Т. І. Цяцеркіна[1,2], В. У. Корсак[2]

ПРАСТОРАВА-ЧАСАВАЯ ТЭОРЫЯ ПСІХІЧНАГА ЗДАРОЎЯ І ЯГО РАССТРОЙСТВАЎ: ХАРАКТАРЫСТЫКА ПРАСТОРАВА-ЧАСАВЫХ МАДЭЛЯЎ АФЕКТЫЎНЫХ РАССТРОЙСТВАЎ. *Частка 2*

ДУ «Рэспубліканскі навукова-практычны цэнтр псіхічнага здароўя»[1],
НМУ «Рэспубліканскі цэнтр праблем чалавека»
Беларускага дзяржаўнага ўніверсітэта[2]

Асноўныя клінічныя праявы афектыўных расстройстваў прадстаўлены ў выглядзе сімптомакомплексаў парушенняў індывідуальнай прасторы, вектара індывідуальнага часу, тэмпу яго руху і фізічных якасцяў часавай спіралі. Сцвярджаецца, што клінічныя сімптомы афектыўных расстройстваў абумоўлены выяўленымі прасторава-часавымі парушэннямі і, як маючыя фізічную аснову, могуць быць вымераны ў адпаведных велічынях. Выкрыты механізмы ўзнікнення атыповых клінічных праяваў афектыўных расстройстваў. Выпрацаваны рэкамендацыі па вядзенні і лячэнні пацыентаў.

Ключавыя словы: *індывідуальныя прастора і час, афектыўныя расстройствы, мадэлі свядомасці.*

Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак

ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ТЕОРИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЕГО РАССТРОЙСТВ: ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННЫХ МОДЕЛЕЙ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ. *Часть 2*

Основные клинические проявления аффективных расстройств представлены в виде симптомокомплексов нарушений индивидуального пространства, вектора индивидуального времени, темпа его движения и физических качеств временно́й спирали. Утверждается, что клинические симптомы аффективных расстройств обусловлены выявленными пространственно-временными нарушениями и, как имеющие физическую основу, могут быть измерены в соответствующих величинах. Вскрыты механизмы возникновения атипичных клинических проявлений аффективных расстройств. Разработаны рекомендации по ведению и лечению пациентов.

Ключевыя слова: *индивидуальные пространство и время, аффективные расстройства, модели сознания.*

Репозиторий

T. I. Tsiatserkina, V. U. Korsak

THE SPACE AND TIME THEORY OF MENTAL HEALTH AND ITS DISORDERS: CHARACTERISTICS OF SPATIO-TEMPORAL MODELS OF AFFECTIVE DISORDERS.

The part 2

The main clinical manifestations of affective disorders are presented in the form of symptom complexes of individual space, the vector of individual time, the rate of its movement and the physical qualities of the temporal spiral violations. It is argued that the clinical symptoms of affective disorders are due to the identified spatio-temporal disturbances and as having a physical basis can be measured in proper quantities. The mechanisms of occurrence of atypical clinical manifestations of affective disorders have been revealed. Recommendations for the management and treatment of patients have been developed.

Key words: *individual space and time, affective disorders, models of consciousness.*

У частцы 1 прадстаўленага раздзела прастора-ва-часавай тэорыі псіхічнага здароўя і яго расстройстваў вывучаны парушэнні дынамікі асіметрыі прасторава-часавых мадэляў афектыўных расстройстваў (АР) і ўстаноўлена сувязь паміж зменамі індывідуальных прасторы і часу пацыентаў і клінічнымі праявамі «класічных» маніі (М) і дэпрэсіі (Д).

Мэта даследавання – выявіць клінічныя адпаведнікі прасторава-часавых парушэнняў пры АР, раскрыць механізмы парушэнняў дынамікі зменаў індывідуальных прасторы і часу з праекцыяй на клінічную сімптаматыку атыповых АР дзеля ўдасканалення працэсу маніторынга псіхічнага стану пацыентаў, тактыкі іх вядзення і лячэння.

Задачы даследавання:

1 – выявіць клінічныя прызнакі-маркёры парушэнняў індывідуальных прасторы і часу пацыентаў з АР,

2 – вывучыць прасторава-часавыя механізмы фарміравання атыповай клінічнай сімптаматыкі АР,

3 – абгрунтаваць тактыку вядзення і лячэння пацыентаў з М і Д з улікам сутачных зменаў іх індывідуальных прасторы і часу.

Матэрыялам даследавання паслужылі вынікі клінічных назіранняў за 54 пацыентамі з маніяй (М), сярод іх – 22 з атыповымі яе праявамі; 79 пацыентамі з дэпрэсіяй (Д), 11 з іх – з атыповай дэпрэсіяй (АД); 49 пацыентамі з біпалярным афектыўным расстройствам (БАР), у т.л., 10 – з хуткім чаргаваннем афектыўных фаз. Усе пацыенты даследаваны выпадковай выбаркай у аддзяленнях РНПЦ псіхічнага здароўя.

