

науково-практичний журнал

2(65) ' 2011 ●

Архів психіатрії

Заснований у листопаді 1995р. (виходить 4 рази на рік)

Головний редактор С.І. Табачников

Заступник головного редактора О.М. Дзюба

Редакційна колегія:

Г.Ю. Васильєва, Є.Г. Гриневич, Н.О. Дзеружинська, В.Р. Ілейко,
І.А. Марценковський, В.І. Мельник, О.С. Осуховська, В.Я. Пішель,
О.А. Ревенок, К.Е. Сагратова (відповідальний редактор), Є.М. Харченко,
О.С. Чабан



Редакційна рада:

В.А. Абрамов (Україна), Ю.А. Александровський (Росія), І.О. Бабюк (Україна), Т.Д. Бахтєєва (Україна),
В.С. Бітенський (Україна), Л.О. Булахова (Україна), Л.Ф. Бурлачук (Україна), В.А. Вербенко (Україна),
А.М. Вієвський (Україна), М.І. Вінник (Україна), П.В. Волошин (Україна), С.О. Гримблат (Україна), В.Л. Гавенко
(Україна), М.Т. Дубина (Україна), М.М. Іванець (Росія), В.М. Казаков (Україна), В.Г. Клімовицький (Україна),
А.М. Кожина (Україна), В.М.Краснов (Росія), Є.В. Кришталь (Україна), В.М. Кузнецов (Україна),
О.М. Макаренко (Україна), М.В. Маркова (Україна), Н.О. Марута (Україна), Б.В. Михайлов (Україна),
О.М. Морозов (Україна), О.В. Павленко (Україна), О.К. Напрєєнко (Україна), О.А. Панченко (Україна),
В.С. Підкоритов (Україна), В.А. Піщиков (Україна), А.В. Погосов (Росія), Т.М. Пушкарьова (Україна), Н.Г. Пшук
(Україна), В.М. Рахманов (Україна), А.М. Скрипніков (Україна), І.К. Сосін (Україна), І.Д. Спіріна (Україна),
О.Г. Сиропятов (Україна), О.С. Тіганов (Росія), А.П. Чуприков (Україна), В.О. Шаповалова (Україна),
Л.М. Юр'єва (Україна), О.О. Фільц (Україна)

Засновник і видавець:

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Свідцтво про державну реєстрацію КВ№ 16431-4903ПР від 15.02.2010 р.

Атестовано Вищою атестаційною комісією України (Бюлетень ВАК України, 1999, № 4)

Адреса редакції:

Україна, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103. Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології,
МОЗ України

Тел./факс: (044) 468-32-15

e-mail: undisspn@ukr.net

<http://www.undisspn.com.ua>

Дизайн обкладинки *Т. Пилипчук*

Коректори: *О.С. Тараканов*

Комп'ютерна верстка *В.Ю. Зяярний*

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІССПН (протокол засідання № 5 від 12.01.2011р.).
Здано до набору 02.02.2011р. Підп. до друку 22.02.2011р. Формат 60 x 84 1/8. Друк офс. Папір офс.
Гарнітура «Times». Ум.-друк. арк. 13,72. Обл.-вид арк. 12,50. Наклад 500 прим. Зам. № 46-2.
Надруковано ТОВ «Вік принт», 03062, м. Київ, вул. Кулібіна, 11а; тел./факс: 206-08-57.

Редакція може публікувати матеріали не розділяючи точки зору авторів.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших даних відповідають автори. Статті з позначкою*
публікуються на правах реклами. Цілковите або часткове розмноження у будь-який спосіб матеріалів,
опублікованих у цьому виданні, допускається лише за письмового дозволу редакції.
Рукописи не повертаються і не рецензуються. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

SOCIAL PSYCHIATRY.

Т.Д. Бахтеева, Н.А. Марута, М.В. Данилова
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ПСИХО-
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО
РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ
РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ5

T.D. Bakhteyeva, N.O. Maruta, M.V. Danilova
ETIOPATOGENETIC, CLINICAL-PSYCHO-
PATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL
PECULIARITIES OF RECURRENT DEPRESSIVE
DISORDER IN PATIENTS WITH
MULTIPLE SCLEROSIS5

А.І. Герасименко, Ю.А. Кушнір, Г.О.Осадчая
УЯВЛЕННЯ ПРО ТРИВОЖНО-ФОБІЧНІ РОЗЛАДИ
З ТОЧКИ ЗОРУ СУЧАСНИХ
КЛАСИФІКАЦІЙНИХ СИСТЕМ9

A.I. Gerasimenko, U.A. Cushman, G.A. Osadchaia
IMAGINARY ANXIOUS PHOBIA DISORDERS
FROM THE POINT OF VIEW OF MODERN
CLASSIFICATION SYSTEMS9

С.С. Кирилюк, О.О.Фільт
ОСОБИСТІСНИЙ ТА СОЦІО - КУЛЬТУРАЛЬНИЙ
АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ
ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ15

S. Kyrylyuk, A. Filts
PERSONAL AND SOCIAL - CULTURAL
ASPECTS OF FORMING
THE DEPRESSIVE SYMPTOMS15

М.С. Кирильчук, С.Т. Яцукевич
ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ВАГІТНИХ
З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ19

