в детском возрасте (около 75% всех случаев). Эпилепсия детского возраста отличается большим числом резистентных к лечению форм и полиморфизмом приступов, а также эпилептическими приступами органической природы.

В настоящее время в клинической эпилептологии прочно утвердился принцип монотерапии. Купирование эпилептических приступов должно осуществляться преимущественно одним препаратом. Кроме того, применение монотерапии позволяет избежать возникновения тяжелых побочных явлений.

Базовым препаратом в лечении эпилепсии является Депакин Хроно Вальпроат натрия + Вальпроевая кислота. Клинические испытания препарата Депакина хроно - было проведено на 45 больных, в возрасте от 5 до 16 лет, на протяжении 4-х лет. Под влиянием депакина увеличивается содержание в мозге аминокислотной кислоты, которая снижает судорожную активность. (А.С.Петрухин, К.Ю.Мухин, Медведев, 1998 г.)

Всем детям проводились параклинические обследования – рентгенография

череп, эхо мозга, исследование глазного дна, электроэнцефалографическое обследование в динамике и постоянный контроль за состоянием крови и мочи. Препарат обладает широким спектром действия и применяется, в первую очередь, при первично - генерализованных припадках: абсансах, атипичных абсансах, больших судорожных припадках при пробуждении, ювенильной миоклонии атонических припадках, генерализованной эпилепсии Леннокса-Гасто и других генерализованных припадках.

Применяется как альтернативный препарат при фокальных припадках - простых или сложных фокальных припадках, при фокально начинающихся вторично-генерализованных тонико-клонических припадках (Карлов В.А., 1990 г.).

По характеру припадков больные распределились следующим образом: большие приступы наблюдались у 16 больных, малые - у 11, психомоторные - у 11, полиморфные - у 6 больных. Во всех случаях применялся Депакин Хроно 300 или Депакин Хроно 500 в минимальных эффективных дозах (из расчета 20-30 мг/кг в сутки) в сочетании с транквилизаторами, рассасывающими, дегидратационными средствами и витаминотерапией. В зависимости от эффективности течения терапии, больные были отнесены в 3 группы:

1. Отсутствие припадков в течение 2-х лет.

2. Уменьшение тяжести и числа приступов, положительные сдвиги в поведении и эмоционально-психической сфере.

3. Лечение без эффекта.

Электроэнцефалографическое исследование проводилось с учетом клинического течения заболевания 2 раза в год. Контрольные исследования крови и мочи-ежемесячно.

Исследования глазного дна - три раза

в год.

Рентгенографическое исследование головного мозга и эхо мозга - 2 раза в год.

Депакин - Хроно обычно назначался 1 раз в день, постепенно в течение 7-10 дней увеличивая дозировку 1 раз в 3 дня до достижения суточной дозы.

Терапевтический эффект отмечался после первой недели употребления суточной дозы.

На примере наблюдения за 45 детьми больных различными формами эпилепсии, отмечалось: при применении Депакина Хроно частота генерализованных припадков уменьшилась на 50 % и больше 65%. У 75% больных частота уменьшилась на 30%, у 10% больных отмечается полное отсутствие припадков в течение 2-х и более лет.

Особая эффективность лечения отмечалось при лечении абсансов. Необходимо подчеркнуть, что при монотерапии Депакином хроно, результативность выше, чем при политерапии.

Отмечено положительное действие Депакина Хроно при психомоторных приступах (Р.Шейдер., 1998 г.).

Хорошо влиял на психическое состояние больных, не вызывая сонливости, заторможенности, а наоборот ускорение темпа и повышение продуктивности психических процессов. В ряде случаев позволяет поддерживать способность к обучению и не нарушать выполнение профессиональных обязанностей.

Так же совместим с большинством противоэпилептических препаратов, что дает возможность широко применять в комплексном лечении эпилепсии. В частности при локализации очага в височной области, хороший эффект дает комбинация Депакина Хроно с карбамазепином (А.С.Петрухин., К.Ю.Мухин, Медведев М., 1998 г.).

Побочные явления: тошнота, рвота, боли в желудке, головокружения, выпя-

дение волос, повышенная возбудимость исчезали при уменьшении дозы, либо при отмене препарата, отмечались у 2% больных.