Асноўным **метадам даследавання** з'явіўся метад клінічнага аналізу з акцэнтаваннем увагі на прызнаках, якія магуць служыць сімптомамі-маркёрамі дынамічных парушэнняў індывідуальных прасторы і часу пацыентаў з АР.

Як і ў папярэдніх частках прадстаўленай тэорыі, асноўнай метадалогіяй даследавання выступіў агульнанавуковы прынцып сіметрыі [1; 2].

Намі выдзелены асноўныя клінічныя праявы парушэнняў індывідуальных прасторы і часу пацыентаў з АР.

1. Клінічныя праявы парушэнняў індывідуальнай прасторы.

Пры маніі адной з аб'ектыўных клінічных праяваў павелічэння індывідуальнай прасторы з'яўляецца інтэнсіўная прасторавая экспансія пацыентаў, якая выражаецца ў павелічэнні адлегласці іх перамяшчэнняў, значна перавышаючай межы звычайнай, што мела месца да развіцця расстройства. Засвойваючы тэрыторыі ўсё большай адлегласці, пацыенты атаясамліваюць іх са сваёй прасторай.

Празмерная амплітуда рухаў разам з частай зменай палажэння цела ствараюць вонкавае ўражанне, што пацыенты займаюць сабою многа месца там, дзе яны знаходзяцца. Тактыльная частка іх індывідуальнай прасторы дасягае межаў кінестэтычнай (г. зн. павялічваецца за конт большай амплітуды рухаў), а апошняя становіцца распасцёртай на вялікія далячыні.

Адначасова павялічваецца кола кантактаў пацыентаў, скарачаецца дыстанцыя зносінаў; пры гэтым сувязі з іншымі людзьмі губляюць спарадкаванасць. Несуразмернасць індывідуальнай прасторы з вонкавай рэальнасцю прыводзіць да канфліктаў пацыентаў з прыродным і сацыяльным атачэннем і да частага фізічнага траўмавання.

Сярод саматычных сімптомаў парушэнняў індывідуальнай прасторы пераважаюць болі распіральнага характару адначасова ва многіх унутраных органах з адчуваннем іх павелічэння, але яны могуць маскіравацца прыўзнятым афектам.

У пацыентаў з Д індывідуальная прастора змяншаецца. Пры гэтым экстракарпаральная прастора нівялюецца, у выніку чаго асабістая прастора зводзіцца да карпаральнай. Але і апошняя памяншаецца па меры ўбывання масы цела пацыентаў і становіцца безаабароннай для знешніх уздзеянняў. Кантакты пацыентаў з навакольным светам спыняюцца. Яны перастаюць чэрпаць з асяроддзя неабходныя для падтрымання жыцця матэрыяльныя і духоўныя рэсурсы.

Рухі пацыентаў мінімізуюцца. Большую частку сутак яны сядзяць у сагнутым палажэнні з апушчанай галавой або ляжаць, займаючы мінімальнае месца

ў прасторы. Іх целы як быццам прыціснуты ўніз пад цяжарам атмасфер. Гэтым ціскам намі тлумачацца паналгіі, характэрныя менавіта для гэтай групы сімптомаў Д.

2. Клінічныя праявы парушэнняў вектара індывідуальнага часу.

Пры М індывідуальны час пацыентаў рухаецца ў адным кірунку – наперад і ўверх. Ранішная фаза пераходу да няспання доўжыцца для пацыентаў на працягу тыдняў. У выніку цыкл сон–няспанне знікае, паколькі з яго выпадаюць фазы няспання, пераходу да сну і ўласна сон.

Аднанакіраваная праца часавай спіралі выклікае непамерную генерацыю ўнутранай энергіі. Пацыенты праяўляюць празмерныя жвавасць, рухомасць, актыўнасць.

Яны могуць спажываць шмат ежы, але з-за высокіх энергетычных тратаў не набіраюць вагі. Становяцца «лёгкімі на *пад'ём*», легкадумнымі, хапаюцца за ўсемагчымыя заняткі, часта абірачы тыя, у якіх насамрэч можна спытаць станы бязважкасці, палёту.

Уздым часавай спіралі ўверх суправаджаецца *ўздымам* ва ўсіх сферах – рухальнай, эмацыйнай, валявой (у форме гіпербуліі), мысліцельнай, сексуальнай. Настрой пацыентаў прыўзняты, думкі накіраваны наперад, у будучы час.

У пацыентаў з Д на працягу сутак мае месца аднанакіраваны рух часу назад і ўніз. У выніку вечаровая фаза пераходу да сну можа зацягвацца на месяцы, а сам начны сон, ранішная фаза пераходу да няспання і дзённае няспанне з цыклу сон–няспанне выпадаюць.