M. Kyrylchuk, S. Yasykevich
PSYCHOLOGICAL STATE OF PREGNANT
WITH INGROWN HEART DEFECT19

В.В.Кулик, І.Й.Влох, Р.І. Білобрюка, Т.М. Гришканич
ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ ТА НЕВРОТИЗУЮЧІ
ФАКТОРИ У ЖІНОК З ПСИХІЧНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ШЛЯХИ
ЇХ ПОДОЛАННЯ В УМОВАХ КРИЗИ21

B. V. Kulyk, I. Y. Vlokh, R. I. Bylobryvka, T. M. Gryshkanych
PSYCHOEMOTIONAL PROBLEMS AND FACTORS
OF NEUROTIZATION IN WOMEN WITH MENTAL
DISORDERS AND THE WAYS OF THEIR OVERCOMING
IN CASE OF ECONOMIC CRISIS21

*С.И. Табачников, А.Ю. Васильева, В.Г. Бондарь,
М.Б. Доценко*
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ ПСИХО-
КОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО
ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО СТАЦИОНАРА23

*S.I. Tabachnikov, A.Yu. Vasylyeva, V.G. Bondar,
M.B. Dotsenko*
FEATURES AND CONTENT
OF PSYCHOCORRECTIVE MEASURES
IN COMPLEX TREATMENT CANCER PATIENTS
IN A SPECIALIZED ANTITUMOR
HOSPITAL23

С.С. Шум
КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНИХ
РОЗЛАДІВ В ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ26

S.S. Shum
CLINICAL CHARACTERISTIC OF MENTAL
DISORDERS AMONG PATIENTS
WITH ONCOLOGICAL DISEASES26

*О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, О.М. Дзюба,
Н.Г. Астафурова*
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА ПРИ
СИНДРОМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ31

*O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaya, O.M. Dzuba,
N.G. Astafurova*
CLINICAL MEANING OF PERFECTIONISM IN
SYNDROME OF MENTAL BURNOUT31

В.В. Огоренко
ТИПОЛОГІЯ ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ У
ПАЦІЄНТІВ З МЕЖОВИМИ ПСИХІЧНИМИ
РОЗЛАДАМИ В СТРУКТУРІ КЛІНІЧНОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ
ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ35

V.V. Ogorenko
TYPOLOGY OF THE DISEASE IN PATIENTS
WITH MENTAL DISORDERS BOUNDARY STRUCTURE
OF THE CLINICAL MANIFESTATIONS
OF BRAIN TUMORS35

Л.В. Рахман, А.Р. Панас, С.М. Гнатюк, І.С. Тхір
РОЛЬ КОМОРБІДНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В
РОЗВИТКУ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ
ДЕПРЕСІЙ
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)38

L. V. Rakhman, A. R. Panas, S. M. Gnatyuk, I. S. Tkhir
THE ROLE OF COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS
IN THE DEVELOPMENT OF THE THERAPEUTICALLY
RESISTENT DEPRESSIONS
(LITERATURE REVIEW)38

<i>Э.Л. Баркалова</i> УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К БЕЛКУ S-100 У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ С ПСИХООРГАНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	<i>E.L. Barkalova</i> LEVEL OF ANTIBODIES TO PROTEIN S100 AT PATIENTS WITH NEUROSYPHILIS WITH PSYCHOORGANIC SYNDROME	40	40
<i>Р. І. Білобрюка, Б. В. Кулик, Б. П. Сувало, Я. В. Шпильовий</i> СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ЧОЛОВІКІВ З АФЕКТИВНО-ТРИВОЖНИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ЇХ СЕКСУАЛЬНОСТІ	<i>R.I. Bilobryvka, B.V. Kulyk, B.P. Suvalo, Y.V. Shpylovyi</i> MALE SEXUAL BEHAVIOUR WITH AFFECTIVE-ANXIETY PERSONALITY DISORDERS AND PECULIARITIES OF FORMIN THEIR SEXUALITY	44	44
<i>И.А. Бабюк, Е.В. Кришталь, П.Д. Цветкова, А.Е. Табачников, Н.В. Побережная, И.Б. Рымарь, Л.А. Барлова</i> КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ И СЕКУСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ	<i>I.A. Babiuk, Ye.V. Krishtal, P.D. Tzvetkova, A.Ye. Tabachnikov, N.V. Pobereznaya, I.B. Rimar, L.A. Barlova</i> CORRECTION OF PSYCHIC AND SEXUAL DYSFUNCTION IN PERIMENOPAUSAL WOMEN	46	46
<i>С.І. Табачніков, О.М. Макаренко, Л.В. Степаненко, О.М. Дзюба</i> АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	<i>S.I. Tabachnikov, A.N. Makarenko, L.V. Stepanenko, A.N. Dzuba</i> ACTUAL PROBLEMS OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE	50	50