В комплексное лечение Депакином хроно входило ряд меороприятий, направленных на улучшение общего состояния больных, укрепление соматического состояния код контролем врачей педиатров. В связи с этим проводилось активное лечение сопутствующих соматических, инфекционно-аллергических заболеваний. Назначались лечебные средства общеукрепляющего характера для поднятия иммунного состояния организма (В.Н.Шток, 1995 г.).

Анализ всех групп больных, перечисленных в начале в процессе лечения Депакином Хроно, показал отчетливый терапевтический эффект: полностью исчезли или значительно укрепились припадки, нормализовались эмоциональные отклонения и поведение, в значительной степени - ЭЭГ картина заболевания.

Исследования клинического действия вальпревой кислоты позволяют сделать вывод об эффективности его лечения при многих формах эпилепсии.

1. Депакин является препаратом первого выбора при лечении первично-генерализованных эпилепсий.

2. Эффективен как монотерапевтическое средство.

3. Являясь пролонгированной лекарственной формой, Депакин Хроно употребляется 1 раз в день

4. Употребляется всеми возрастными

группами.

5. Отсутствие влияния на познавательные функции.

В последние годы все чаще обсуждается использование некоторых антиконвульсантов, в частности, декапина для профилактики аффективных фаз. Хорошая переносимость, достаточная эффективность не только при биполярных аффективных расстройствах, но при монополярных периодических депрессиях делают применение декапина в ряде случаев предпочтительнее по сравнению с литиевой профилактикой.

Одновременно подчеркивается, что их использование лишено таких, свойственных литию побочных эффектов, как нарушение функции почек, расстройства щитовидной железы и других. Наиболее очерченный эффект этого препарата отмечен при континуальном течении маниакально-депрессивного психоза в случаях, резистентных к терапии литием. Закономерности профилактического действия этих препаратов сопоставимы с таковыми солей лития.

Даже на высоте приступа больные сохраняют критику к заболеванию, что позволяет коррегировать их поведение. Полученные данные показывают, что медленно высвобождающаяся форма вальпроата хорошо переносится, безопасна и высоко эффективна в отношении всех видов припадков, так и в качестве составной части профилактики больных маниакально-депрессивным психозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Manual of PSYCHIATRIK Therapeutics. Edited by Ricard J.Shader M.D. 1998. Boston.
2. Фармакотерапия в неврологии. В.Н.Шток. 1995 г.
3. Эпилепсия, Медицина. Карлов. В.А. 1990 г.
4. Основанные принципы лечения эпилептических припадков. Карлов. В.А. 1990 г.
5. Основанные принципы диагностики и лечения эпилепсии у детей и подростков. Петрухин. А.С., Мухин. К.Ю., Медведев М.И.Москва. 1998. г.

UŞAQLARDA EPİLEPSİYANIN MÜXTƏLİF FORMALARI ZAMANI “DEPAKİN XRONO”NUN TƏTBİQİNİN EFFEKTİLİYİ

A.M.Bağirova, E.A.İbrahimova

Epilyasiya xəstələrində dərman ağırlaşmalarının kliniki təzahürləri müntəzəm səciyyə daşıyır, onların əmələ gəlməsinin dinamikasını göstərən bir sıra xüsusiyyətləri olan, psixopatoloji və somatik pozğunluqlarda inkişaf edir.

Müxtəlif qıcolmalar əleyhinə preparatların formokoloji xüsusiyyətləri ağırlaşmaların kliniki təzahürlərində öz izlərini qoyur. Dərman ağırlaşmaların nəzərə çarpan indikatorlarından birisi, müntəzəm səciyyə daşıyan, hemotoloji dəyişiklərdir.

Epilepsiya qarşı preparatların uzun illər qəbul edilməsi xəstələrin orqanizmində bir sıra özünəməxsus ağırlaşmaların inkişafına səbəb olur: anadangəlmə ya qazanılmış immunopatoloji nəticəsində dərmanlara qarşı tam rezistentlik epilepsiyanın sürəkli proqrediyentli gedişi, beyinin orqanik zədələnməsinin ağırlaşma dərəcəsi.

Epilepsiyanın bütün növlərinin qeyri-qənaətbəxş müalicəsi nəticəsində Depakin Xrono ən uğurlu alternativdir.