Часавая спіраль пацыентаў, вяла рухаючыся ўніз, перастае выпрацоўваць энергію. Тым самым перадвызначаюцца анергія, адынамія, адсутнасць агульнага тонусу, жыццёвых патрэбаў есці, піць, рухацца, атрымоўваць задавальненні. Зніжаецца ўзровень псіхічнага функцыянавання, што знаходзіць выражэнне ва ўпадку рухальнай, эмацыйнай, валявой (у форме гіпабуліі), мысліцельнай, сексуальнай сферах. Характэрны тужлівы настрой і накіраванасць думак у мінулае.

У сваіх саматычных адчуваннях пацыенты па меры паглыблення Д усё больш фіксіруюцца на ніжніх частках свайго цела, рук і ног.

3. Клінічныя праявы парушэнняў тэмпу руху індывідуальнага часу.

У пацыентаў з М парушэнні тэмпу руху індывідуальнага часу заключаюцца ў прагрэсіўным павелічэнні яго хуткасці. Яны праяўляюцца паскарэннем рухаў і псіхічнай дзейнасці да ступені іх дэзарганізацыі. Пацыенты не ўтрымліваюцца на месцы, становяцца неўтаймаванымі, імпульсіўнымі. Іх думкі нібыта скокаюць па грэбнях віткоў часавай спіралі: пачаўшыся, не паспяваюць скончыцца, як адразу набягаюць новыя. Пры такой хуткасці зменаў падзей пацыенты губляюць здольнасць да канцэнтрацыі ўвагі. Эмоцыі становяцца празмернымі, ператвараюцца ў афекты, якія могуць даходзіць да станаў экстазу, або хутка змяняюцца.

Паскарэнні індывідуальнага часу выклікаюць перагрузкі ў арганізме пацыентаў (як у касманаўтаў пры ўзлёце), аднак з-за іх адноснай кароткачасовасці і прыўзнятага афекту звычайна даволі лёгка пераносяцца.

Пры Д замест натуральнага паскарэння свабоднага руху часу ўніз у выніку звужэння індывідуальнай прасторы адбываецца запавольванне тэмпу хады індывідуальнага часу, што сканчваецца яго «застоем». Гэта знаходзіць выражэнне ў прагрэсіўным памяншэннем хуткасці рухаў, мыслення і ў нівеляванні эмоцый да развіцця дэпрэсіўнага ступару.

З самага пачатку расстройства з прычыны запавольвання індывідуальнага часу ў пацыентаў павялічваюцца саматычныя сімптомы перагрузак, якія выражаюцца адчуваннем сціскаючых боляў, цяжару ва ўнутраных ворганах і іх змяшчэння ўніз.

4. Клінічныя праявы парушэнняў фізічных якасцяў часавай спіралі.

У пацыентаў з М часавая спіраль звышпруткая. Пастава пацыентаў выпрастаная, у вертыкальным палажэнні яны знаходзяцца большую частку сутак.

Часавая спіраль працуе не толькі як генератар энергіі, але, верагодна, і як воданапорны механізм. Пруткасць спіралі звязана з гэтым напорам. Узрастанне паступлення вадкасці ў арганізм пацыентаў выражаецца павышэннем іх жыццёвага тонусу (*«жыццё б'е фантанам»*). Насычанасць арганізма вадой праяўляецца бляскам вачэй, высокім тургарам скуры.

Часавая спіраль ***пацыентаў з Д*** вялая, абвіслая, бяздзейная. Адсутнасць напору вызначае зніжэнне жыццёвага тонусу. Характэрныя патухлы позірк, сухасць скуры і слізістых абалонак. Калі не працуе воданапорны механізм, то, як у звужаючымся сасудзе, у арганізме чалавека ўзнікае застой. Адсюль, магчыма, затрымкі мачы і запоры. Такі самы «застой» праяўляецца і ў псіхічным жыцці пацыентаў.

Усе пералічаныя праявы АР, як маючыя фізічную аснову*, падлягаюць вымярэнню ў адпаведных велічынях,* якія могуць быць уведзены ў склад неабходных для кантролю дынамікі стану пацыентаў.

Наяўнасць **псіхатычнай сімптаматыкі** АР з'яўляецца маркёрам знаходжання свядомасці пацыентаў бліжэй да крайніх пазіцый прасторава-часавай мадэлі, а ступарозных станаў – знакам іх дасягнення. Яны сведчаць аб такіх парушэннях паскарэння або запавольвання індывідуальнага часу, пры якіх усялякі свядомасны кантроль над псіхічнай дзейнасцю становіцца немагмымым і ўзнікае поўная неадпаведнасць сусветным прасторава-часавым працэсам.

У сувязі з розным разуменнем феномена **атыповасці АР** выкажам некаторыя нашы меркаванні аб прасторава-часавых механізмах яе фарміравання.