НАРКОЛОГІЯ

<i>М. М.Орос, П. Г. Андрух, Г. П. Андрух, У. М. Добростомат</i> ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ, ЯК ПРЕДІКТОРИ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН	<i>Oros M.M., Andrukh P.G., Andrukh G.P., Dobrostomat U.N.</i> DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH EPILEPSY AS PREDICTORS OF ADDICTION FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCE	58	58
<i>К.В. Аймедов</i> «ВІДХИЛЕНА» ПОВЕДІНКА, ЯК ПРОВІДНА ХАРАКТЕ- РИСТИКА ПАТОПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР ..	<i>K.V. Aymedov</i> «FAIL» BEHAVIOR AS A HOST CHARACTERISTICS PATHOPSYCHOLOGICAL CONSTITUTES PATHOLOGICAL GAMBLING	61	61
<i>Е.С. Осуховская</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА К АЗАРТНЫМ ИГРАМ	<i>E.S. Osuhovskaya</i> RESEARCH RESULTS CONCERNING OF ATTITUDE TO GAMBLING THE YOUNG AGE PEOPLE	66	66
<i>С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, И.И. Марценковская, Т.В. Синицкая</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО- СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УКРАИНЕ	<i>S.I. Tabachnikov, E.M. Kharchenko, I.I. Marcenkovskaya, T.V. Synitska</i> COMPARATIVE CHARACTERISTIC MEDICAL SOCIOLOGICAL ASPECTS OF ALCOHOL ADDICTION AMONG TEENAGERS AND YOUNG PERSONS IN UKRAINE	69	69
<i>О.М.Зінченко</i> ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ, УНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ В УКРАЇНІ	<i>O.N. Zinchenko</i> PECULARITIES OF PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL DISORDERS PREVALENCE IN CONSEQUENCE OF ALCOHOL CONSUMING	77	77
<i>И.С. Рыткис, А.В. Гуркова, А.В. Ченская, В.Г. Соиникова</i> АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	<i>I.S. Rytkis, O.V. Hurkova, A.V. Chenska, V.G. Soynikova</i> ACTUAL PROBLEMS OF TOBACCO SMOKING AND TOBACCO ADDICTION (LITERATURE REVIEW)	82	82

<i>С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Г.А. Приб, Г.Є. Трофімчук, Т.В. Синіцька</i>	
РЕЗУЛЬТАТИ АПРОБАЦІЇ УНІФІКОВАНОЇ КАРТИ ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ ІЗ ХІМІЧНОЮ ТА НЕХІМІЧНОЮ АДИКЦІЯМИ	86

<i>І.К. Сосін, О.Ю. Гончарова, В.В. Шаповалов (мл), В.В. Правдін, В.О. Шаповалова, Ю.В. Васина, В.В. Шаповалов, М.О. Овчаренко, К.В. Тищенко, Л.П. Олєсова</i>	
ІНТЕГРОВАНА ТЕРАПІЯ ОПОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ, УСКЛАДНЕНОЇ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВНАСЛІДОК ФЕНОМЕНУ НАРКОАСОЦІЙОВАНОГО ЗЛОВЖИВАННЯ ПРЕПАРАТАМИ КОДЕЇНУ ІЗ ЛЕВОМІЦЕТИНОМ (НА МОДЕЛІ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ)	93

ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>А.Е. Гатицька</i>	
ПСИХОТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ У КРУПНОМУ ЦЕНТРІ ДОНБАСУ	100

<i>А.Е. Табачников, Ц.Б. Абдрахимова</i>	
КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЛЕКЦИЯ ПЕРВАЯ: ФИЛОСОФСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ	106

<i>А.Е. Табачников, Ц.Б. Абдрахимова</i>	
КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЛЕКЦИЯ ВТОРАЯ: ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ.	110

<i>А.Е. Табачников, Ц.Б. Абдрахимова</i>	
КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЛЕКЦИЯ ТРЕТЬЯ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ	113

БІБЛОГРАФІЧНИЙ НАРИС

ДУБИНА МИКОЛА ІВАНОВИЧ	117
------------------------------	-----

<i>S.I. Tabachnikov, Ye.N. Kharchenko, G.A. Prib, G.Ye. Trofimchuk, T.V. Synitskya</i>	
RESULTS OF APPROBATION OF UNIFYING CARD OF SURVEY OF PERSONS WITH NON-CHEMICAL ADDICTION	86

<i>I.K. Sosin, E. Yu. Goncharova, V.V. Shapovalov (ml), V.V. Pravdin, V.A. Shapovalova, Y.V. Vasina, V.V. Shapovalov, N.A. Ovcharenko, K.V. Tishchenko, L.P. Olesova</i>	
INTEGRATED THERAPY FOR OPIOID DEPENDENCE, COMPLICATED NEYROOFTALMOLOGICHESKOY PATHOLOGY DUE TO ABUSE DRUGS PHENOMENON NARKOASSOTSIIROVANNOGO CODEINE AND LEVOMITSETIN (ON A MODEL OF CLINICAL OBSERVATION)	93

PSYCHOTHERAPY

<i>A.E. Gatytskya</i>	
PSYCHOTHERAPY IN COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION IN OUTPATIENT CONDITIONS IN LARGE CENTRE OF DONBAS	100

<i>A.Ye. Tabachnikov, Ts.B. Abdryakhimova</i>	
COGNITIVE PSYCHOTHERAPY LECTION ONE: PHYLOSOPHICAL AND PSYCHOLOGICAL MODELS	106

<i>A.Ye. Tabachnikov, Ts.B. Abdryakhimova</i>	
COGNITIVE PSYCHOTHERAPY LECTION TWO: PSYCHOTHERAPEUTIC MODEL	110

<i>A.Ye. Tabachnikov, Ts.B. Abdryakhimova</i>	
COGNITIVE PSYCHOTHERAPY LECTION THREE: PSYCHOTHERAPEUTIC MODEL	113