EFFICACY OF APPLICATION DEPAKIN CHRONO AT THE VARIUS FORMS EPILEPSY AT CHILDREN

A.M.Baqirova, E.A.Ibraqimova

Clinical manifestations of pharmacological complications in patients with epilepsy present in systemic way are refracted in psychotik and somatik disorders. The degree of their significance has a number of features which show the dynamics the dynamic of their formation.

The pharmacological features of different anticonvulsants reflect in clinical manifestations of the complications. Haematological changes are one of the best indicators of the systemic pharmacological complications. In case anticon-

vulsant are used for several years, the individual characteristics of the patient's organism help to development of complications: the absolute resistanse to the drugs due to inborn or acquired pathology of the immune system, long time progressive of course of epilepsy, degree of organic damage to the brain.

The best alternative in the improvement of unsatisfactory of treatment of all types of epilepsy is Depakin-Chrono.



**К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
ПРОФЕССОРА**

**ИБРАГИМБЕКОВА
ФУАДА
АХМЕДОВИЧА**

Выдающийся азербайджанский ученый психолог-психиатр Фуад Ахмедович Ибрагимбеков родился 29 декабря 1901 г. в г. Шемахе Азербайджана. Окончив медицинский факультет Бакинского Государственного Университета в 1925 году, молодой врач Фуад Ибрагимбеков с философской склонностью мышления с самого начала своего научного становления увлекся психологией и в 1926 году при высшем педагогическом институте организовал первую экспериментально-психологическую лабораторию в Азербайджане для объективного исследования закономерностей психических процессов.

Лаборатория усилиями Ф.А.Ибрагимбекова была оснащена самыми совершенными психологическими аппаратами и приборами того времени.

Увлеченность молодого ученого-врача проблемами психологии, вовсе не являющейся медицинской дисциплиной, вполне может быть сравнима с огром-

ным интересом к клинической психиатрии великого физиолога И.П.Павлова, который, как известно, по средам с позиции физиологии и патологии высшей нервной деятельности анализировал психопатологические симптомы и синдромы у душевнобольных.

Известный американский ученый Говард С.Лидель на научной конференции в США, посвященной памяти И.П.Павлова, назвал великого физиолога И.П.Павлова психиатром будущего.

Ф.А.Ибрагимбеков, хорошо освоив основы психологии, особенно объективных экспериментально психологических исследований, закономерностей психических функций, защитил кандидатскую диссертацию.

В 1931 году доцент Ф.А.Ибрагимбеков на 7-ом Всемирном Конгрессе психологов выступил с оригинальной методикой объективного исследования интеллекта, который получил большое одобрение со стороны участников

конгресса.

На следующем этапе своего научного становления Ф.А.Ибрагимбеков свои взоры направил к психиатрии, изучающей закономерности патологии в деятельности мозга.

В 1937 г. заведующим кафедрой психиатрии Азербайджанского Государственного Медицинского института, выдающимся советским психиатром П.М.Зиновьевым, в числе первых врачей психиатров на кафедру на должность доцента кафедры был приглашен Ф.А.Ибрагимбеков.

За короткое время Фуад Ахмедович зарекомендовал себя талантливым организатором, в связи с чем Министерством Здравоохранения Республики был выдвинут на должность главного врача психиатрической клинической больницы №2 г. Баку, на базе которой функционировала кафедра психиатрии Медицинского Института.

В связи с финансовыми трудностями в республике, необходимость расширения коечного состава клиники Ф.А.Ибрагимбековым была разрешена весьма оригинальным способом, за счет внутренних ресурсов и реконструкции здания клинической больницы в течение одного года в клинике был построен третий этаж, в связи с чем коечный состав клиники почти удвоился, с 80 до 150 коек.

Минздрав Республики Ф.А.Ибрагимбекова одновременно назначил главным психиатром республики, в этот период по его инициативе и при его активном участии во втором промышленном центре республике г. Гяндже была организована городская психиатрическая больница на 100 коек, главным врачом

Гянджинской психиатрической больницы был назначен ассистент кафедры психиатрии А.С.Аскеров. Таким образом, в республике уже функционировало три психиатрические больницы: в г. Баку, одна в г.Гяндже и по одному психиатрическому диспансеру в каждом городе обеспечивающем население г. Баку и г. Гянджи как больничной, так и внебольничной психиатрической помощью.