Калі разглядаць як атыповыя тыя феномены, што не ўкладаюцца ў асноўную логіку фарміравання АР,

Репозиторий БГМУ

то ў першую чаргу варта звярнуць увагу на **змяшаныя** афектыўныя станы. Лічыцца, што пры змяшаных афектыўных эпізодах адзін або два з элементаў трыяды – настрой, рухальная актыўнасць, мысленне – мяняюць свой полюс у дачыненні да асноўнага расстройства, фарміруючы адрозную ад звычайнай клінічную карціну. Але простае змяшэнне сімптомаў рознай полюснасці ў межах генеральнай лініі цячэння часу ўсяго расстройства ўяўляецца сумніўным. Паколькі *час аднамомантава ў розных кірунках рухацца не можа*, то на фоне яго няспыннага ходу ў адзін бок наўрад ці магчымыя парцыяльныя яго «адкаты» у зваротным напрамку. Больш верагоднае тлумачэнне заключаецца ў тым, што ў межах М і Д эпізодаў на пэўных участках часавай спіралі могуць адбывацца павелічэнне або памяншэнне хуткасці індывідуальнага часу *без змены яго асноўнага кірунку*. Адны са складнікаў класічнай трыяды могуць рэагаваць на такія змены ў большай ступені за іншыя. Напрыклад, пры ўзнікненні ўчасткаў памяншэння паскарэння на фоне агульнага ходу індывідуальнага часу ўверх рухальная актыўнасць пацыентаў з Д запавольваецца, пры гэтым развіваецца затарможаная М. У выпадку ўзнікнення ўчасткаў памяншэння запаволення на фоне цячэння часу ўніз можа ўзнікаць эфект кароткачасовага паскарэння (бо «–» на «–» дае «+»), якое праяўляецца рухальнай ажытацыяй. Але пры гэтым сапраўднага змяшэння сімптомаў, прыналежных розным афектыўным палюсам, не адбываецца, бо індывідуальны час пацыентаў *застаецца аднанакіраваным.*

Іншая сітуацыя складаецца ў дачыненні да **атыповай дэпрэсіі** (АД), якая па сваёй фенаменалогіі патрабуе асобнага разгляду

У пачатку свайго развіцця расстройства ахоплівае вобласць легкай дэпрэсіі (лД), дзе час накіраваны ўніз, і супрацьлеглую ёй – гіпаманіі (гМ), дзе час накіраваны ўверх. Адметнасцю з'яўляецца спалучэнне ў адным афектыўным эпізодзе сімптомаў запавольвання часу, адпаведных лД, і сімптомаў яго паскарэння, адпаведных гМ, якія могуць быць растлумачаны толькі хуткімі паваротамі індывідуальнага часу з аднаго боку ў другі. Акцэнтуем тыя прасторава-часавыя аспекты, якія дазваляюць праясніць механізм фарміравання дадзенага расстройства.

Пры тым, што дамінуючым для яго з'яўляецца «вечаровы» патэрн індывідуальных прасторы і часу, невялікая выражанасць Д дапускае пэўную захаванасць сутачнага цыклу сон–няспанне пацыентаў на пачатку развіцця расстройства. На фоне дамінуючага на працягу сутак нярэзка выражанага стану пераходу да сну індывідуальныя прастора і час увечары могуць набліжацца да кропкавай пазіцыі, у выніку чаго магчымы надыход неглыбокага сну. Чуллівасць пацыентаў да ранішнага сусветнага імпульсу прыводзіць да абуджэння малаінтэнсіўнага руху часу па спіралі, пачатку яе разгортвання і выпрацоўкі невялікай колькасці ўнутранай энергіі. Гэта дае магчымасць пацыентам зранку ўзняцца і, хаця і з цяжкасцю, пачаць выконваць штодзённую працу. Але ўжо з самага пачатку новых сутак яны адчуваюць стомленасць, а іх настрой застаецца зніжаным.

Дадатковая стымуляцыя з боку знешніх, асабліва ў першых эпізодах, – эмацыйна значных station ўчых, а затым – і адмоўных раздражняльнікаў, патэнцыруе дзеянне ранішняга імпульса, што прыводзіць да імгненнага разгортвання часавай спіралі да вобласці гМ, выклікаючы павышаную генерацыю энергіі з завяршаючым «выбуховым» яе выкідам. Клінічна гэта праяўляецца кароткачасовым павышэннем настрою з актывізацыяй рухальных дзеянняў і мыслення або афектыўнымі разрадамі ў выглядзе празмернай радасці або дысфарыі з экстрапунітыўнымі рэакцыямі.

Звышпаскарэнне індывідуальнага часу пры руху яго ўверх па спіралі мае вынікам з'яўленне фізічных перагрузак, сярод саматычных праяваў якіх найбольш характэрна адчуванне «свінцовай» цяжкасці ў руках і нагах.