BIBLIOGRAPHIC ESSAY

DYBYNA MIKOLA IVANOVICH	117
-------------------------------	-----

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.832-004.2:616.895.4-02-092

Т.Д. Бахтеева, Н.А. Марута, М.В. Данилова

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: депрессивное рекуррентное расстройство, рассеянный склероз, этиопатогенетические факторы, клиничко-психопатологические особенности, патопсихологические факторы

Во всем мире отмечается рост психических расстройств, среди которых наиболее распространенным заболеванием является депрессия. Так, по данным Всемирной организации Здравоохранения от 120 до 160 миллионов людей страдают депрессивными расстройствами, из которых, у 60% наблюдается хроническая и рецидивирующая формы заболевания [4]. Только у 1/3 больных спустя 5 лет после перенесенной депрессии сохраняется интермиссия, тогда как у 55% расстройство рецидивирует, а у 12% хронифицируется. Через 15 лет интермиссия регистрируется уже всего у 12%, рекуррентное течение — у 82%, а хроническое — у 6% больных [6].

Согласно статистическим исследованиям последних лет наблюдается значительное увеличение депрессивных расстройств формирующихся на фоне различной соматической и наркологической патологии. Так, согласно статистике, на уровне первичного звена медицинской помощи частота диагностики депрессивных расстройств составляет 22–33%, в неврологической практике этот показатель достигает уже 25–40%, а по отдельным данным даже 86% [2;5;12]. Несмотря на большой разброс данных, все исследователи сходятся в одном - депрессия среди больных с неврологической патологией встречается значительно чаще, чем в общей популяции. Депрессия всегда ухудшает течение неврологического заболевания, замедляет восстановление неврологических функций, уменьшает мотивированность больного на лечение, нарушает возможности его адаптации к повседневной жизни, является независимым предиктором суицидального риска [2;5;12;13].

В этой связи изучение депрессивных расстройств больных с различными формами неврологической патологии, усовершенствование методов их диагностики, является актуальной задачей современной психиатрии.

Целью данного исследования явилось изучение клиничко-психопатологических и патопсихологических особенностей формирования рекуррентного депрессивного расстройства у больных с рассеянным склерозом.

В исследовании приняло участие 64 больных рассеянным склерозом с рекуррентным депрессивным

расстройством (F33.0-33.2), которые вошли в основную группу. Группу контроля составили 129 больных рассеянным склерозом, у которых не регистрировались депрессивные проявления.

Для реализации цели исследования использовались следующие методы: *клиничко-психопатологический метод*, включающий оценку психического состояния больного (сбор жалоб, анамнеза, изучения симптомов, синдромов, их психопатологическая интерпретация); *психометрические методы*:

шкала Монтомери - Асберга – для объективной оценки тяжести депрессии (MADRS) [11]; опросник депрессии Бека - для субъективной оценки тяжести депрессии [9]; клиническая шкала тревоги (CAS) – для объективной оценки степени выраженности тревожной симптоматики [10]; шкала самооценки тревоги Шихана - для субъективной оценки тяжести тревожной симптоматики [10]; и *психодиагностические методы*: тест СМЛ - для выявления личностных особенностей [7]; цветовой тест Люшера - для изучения особенностей эмоционального и поведенческого реагирования [8]; Торонтская шкала алекситимии – для анализа роли алекситимии в генезе депрессий [3]; опросник Бехтеевского института - для изучения типа отношений к болезни [1].

Согласно результатам обследования, наследственная отягощенность психической патологией при рекуррентном депрессивном расстройстве регистрировалась у 89% больных, из них в 75,0 % случаев наследственность была отягощена аффективными расстройствами. В преморбиде больных рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе наблюдалось преобладание дистимических (84,4 %), циклотимических (48,4 %) и интровертированных (37,5 %) личностных особенностей.

Наличие психогенных факторов фиксировалось в 54,6 % случаев, наиболее часто встречающимися среди них были: собственная болезнь (39,1 %), ухудшение материально-бытового состояния (32,8 %), сексуальные проблемы (32,8 %), угроза или потеря социального статуса (28,1 %). В преобладающем большинстве (84,4 %) психогении имели хронический характер.

Рекуррентное депрессивное расстройство регистрировалось преимущественно у пациентов со спинальной формой рассеянного склероза (70,3 %), ремитирующе-рецидивирующем типе его течения (92,2 %) и длительностью течения димиелинизирующего процесса от 6 до 10 лет (76,6 %).

В синдромальной структуре депрессии у этих больных чаще встречались тоскливая (меланхолическая) депрессия (46,9 %) и апато-адинамическая депрессия (34,4 %). Регистрировалась умеренная степень тяжести депрессии ($28,0 \pm 1,9$ балла по шкале Монтгомери-Асберга), что соответствовало субъективной оценке пациентов ($21,9 \pm 2,0$ баллов по опроснику депрессии Бека).