В 30-е годы в Азербайджанском медицинском институте возникла необходимость открытия азербайджанского сектора для обучения студентов на родном языке и в этом деле под руководством Ф.А.Ибрагимбекова с участием ассистентов кафедры А.С.Аскерова и Т.Меликасланова, была разработана азербайджанская психиатрическая терминология, которая создала необходимые условия для преподавания психиатрии на азербайджанском языке.

В научном аспекте в области психиатрии Ф.А.Ибрагимбекова очень интересовали образы душевнобольных в произведениях классиков азербайджанской поэзии. В частности, им до тончайших штрихов проанализирован образ "Меджнуна" в поэме "Лейли и Меджнун" великого азербайджанского поэта XII века Низами Гянджеви.

Ф.А.Ибрагимбеков упорно занимался выполнением докторской диссертации по проблеме "Атипичные варианты маниакально депрессивного психоза (МДП)". В последующем развитии психиатрии ведущими психиатрами многих стран эти атипичные психозы были отнесены к благоприятно текущим шизоаффективным психозам. Доцент Ф.А.Ибрагимбеков был высоко эрудированным с тонким клиническим чутьем

врачом-психиатром. В республике много тысяч больных благодаря его врачебной деятельности получили избавление от тяжелой душевной болезни и бесконечно благодарны ему.

В 1948 году в самом зените творческой деятельности Ф.А.Ибрагимбеков также как его предшественники, профессор А.А.Перельман (1932 г.) и доктор Израилович (1937 г.) оказался жертвой политической репрессии, характерной для этого периода.

В 1952 г. Ф.А.Ибрагимбеков был реабилитирован, вернулся в Баку, начал активную творческую деятельность в области психологии. Ему было присвоено ученование профессора и был избран заведующим кафедрой психологии при Азербайджанском педагогическом институте иностранных языков. За короткое время проф. Ф.А.Ибрагимбеков завоевал большой авторитет среди психологов Азербайджана и был избран президентом Психологической Ассоциации Азербайджана. Можно с уверенностью сказать, что развитие важнейших разделов современной психологии: экспериментальная психология, социальная психология, психология личности темперамента, проблема билингвизма, связана с именем Ф.А.Ибрагимбекова.

Профессор Ф.А.Ибрагимбеков в формировании личности большое значение придавал общему уровню культуры общества и народа, он выдвинул весьма одобренный научным сообществом лозунг "Развитие общей культуры народов и наций спасет человечество". В связи с тем, что Ф.А.Ибрагимбеков возглавлял кафедру психологии в педагогических институтах иностранных и русского

языков, он в своей творческой научной деятельности особое внимание обращал на проблему билингвизма с позиции взаимодействия изучаемых языков и участие в этих процессах сознания индивида.

Другой не менее важной проблемой, которой занимался профессор Ф.А.Ибрагимбеков, является проблема научно обоснованного определения профессиональных склонностей растущей молодежи и юношества при помощи объективных экспериментально-психологических исследований.

Можно с уверенностью сказать, что в области психологии человека в мировой практике проблему разработки "национальных психологических тестов" впервые поднял профессор Ф.А.Ибрагимбеков.

Научная деятельность Ф.А.Ибрагимбекова в широком диапазоне охватывает все важнейшие разделы современной психологии: объективных экспериментально психологических исследований сложных психических функций: сознания, мышления и речи.

Профессор Ф.А.Ибрагимбеков своими интересными докладами представлял азербайджанскую психологическую науку на международных конгрессах в г. Амстердаме XVI, в г. Москве XVIII, в г. Лондоне XIX и в г. Токио XX. На этих конгрессах Ф.А.Ибрагимбекову было доверено председательство в ряде пленарных и секционных заседаний, где обсуждались самые сложные проблемы современной психологии.

Важное значение Ф.А.Ибрагимбеков придавал делу преподавания психологии в высших учебных заведениях

республики, он является одним из авторов фундаментального учебника по психологии на азербайджанском языке.

Большие заслуги Ф.А.Ибрагимбекова и в том, что он также является создателем психиатрических терминов на азербайджанском языке, что важно было для организации преподавания психиатрии на азербайджанском языке в медицинском институте.