Пасля вычэрпвання зададзенага зараду энергі і індывідуальны час скочваецца па спіралі назад і ўніз з дастаткова вялікай вышыні, набываючы паскарэнне свабоднага падзення да ніжэйшага за папярэдні ўзровень часавай спіралі, які адпавядае больш выражанай Д у параўнанні з зыходнай. Пасля гэтага пацыент не спіць, а знаходзіцца ў дрымотным «вечаровым» стане. З наступленнем раніцы ён адчувае велізарную стомленасць і на працягу дня імкнецца да прыняцця гарызантальнага палажэння. У іншым варыянце такі імклівы рух можа спыніцца дасягненнем кропкавай пазіцыі індывідуальных прасторы і часу з наступленнем працяглага сну.

Нагадаем, што гэтыя працэсы адбываюцца *ў дзённы час*, што азначае значныя парушэнні цыклу сон–няспанне і абсалютную неканкардантнасць з сусветнымі працэсамі. Пасля кожнай наступнай падобнай падзеі становішча пацыентаў усё больш пагаршаецца.

Такія ваганні ў межах афектыўнага эпізоду ўзнікаюць шматкротна. Яны патрабуюць значных энергетычных выдаткаў, якія рэалізуюцца за конт празмернага ўжывання пацыентамі харчовых прадуктаў. Гэты чыннік і працяглая адынамія спрыяюць павелічэнню масы цела.

Такім чынам, у аснове дадзенага расстройства палягаюць такія прасторава-часавыя змены, якія абумоўліваюць звышхуткія і неспарадкаваныя чаргаванні рознанакіраваных афектыўных фаз у сутачным цыкле сон–няспанне. Апошнія клінічна праяўляюцца не змяшэннем палярных клінічных сімптомаў паводле такой іх кваліфікацыі ў МКБ-10, а фарміраваннем іх новай якасці, адпаведнай узнікненню іншай прасторава-часавай рэальнасці. Яна патрабуе нетрадыцыйных падыходаў да вядзення і тактыкі лячэння пацыентаў з АР.

У прыведзенага пункту гледжання выпадкі БАР, у якіх адзначаецца двухнакіраванасць ходу індыві-

Репозиторий БГМУ

дуальнага часу ў адным эпізодзе, а таксама іх малая курабельнасць і больш неспрыяльны, чым пры «класічных» АР, прагноз, можна аднесці да атыповых расстройстваў.

У дынаміцы развіцця расстройстваў прасторава-часавыя мадэлі АР мадэлі могуць мяняцца шляхам уключэння фрагментаў іншых форм, з адпаведнымі зменамі кірунку, траекторыі, хуткасці цячэння часу і формы часавай спіралі, што суправаджаецца з'яўленнем іншых клінічных сімптомаў, часта не кангруэнтных тым, якія існавалі папярэдне.

Пры ўсіх тыповых і нетыповых АР індывідуальны час захоўвае спіральную канфігурацыю. Калі на часавай спіралі з'яўляюцца ўчасткі яе ўшчыльнення, або ўся спіраль становіцца больш шчыльнай і жорсткай, як пры трывожных расстройствах, то гэта адбіваецца на зменах індывідуальнай прасторы і хуткасці цячэння індывідуальнага часу. Таму, як гэта казалася намі трывога «ратуе» пацыентаў ад упадання ў цяжкую Д [4]. У выпадку з'яўлення фрагментаў дэфармацыі часавай спіралі ўзнікае новы якасны статус расстройства ў выніку ўзаемаперапляцення сімптомаў АР і шызафрэніі.

Несумненна, на заканамернасці фарміравання парушэнняў функцыянавання тыповых прасторава-часавых мадэляў АР аказваюць уплыў і прэмарбідныя характэрыстыкі індывідуальных прасторава-часавых мадэляў пацыентаў.

Тактыка вядзення і лячэння пацыентаў з АР з улікам іх прасторава-часавай арганізацыі

Зыходзячы з пункту гледжання на АР як маючых вытокі ў парушэннях дынамічнай прасторава-часавай арганізацыі цыклу сон–няспанне, галоўная мэта, якая павінна быць пастаўлена перад псіхіятрамі – узнавіць прэмарбідны патэрн гэтага цыклу з усімі належнымі яму фазамі, г. зн. – прывесці парушаныя індывідуальныя прастору і час пацыентаў у адпаведнасць з сусветнымі працэсамі.

Як ужо казалася, ***пры развіцці М*** індывідуальны час рухаецца са значным паскарэннем наперад і ўверх. Калі зрабіць спробу спыніць гэты ход у кароткія тэрміны, у пацыента з высокай верагоднасцю разаўюцца моцныя фізічныя перагрузкі саматычнымі скаргамі або стан ступару. Для ўзнаўлення фаз цыклу сон–няспанне, якія выпадаюць пры М, перш за ўсё неабходна стабілізаваць працэс празмернага разгортвання часавай спіралі і выпрацоўкі лішкаў энергіі ў дзённы час, што можна зрабіць прызначэннем стабілізатараў настрою – нармацімічных лекавых сродкаў.

Пасля стабілізацыі хуткага цячэння індывідуальнага часу неабходна дасягнуць яго запавольвання, каб перавесці пацыента ў «вечаровы» стан. Лёгкую санлівасць можна выклікаць з малымі дозамі снатворных сродкаў.