Анализ феноменологической структуры депрессий продемонстрировал наличие у 68,7 % больных двигательных нарушений в виде заторможенности движений, речи, мимики, у 29,7 % было отмечено двигательное беспокойство. Часто встречающимися были идеаторные нарушения (79,7 %), которые проявлялись в виде идей малоценности; и когнитивные расстройства в виде снижения памяти (76,6 %) и уровня концентрации внимания (71,9 %). Также отмечались трудности в принятии решений (26,6 %) и ипохондрические расстройства (21,9 %). Поведенческие нарушения проявлялись преимущественно в виде ухудшения коммуникативных функций, что наблюдалось у 75,0 % больных рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе. Ананкастные расстройства регистрировались у 32,8 %, обсессивно-компульсивные у 21,9 % обследованных. Эмоциональные нарушения были широко представлены в данной группе обследованных и отражали эндогенный регистр патологии: проявлялись в виде суточных колебаний настроения (95,3 %), отчаяния (81,3 %), тоски (76,6 %), безразличия (70,3 %) и печали (68,8 %). Среди сомато-вегетативных симптомов у больных рекуррентным депрессивным расстройством при рассеянном склерозе также преобладали: запоры (85,9 %), нарушение аппетита (82,8 %), снижение массы тела (79,7 %), нарушение сна (76,6 %); у 50 % обследованных данной группы регистрировались нарушения сердечно-сосудистой системы, у 32,8 % - нарушения дыхательной системы, у 37,5 % - сексуальные нарушения.

Согласно результатам исследования выраженности тревожной симптоматики у больных с рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе был выявлен низкий уровень как объективной ($4,0 \pm 2,4$ баллов по шкале CAS), так и субъективной тревоги ($26,3 \pm 2,7$ баллов по шкале самооценки тревоги Шихана). В группе контроля также отмечались низкие показатели выраженности тревожной симптоматики ($4,1 \pm 1,5$ по шкале CAS и $21,7 \pm 2,5$ по шкале самооценки тревоги Шихана), значимых различий между основной и контрольной группами по данным показателям не зафиксировано.

Анализ профиля СМИЛ позволил зафиксировать у больных с рекуррентной депрессией значительное

повышение показателей по шкале «депрессии» (в пределах 812 Т-баллов) и шкале «индивидуалистичности» (в пределах 774 Т-баллов) в сравнении с данными контрольной группы (547 Т и 445 Т, соответственно) при $\leq 0,05$. Усредненный профиль СМИЛ больных рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе характеризовался высокорасположенной пикообразностью относительно отмеченных выше шкал, что свидетельствовало о нарушенной адаптации, наличии аффективной и личностной психопатологии гипостенического типа. Высокие показатели по шкале «индивидуалистичности» подтверждали эндогенный генез депрессивной симптоматики. Основными патопсихологическими личностными проявлениями больных рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе были: пассивность, неловкость в межличностных контактах, замкнутость и отстраненность, неудовлетворенность, пессимистичность, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, неуверенность, склонность к стоп-реакциям в стрессовых ситуациях, к острому переживанию неудач, к повышенному чувству вины. Ведущей мотивационной направленностью у этих больных выступала тенденция к избеганию неуспеха. В качестве защитного механизма использовались отказ от самореализации, усиление контроля сознания, уход в мир фантазий. Перечисленные патопсихологические особенности подтверждали наличие депрессивного расстройства эндогенного генеза у социально дезадаптированных больных с гипостеническими личностными особенностями.

Согласно данным теста Люшера у больных с рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе, было выявлено статистически достоверное (по отношению к контрольной группе), преобладание черного и серого цветов на первой и второй позициях ряда (соответственно в 81,2% и в 76,6% случаев). При этом в качестве преобладающих на последних позициях ряда (седьмой и восьмой позиции) были отмечены красный и коричневый цвета (соответственно в 78,1% и в 70,3% случаев), при $p < 0,05$ по отношению к контрольной группе.

Преобладание черного и серого цветов на первой и второй позициях ряда (+7+0) свидетельствовало о фрустрации ведущих физиологических и личностных потребностей, превалировании у больных с рекуррентным депрессивным расстройством пессимистической оценки своего состояния и сложившейся ситуации, ощущении давления со стороны среды на больного, наличии выраженной протестной реакции по отношению к внешней ситуации в виде пассивного противодействия, ограничения контактов и самоизоляции.

Доминирование у больных рекуррентной депрессией красного и коричневого цветов - на седьмой и восьмой позициях (-3-6) свидетельствовало о психической напряженности, связанной с фрустрацией физиологических потребностей, которые по внешним причинам чрезмерно ограничивались. Отмечалось стремление

(потребность) к завоеванию признания и уважения со стороны окружающих, при этом сложившаяся ситуация воспринималась как ущемляющая чувство независимости, что приводило к изоляции.

Основной эмоциональный конфликт (+7-3) был связан с переутомлением вследствие нервного перенапряжения, непереносимостью внешних воздействий, ощущением несчастья, невозможностью контролировать происходящее вокруг. Отмечалась возможность импульсивных аутоагрессивных действий. Результаты теста отчетливо констатировали стресс, обусловленный блокировкой признания и уважения со стороны окружающих, контроля над сложившейся ситуацией, перед которой больные ощущали собственное бессилие и беспомощность.

На основании данных Торонтской шкалы алекситимии у больных с рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе отмечалось наличие выраженной алекситимии на уровне 9910 баллов, что достоверно превышало данные показатели в контрольной группе (489 баллов), при $p < 0,05$. Таким образом, больные с рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе характеризовались трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации, большей сфокусированностью на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывали трудности в осознании эмоций и когнитивной переработке аффекта, что приводило к развитию и углублению депрессивной патологии.