За выдающиеся заслуги в области развития психологической науки, подготовки высококвалифицированных научно-педагогических кадров республики, профессор Ф.А.Ибрагимбеков правительством был награжден орденом "Знак почета", почетной грамотой Верховного Совета Республики, ему было присуждено почетное звание "Заслуженного врача".

Большое научное наследие, которое оставил проф. Ф.А.Ибрагимбеков в области психологии, в настоящее время успешно продолжается дочерью, доцентом Р.Ф.Ибрагимбековой и его много-

численными учениками в республике и за ее пределами.

Профессор Ф.А.Ибрагимбеков происходит из древней династии известных Шемахинских аристократических семей Ибрагимбековых. Аристократическая династия Ибрагимбековых дала республике множество ярких талантливых ученых, писателей, драматургов, деятелей кинематографии, которые прославляют азербайджанскую культуру и науку, поднимая их на высокий международный уровень.

В день 100-летнего юбилея со дня рождения профессора Ф.А.Ибрагимбекова, еще раз подчеркивается, что он со своими яркими, содержательными докладами на Всемирных Конгрессах, симпозиумах в области психологии заслужил всеобщее признание его, как одного из выдающихся психологов XX века, в связи с чем Азербайджанская научная общественность имеет право гордиться своим всемирно известным ученым профессором Ф.А.Ибрагимбековым.

А.А. Абаскулиев
Почетный президент Психиатрической Ассоциации Азербайджана, Заслуженный деятель науки профессор

И.А. Сеидов
Кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии Бакинского Государственного Университета

**НАУЧНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ
В 2001- 2003 гг.**

ХІІІ-я Международная Конференция Общества Психиатров Пакистана -
Январь 25-28, 2001, Исламабад, Пакистан

**Европейский научный семинар - Перспективы по исследованию
расстройств приема пищи -** Февраль 15 -17, 2001, Рим, Италия

Симпозиум Европейской Ассоциации Психиатров по психиатрии развития

-
Апрель 5-7, 2001 Лисабон, Португалия

**Симпозиум по детской психиатрии - Апрель 29 - Май 3, 2001, Иерусалим,
Израиль**

7-я Европейская Конференция по Травматическому Стрессу - Май 26-29,
2001, Эдинбург, Шотландия

Международная Конференция по Синдрому Тоуретта - Июнь 1-2, 2001,
Торонто, Канада

ІV Европейская конференция с по Семейной Психотерапии - Июнь 27-
30, 2001, Будапешт, Венгрия

7-й Всемирный Конгрес по Биологической Психиатрии - Июль 1-6, 2001,
Берлин, Германия

**Ежегодная Встреча Королевского Общества (Колледжа) Психиатров и
Европейская Региональная Встреча ВПА -** Июль 9-13, 2001, Лондон,
Англия

XXVI Ассамблея Всемирной Федерации Психического Здоровья - Июль 22-
27, 2001, Ванкувер, Канада

Первый Международный Конгресс по уменьшению стигматизации и дискриминации больных шизофренией - Сентябрь 2-5, 2001, Лейпциг, Германия

Региональный конгресс по нейропсихофармакологии - Сентябрь 20-23, 2001,
Будапешт, Венгрия

3-я Международная Конференция по синтезу психотерапии и психофармакологии - Сентябрь 9-12, 2001, Тель-Авив, Израиль

Европейский конгресс с ВПА - Сентябрь 30-Октябрь 4, 2001, Мадрид, Испания

Всемирный конгресс по неотложной психиатрии - Ноябрь 7 - 10, 2001,
Барселона, Испания

4-й Международный Конгресс с по Нейропсихиатрии - Апрель 28-Май 2, 2002, Иерусалим, Израиль

II-й Конгресс с Ассоциации Европейских Психиатров - Май 4-8, 2002,
Стокгольм, Швеция

24-я Европейская Конференция по Психосоматическим исследованиям -
Июнь 19-22, 2002, Лиссабон, Португалия

XII Всемирный Конгресс по Психиатрии - Август 24-29, 2002, Йокагама,
Япония

15-й Конгресс по Нейропсихофармакологии - Октябрь 5-9, 2002, Барселона,
Испания

Симпозиум Европейской Ассоциации Психиатров по исследованию памяти -
Апрель 16-19, 2003, Рим, Италия

Для получения регистрационных форм на указанные мероприятия просим обращаться к Секретарю по Международным Связям АзПА - Исмайлову Ф.Н.