Наступным крокам павінна быць нармалізацыя стабільнага, дастаткова глыбокага сну з дамарбіднай працягласцю з дапамогай больш высокіх доз снатворных сродкаў.

Неабходна падкрэсліць, што гэтыя крокі выконваюцца паслядоўна пасля дасягнення мэты кожнага з іх і ў строгай адпаведнасці з перыядамі сутак.

У ранішні час на досвітку трэба стварыць умовы недаступнасці ўздзеяння на пацыентаў сусветнага імпульсу, г. зн. – забяспечыць іх ізаляцыю ад святла, знешніх гукаў, іншых фізічных уздзеянняў і ад эмацыйна значных стымулаў.

Пасля прачынання і на працягу сутак трэба забараніць пацыентам з М рабіць зарадку, прымаць шмат вадкасці, каларыйную ежу і танізуючыя напоі, абмежаваць паступленне вялікай колькасці новай інфармацыі.

На выхадзе з М, калі час пацыентаў змяніў свой кірунак, паскарэнне свабоднага падзення не пагражае стану пацыентаў, таму дозы прыему нармацімічных і снатворных сродкаў можна асцярожна паменшыць і давесці да дастатковых для прадухілення пераходу ў Д.

Карэкцыі саматычных сімптомаў пры эпізодах М, якія для пацыентаў звыкла скончваюцца рэмісіямі, у большасці выпадкаў не патрабуецца, але пры іх узнікненні трэба мець на ўвазе іх найбольш верагоднае паходжанне ад фізічных перагрузак, што могуць ўзнікаць пры зменах велічыняў паскарэння індывідуальнага часу. У такіх выпадках можна дазволіць пацыентам больш часу знаходзіцца ў гарызантальным або напаў гарызантальным палажэнні.

Напэўна, кожнага псіхіятра, які займаецца лячэннем ***пацыентаў з Д***, бянтэжыць сітуацыя з адстаўленым у часе эфектам дзеяння антыдэпрэсантаў. Гэта азначае, што пры развіцці Д адбываюцца такія працэсы, якія немагчыма спыніць, пакуль яны не вычарпаюць сябе. Такім з'яўляецца ход індывідуальнага часу пацыента ў зваротны бок, які ў натуральных умовах можна павярнуць наперад толькі пасля памяншэння энергетычных рэсурсаў арганізма да пэўнага ўзроўню, спынення ходу часу назад і дасягнення кропкі сну. Пакуль *час пацыента ідзе назад, прызначэнне антыдэпрэсантаў з'яўляецца нерацыянальным.* Больш за тое, увод у арганізм пацыентаў антыдэпрэсантаў з *седацыйным дзеяннем* на этапе развіцця Д можа справакаваць паскарэнне яго хуткасці («–» на «–» дае «+») з рэзкім узмацненнем саматычнага эфекту перагрузак, са *стымулюючым* – яшчэ большае паскарэнне запавольвання («+» на «–» дае «–») і больш глыбокае ўпаданне ў Д. Таму месца антыдэпрэсантаў у нашай схеме лячэння не вызначана і патрабуе ўдакладнення. Пакуль намі выяўлена іх адмоўная роля пры ўмяшальніцтве ў працэсы запавольвання і паскарэння часу пацыентаў на этапах развіцця расстройства і выхаду з яго.

Безвыніковым могуць быць і занадта настойлівыя спробы жыўлення ежай і насычэння вадкасцю пацыентаў з выражанай Д напачатку лячэння, паколькі іх часавая спружына, віткі якой рухаюцца назад

і ўніз, у якасці генератара энергіі працаваць не здольная, а вадкасць не толькі не засвойваецца, а нават выціскаецца з арганізма пацыента. Павінны быць наладжаны дробныя выкормліванне высокакаларыйнай ежай і выпойванне вадкасцю з паступовым павышэннем аб'ёмаў спажывання рэчываў. Інфузійную тэрапію таксама нельга праводзіць масіўнымі «уліваннямі», а спачатку малымі порцыямі павольна на працягу светлавога дня. Паступова аб'ёмы вадкасці павінны павялічвацца, а інфузіі – праводзіцца пераважна ў ранішны час.

У рэчышчы нашай тэорыі лячэнне пацыентаў з Д, якія знаходзяцца ў «вечаровым» дрымотным стане без пераходу ў фазу сну, з мэтай дасягнення апошняга і для прадухілення ранніх прабуджэнняў трэба пачынаць з прызначэння снатворных сродкаў з індывідуальным падборам доз.