Изучение типов отношения к болезни продемонстрировало значительное преобладание меланхолического и сензитивного типов отношения к болезни у больных с рекуррентной депрессией (соответственно в 79,7% и 62,5% случаев), по сравнению с больными контрольной группы (25,6% и 13,9%, соответственно) при $\leq 0,05$. При меланхолическом типе отношения к болезни больные были ориентированы только на неблагоприятный исход болезни, ее негативное влияние на карьеру, социальное положение, семейные отношения. Отмечались сниженное настроение, идеи самообвинения и самоунижения. У больных с сензитивным типом отношения к болезни отмечались боязнь стать обузой для близких и развития неблагоприятного с их стороны отношения в связи с болезнью и т.д.

Таким образом, клинко-психопатологические особенности рекуррентного депрессивного расстройства при рассеянном склерозе заключались в доминировании тоскливого (меланхолического) и апато-динамического вариантов депрессивного синдрома умеренной степени тяжести; преобладании в структуре депрессивного расстройства двигательной заторможенности, идеаторных расстройств (идей малочценности), когнитивных нарушений (снижения памяти и внимания); расстройства коммуникативных функций; эмоциональных расстройств (суточные колебания настро-

ения, отчаяние, тоска, безразличие и печаль) и соматовегетативных проявлений (запоры, нарушение аппетита, снижение массы тела, нарушение сна).

Этиопатогенетические факторы развития рекуррентного депрессивного расстройства у больных рассеянным склерозом включали наследственную отягощенность аффективными расстройствами, доминирование преморбидных личностных особенностей «аффективного регистра», влияние хронических психогенных факторов, наличие ремитирующе-рецидивирующего типа течения и спинальной формы демиелинизирующего процесса, а также длительность заболевания рассеянным склерозом 6-10 лет.

Патопсихологическими факторами, способствующими формированию рекуррентного депрессивного расстройства у больных рассеянным склерозом служили: фрустрация потребности в самореализации, в достижении успеха, в контроле над сложившейся ситуацией вследствие демиелинизирующего процесса; аффективная (депрессивная) форма реагирования на фрустрирующие воздействия у гипостенической личности; защитный механизм в виде отказа от самореализации, ограничения контактов, пассивного противодействия, самоизоляции, ухода в мир фантазий; выраженная алекситимия, т.е. сниженная способность к вербализации и осознанию эмоциональных состояний, собственных переживаний и когнитивной переработке аффекта;

Основной причиной формирования депрессивного рекуррентного расстройства у больных рассеянным склерозом являлась фрустрация потребности в самореализации, в достижении успеха, в контроле над сложившейся ситуацией вследствие наличия демиелинизирующего процесса и его физических последствий. В качестве ведущего механизма формирования рекуррентного депрессивного расстройства у больных рассеянным склерозом выступал аффективный (депрессивный) механизм конституционального отреагирования на фрустрацию у гипостенической личности. При этом для преодоления депрессивного состояния использовался механизм защитного поведения, проявляющийся в отказе от самореализации, в ограничении контактов, в пассивном противодействии и в самоизоляции, что еще больше блокировало реализацию основных потребностей. Сниженная способность к когнитивной переработке аффекта приводила к закреплению и утяжелению депрессивной симптоматики. На этапе фрустрации основных личностных потребностей и роста психологического напряжения, у больных формировался преимущественно сензитивный тип отношения к болезни, на этапе формирования депрессивного расстройства - преимущественно меланхолический тип отношения к болезни.

Особенности феноменологической структуры рекуррентного депрессивного расстройства при рассеянном склерозе отражают их двойственный генез: с одной стороны обусловленный органическими (демиелинизирующим) процессом, с другой – эндогенным

аффективным процессом.

Выделенные клинико-психопатологические и психологические особенности и закономерности формирования рекуррентного депрессивного расстройства при рассеянном склерозе представляется необходимым учитывать в дифференциальной диагностике и разработке программ профилактики и терапии депрессивных расстройств при рассеянном склерозе.

Литература:

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.А. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей, Санкт-Петербург. – 2005. – 86с.
2. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) /А.М. Вейн Т.Г., Вознесенская, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова. - 3-е изд. перераб. и доп. – М.: МИА, 2007. -197 с.
3. Ереско Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский - Б.Д. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. пособие для психологов и врачей, СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. -32 с.
4. Марута, Н. А. Актювекин и Геримакс в лечении резистентных рекуррентных депрессивных расстройств / Н. А. Марута, А. Н. Бачериков // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т.15, вип. 1(50). - С. 119-121.

5. Михайлов Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 22–27.
6. Смулевич А.Б. Терапия депрессий как приоритетная проблема медицины XXI века.- Неврология и психиатрия. - М., 2006. (серия Р/С).
7. Собчик Л.Н. Многофакторный метод исследования личности СМЛТ (ММРІ). Методическое пособие.– СПб., 1999. – 137с.
8. Собчик Л.Н. МЦВ – метод цветовых выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство. – СПб., Изд-во «Речь», 2001. – 112с.
9. Бек А., Раиш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессий// “Путер”, 2003 г. - 304 с.
10. Мак Глинн Т. Дж., Меткалф Г.Л. (McGlinn T.G., Metkalf G.L.) Диагностика и лечение тревожных расстройств: Руководство для врачей (пер. под редакцией Ю.А. Александровского). -American Psychiatric Press.- 1989 - р. 98-101.
11. Монтгомери С. А., Асберг М. Новая шкала депрессии, разработанная как чувствительная к изменениям// Британский журнал психиатрии. 1997, 134: 332-89
12. Baldwin, D. Depression / D. Baldwin, R. Hirschfeld. – Oxford, Lundbeck Institute, 2005. – 82p.
13. Mike Dilley и Simon Fleming: Достижения в области нейропсихиатрии: клиническое значение// Обзор современной психиатрии. – 2006. -Вип. 30.- с. 23-34 а

Етіопатогенетичні, клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості рекуррентного депресивного розладу у хворих на розсіяний склероз

Т.Д. Бахтеєва, Н.О. Марута, М.В. Данилова

Обстежено 64 хворих розсіяний склероз з рекуррентним депресивним розладом в клінічній картині (основна група) і 129 хворих без ознак депресивної патології (контрольна група). На підставі комплексного дослідження виділені основні клініко-психопатологічні особливості рекуррентного депресивного розладу при розсіяному склерозі, етіопатогенетичні та патопсихологічні чинники його формування.

Ключові слова: депресивний рекуррентний розлад, розсіяний склероз, етіопатогенетичні чинники, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні чинники

ETIOPATOGENETIC, CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

T.D. Bakhteyeva, N.O. Maruta, M.V. Danylova

Sixty four patients with multiple sclerosis and recurrent depressive disorder in the clinical picture (the main group) and 129 patients without features of depressive pathology (the control group) were examined. On the base of an integrated investigation the main clinical-psychopathological peculiarities of recurrent depressive disorder in multiple sclerosis were determined as well as etiopathogenetic and pathopsychological factors of its formation.

Keywords: depressive recurrent disorder, multiple sclerosis, etiopathogenetic factors, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological factors

УДК 616.89-008.441.1-07.08

А.І. Герасименко, Ю.А. Кушнір, Г.О. Осадчая
УЯВЛЕННЯ ПРО ТРИВОЖНО-ФОБІЧНІ РОЗЛАДИ З ТОЧКИ ЗОРУ СУЧАСНИХ
КЛАСИФІКАЦІЙНИХ СИСТЕМ

Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня № 1
 Українська психіатрична лікарня с суворим наглядом МОЗ України

Ключові слова: тривожно-фобічні розлади, фобії, тривога, DSM-IV, МКХ-10

Останні десятиліття сучасного розвитку суспільства характеризуються значним поширенням межових психічних розладів [11, 16, 18, 26, 31]. У структурі цих розладів значну питому вагу становлять невротичні фобії [13, 23, 25, 29, 32]. За даними різних авторів ці цифри складають від 15% до 44% [4, 6, 7, 19, 24, 36, 37, 39, 44]. У загальній популяції тривожно-фобічні розлади (ТФР) невротичного кола, за даними Б.Д. Карвасарського (1990), зустрічаються у 8 - 9% населення. А D.Goldberg, S.Benjamin, F.Greed (1993) наводять дані 3 - 6%, а за інформацією R. Noyes та співавт. (1980), на тривожно-фобічні розлади страждають 5 % людей [7, 40, 43]. При цьому більшість пацієнтів спостерігаються в загальномедичній мережі, де показник їхньої розповсюдженості досягає 11,9 % [29, 38, 42, 45].

Одночасно зростає кількість невротичних фобій резистентних до терапії, з затяжним типом перебігу, ускладнених вегетативними проявами та схильних до рецидивування. Все це призводить до значного порушення індивідуального життя хворого як в соціальному, так і у професійному планах, до тимчасової та стійкої втрати працездатності у даного контингенту хворих, а також до великих економічних затрат [1, 7, 14, 35].

Не дивлячись на велику кількість досліджень подальшого вивчення потребують деякі аспекти психопатології, динаміки та виходів ТФР, коморбідні прояви, механізми етіопатогенезу та преморбідні особистісні характеристики хворих на тривожно-фобічні розлади з інтеграцією результатів цих досліджень в існуючі класифікаційні системи [10, 20].

Термін «фобії» застосовував ще Гіппократ: саме слово «фобія» походить від грецького «фобос», що означає панічний страх, жахіття. Нав'язливий страх смерті був описаний на початку XVII в. [Burton R., 1621]. В медичних журналах XVIII сторіччя були представлені відомості про гострі напади тривоги і страху з кардіологічними і дихальними симптомами. Для їхнього опису використовувалися такі терміни, як «солдатське серце», «нейроциркуляторна неврастенія», «гіпервентиляційний синдром» і багато інших. Детальний опис одного з видів фобій (агорафобії) К. Вестфалем [Westphal C, 1871] в 1871 році поклав початок детальному їх вивченню в психіатричній клініці, особливо в клініці неврозів. Він вказав, що фобії спливають у свідомості людини мимо її волі при незацепленому в інших стосунках інтелекті і не можуть бути довільно «вигнані» зі свідомості. Westphal гадав, що в основі нав'язливих страхів лежить розлад мислення, у той час як Morel причиною

їх вважав порушення емоцій.