Аднак з надыходам моманту прабуджэння ў ранейшы, звычайны для пацыентаў час, неабходна ўвесці дадатковую да натуральнай ранішную стымуляцыю, якая падштурхоўвае разгортванне часавай спіралі наперад і ўверх. У лёгкіх выпадках гэтаму можа дапамагчы спецыяльная мадуляцыя рухаў пацыентаў. У больш цяжкіх – становяцца неабходнымі імпульсныя фізічныя ўздзеянні: светлавая, гукавая, электрычная, магнітная стымуляцыя, пры недастатковасці іх эфекту – ЭСТ. У выпадку развіцця дэпрэсіўнага ступару апошняя павінна праводзіцца ў больш раннія тэрміны.

Прынамсі, толькі пасля паспяховасці гэтых захадаў мэтазгодна пачаць лячэнне антыдэпрэсантамі.

Не рэкамендуецца адразу прымушаць пацыента з цяжкой Д рухацца, паколькі ў гарызантальным палажэнні, якое пацыенты прымаюць інстынктыўна, лягчэй пераносяцца перагрузкі, выкліканыя запавольваннем або паскарэннем індывідуальнага часу. Так, пацыенты з атыповай Д, дзе такія перагрузкі значныя, большую частку сутак вымушана праводзяць у ляжачым палажэнні. Рухальную актывізацыю пацыентаў варта праводзіць паступова, пачаўшы з пераводу іх у палажэнне напаўлежачы. У дзённы час актыўных узнаўляльных мерапрыемстваў праводзіць не трэба, бо гэты перыяд найбольш спрыяльны для стабілізацыі эфекту, дасягнутага на кожным новым узроўні пад'ёму часавай спіралі. На вечар варта пакінуць толькі медыкаментознае лячэнне.

На выхадзе з Д, калі індывідуальны час змяніў свой кірунак на прамы, дозы антыдэпрэсантаў, калі яны прызначаліся, мэтазгодна паменшыць, бо паскораны выхад з дэпрэсіўнага стану таксама можа выклікаць саматычныя перагрузачныя эфекты і, у выніку разгону індывідуальнага часу, – пераход у М.

Каб пазбегнуць апошняга, пацыентам з Д неабходна прызначэнне нармацімічных сродкаў. Паколькі яны, як мяркуецца, не запавольваюць, а стабілізуюць індывідуальны час, іх рэкамендуецца прымяняць пры М на ўсіх яе этапах, пры хуткім развіцці Д і хуткім выхадзе з яе, а таксама пры атыповай Д.

Пажадана змяшчаць пацыентаў з АР у асобныя палаты, або у адной палаце павінны знаходзіцца пацыенты, якім на кожным з этапаў развіцця расстройства неабходна ствараць падобныя ўмовы ўтрымання.

Пры АР крайне важным з'яўляецца **маніторынг** стану пацыентаў з фіксацыяй дадзеных назірання за пацыентамі (а ў перспектыве – змена адпаведных фізічных паказнікаў) ва ўсіх чатырох перыядах сутак і на працягу ўсяго афектыўнага эпізоду. Толькі такім чынам можна занатаваць моманты зменаў клінічных прызнакаў-маркёраў у той ці іншы бок, што дазволіць выявіць прадвеснікі зрухаў у індывідуальных прасторы і часе, каб своечасова адрэагаваць на іх.

Такім чынам, усе клінічныя праявы АР, па сутнасці, з'яўляюцца сімптомакомплексамі парушаных індывідуальных прасторы і часу пацыентаў. Але асобна намі выдзелены клінічныя феномены парушэнняў уласна індывідуальнай прасторы, вектара індывідуальнага часу, тэмпу руху індывідуальнага часу і механічных якасцяў часавай спіралі. Прыналежныя ім аб'ектыўныя клінічныя сімптомы з'яўляюцца галоўнымі паказчыкамі індывідуальных прасторава-часавых парушэнняў у пацыентаў з АР. На аснаванні выяўленых клінічных прызнакаў-маркёраў можа быць ўзноўлена і візуалізавана актуальная прасторава-часавая мадэль кожнага пацыента з АР.

Усе адзначаныя парушэнні як маючыя фізічную аснову (а не ўзнікаюць з «самой псіхікі») падлягаюць вымярэнню ў фізічных велічынях, канкрэтызацыя якіх стане падставай для аб'ектывізацыі клінічных зменаў і правядзення маніторынгу паталагічнага працэсу ў пацыентаў з АР.

Аўтарамі выкрыты механізмы фарміравання атыповасці ў клінічнай карціне АР, дзе мае месца дысацыяцыя асноўных структурных элементаў М і Д, якія па знешніх прыкметах кваліфікуюцца як іншаполюсныя ў дачыненні да тыповых праяваў. Паколькі час аднамомантава ў розных кірунках рухацца не можа, то яны, найбольш верагодна, выкліканы ўзнікненнем участкаў кароткатэрміновага паскарэння або запавольвання руху часу *пры захаванасці вектара* яго асноўнага ходу. У супрацьлегласць гэтаму падчас эпізоду Д, якую называюць атыповай, маюць месца хуткія *змены кірунку індывідуальнага часу*, што прыводзяць да прагрэсіравання сутачнай прасторава-часавай неспарадкаванасці і значнага разладу з сусветнымі працэсамі. І калі першыя, якія адносяцца да парушэнняў тэмпу індывідуальнага часу, толькі па вонкавых праявах можна назваць змяшанымі, то ў другім выпадку звышардынарныя парушэнні вектара індывідуальнага часу вядуць не проста да змяшэння сімптомаў, а да фарміравання новай якасці клінічнай сімптаматыкі.

Можна меркаваць, што ісцінная атыповасць клінічнай карціны АР мае пад сабой карэнныя змены функцыянавання індывідуальнай прасторава-часавай мадэлі, дзе галоўным выступае двухнакіраванасць ходу індывідуальнага часу ў адным эпізодзе.

Репозиторий БГМУ

Пры АД надзвычайны пераход у вобласць гМ выклікае такі збой у сутачнай працы часавай спіралі, пры якой індывідуальныя прастора і час патрапляюць не ў заканамерную для іх фазу, прадугледжаную цыклам сон–няспанне. Працяг такіх парушэнняў прыводзіць да беспарадкавасці ў сутачным цыкле, калі ўсялякія яго заканамернасці знікаюць. Поўны разлад з сусветнымі рытмамі прыводзіць да катастрафічных наступстваў ў выглядзе парушэнняў фізіялагічнага і сацыяльнага функцыянавання пацыентаў. Лячэнне АД часцей за ўсё неэфектыўнае.

На аснаванні дэталёвага вывучэння клінічных праяваў, якія адбываюцца пры зменах індывідуальных прасторы і часу пацыентаў з М і Д на працягу сутак, вызначаны арыенціры для правядзення клінічнага маніторынгу стану пацыентаў, які павінен праводзіцца ў кожным з чатырох сутачных перыядаў. Пры фіксацыі найтанчэйшых зменаў індывідуальных прасторы і часу і адпаведнай ім клінічнай сімптаматыкі з'явіцца магчымасць аператыўнай карэкцыі вядзення і лячэння пацыентаў. Гэта павысіць верагоднасць своечасовага прадухілення хуткіх чаргаванняў палярных афектыўных фаз, развіцця ступарозных станаў, саматычных ускладненняў, г. зн. – найбольш поўнай індывідуалізацыі клінічнага суправаджэння і лячэння пацыентаў.

Дадзена абгрунтаванне па вядзенні і тактыцы лячэння пацыентаў з АР, дзе галоўная роля адведзена нармалізацыі цыклу сон–няспанне з улікам асаблівасцяў прасторава-часавай арганізацыі кожнага з расстройстваў.

Важным з'яўляецца прынцыповае пытанне аб мэтазгоднасці прызначэння антыдэпрэсантаў без уліку прасторава-часавых заканамернасцяў развіцця і рэгрэсу Д, а таксама рызыкі абцяжарвання саматычнага стану пацыентаў, выкліканымі ўзнікненнем фізічных перагрузак пры ўмяшальніцтве ў тэмп ходу індывідуальнага часу. Тым больш, што існуюць сур'ёзныя доказы марнасці іх прымянення датычна ўласна антыдэпрэсіўнага эфекту [5].

Аўтарамі прадэманстравана, што клінічная сімптаматыка АР з'яўляецца выражэннем парушанняў дынамікі індывідуальных прасторы і часу пацыентаў. Азначаныя змены могуць быць ўвасоблены ў матэматычных формулах і фізічных велічынях. Таму перад вучонымі ставіцца новая задача пошуку канкрэтных фізічных індыкатараў індывідуальных прасторы і часу і метадаў іх вымярэння. Укараненне апошніх у клінічную практыку можа істотна паўплываць на якасць дыягностыкі, лячэння пацыентаў з АР і яго кантралявання, а таксама прагназавання развіцця расстройстваў.

Літаратура

1. *Брагина, Н. Н.,* Доброхотова, Т. А. Функциональные асимметрии человека / Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова. – М.: Медицина, 1981. – 288 с.
2. *Вернадский, В. И.* Размышления натуралиста: Пространство и время в живой и неживой природе / В. И. Вернадский; под ред. Н. Ф. Овчинникова. – М.: Наука, 1975. – 174 с.
3. *Суорц, Кл. Э.* Необыкновенная физика обыкновенных явлений: Пер. с англ. Е. И. Бутикова и А. С. Кондратьева; под ред. М. И. Андреевой. В 2-х т. Т.1. – М.: Наука. Гл. ред. физ-мат. лит., 1986. – 400 с.
4. *Цяцеркіна, Т. І.,* Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройстваў: Парушэнні прасторава-часавай арганізацыі цыклу сон–няспанне пры псіхічных расстройствах / Т.І. Цяцеркіна, В. У. Корсак // Военная медицина, 2017. – № 1. – С. 67–73.
5. *Kirsch, I.* The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth / I. Kirsch. – Basic Books. The Random House Group, Ltd. – 2010. – 241 p.

Паступіла 14.09.2017 г.