Лише на стику XIX-XX вв. (1895—1903) завдяки дослідженням учнів J. Charcot— Z. Freud і P. Janet, що виходили з різних теоретичних установок, були початі спроби об'єднання тривожно-фобічних розладів у самостійне захворювання — тривожний невроз (Z. Freud), психастенія (P. Janet). Зараз термін P. Janet «психастенія» вживається в основному для позначення одного з типів конституціональних психопатій. Трохи пізніше P. Janet (1911) об'єднав агорафобію, клаустрофобію, транспортні фобії терміном «фобії положення». Автором було висунуте уявлення про бінарну структуру фобій, що включає поряд зі страхом певних ситуацій симптомокомплекс, що відображають реакцію хворого на цей феномен. [7, 29, 32].

В 1914 році Г.С. Хол /Hall G.S./ представив список з 135 видів фобій [42]. У сучасному американському словнику медичних термінів їх налічується вже понад 400.

Широке використання психіатрами терміну « фобія » при описі остраху певних предметів, станів і явищ відноситься до другої половини XIX століття, а саме поняття трактується досить різноманітно. Так, О.В. Кербиков (1971) дає досить коротке визначення: «- Фобія є нав'язливий страх» [8]. А.В.Снежневський (1968) визначає фобії як «нав'язливий страх, що відрізняється інтенсивністю й непереборністю, незважаючи на його безглуздість та зусилля його здолати» [30]. С.М.Давиденков (1963) розглядає фобії як «випадково пережиті хворим життєві побоювання, які непропорційно розролись до ступеня важкого патологічного симптому» [3]. Б.Д.Карвасарський (1990) дає наступне визначення: «Фобія - це нав'язливе переживання страху із чіткою фабулою, що загострюється в певних ситуаціях при збереженні достатньої критики до свого стану» [7]. М.В.Коркіна (1995) розуміє фобії як «дуже болісне переживання страху, який викликається різними предметами та явищами» [9]. За А.М.Святошом (1997), «фобія - це страх, пов'язаний з певною ситуацією або групою уявлень і не виникаючий за їх відсутності» [28]. Оригінальне визначення фобій зустрічається у Н.І.Kaplan і В.І.Sadock (1994): «фобія являє собою настільки існуючий ірраціональний страх, у результаті якого має місце усвідомлене уникання специфічного, викликаючого страх об'єкта, діяльності або ситуації» [5].

Підходи до класифікації фобічних розладів з моменту становлення сучасного етапу психіатричної науки

теж досить розмаїті. Різні автори використовують індивідуальні базові критерії та алгоритми щодо систематики та класифікації цих розладів. Нижче наведені основні з них..

Класифікація по фабулі нав'язливого страху:

1. Страх простору й переміщення в ньому:
 - агорафобія (страх відкритих великих просторів, наприклад, широких площ, вулиць, полів);
 - клаустрофобія (острах замкнутих просторів: ліфт, вузькі вулиці, замкнені кімнати);
 - гіпсофобія (страх висоти);
 - страх глибини;
 - страх поїздок у транспорті.
2. Соціофобії (страхи, пов'язані зі знаходженням у суспільстві інших людей):
 - петтофобія (страх суспільства);
 - страх публічних виступів;
 - страх перед іспитами;
 - ерейтофобія (страх почервоніти в значимій для хворого ситуації);
 - страх через неможливість здійснити яку-небудь дію в присутності сторонніх (проковтнути їжу, помочитися, ін.);
 - страх відвідування громадських туалетів;
 - страх блювати (гикавки), яка мимоволі виникає у суспільстві;
 - антропофобія (страх юрби, страх задихнутися в ній, унеможливлення з неї вибратися);
 - монофобія (острах самотності).
3. Нозофобії (страх занедужати яким - небудь захворюванням):
 - кардіофобія (страх за стан свого серця);
 - інфарктофобія (страх занедужати інфарктом міокарда);
 - страх занедужати сказом, сапом та іншими інфекційними захворюваннями;
 - лісофобія (страх божевілья);
 - сифілофобія (страх заразитися сифілісом);
 - канцерофобія (страх занедужати раком).
4. Страх за здоров'я близьких..
5. Танатофобія (нав'язливий страх смерті).
6. Сексуальні страхи:
 - страх перед неможливістю здійснити статевий акт;
 - онанофобія (острах уявних наслідків онанізму);
 - страх втрати ерекції;
 - страх передчасної еякуляції;
 - страх неможливості переживання оргазму при статевому акті;
 - страх вагітності;
 - страх болі при статевих зносинах..
7. Обсесивно - компульсивні страхи:
 - мізофобія (страх забруднення);
 - страх вчинити самогубство (наприклад, викинутися з вікна, кинутися у воду з мосту, нанести собі поранення гострим предметом);
 - страх нанесення каліцтва своїм близьким (наприклад, побити свою дитину, убити свого родича);
 - айхмофобія, оксифобія - страх гострих предметів (-

страх поранити ножом, сокирою або іншим гострим предметом себе або своїх близьких).

8. «Контрастні» нав'язливі стани (страх зробити вчинок, що суперечить морально - етичним установкам особистості):

- страх голосно вимовити нецензурні слова в суспільстві у вихованої людини;
- страх “зробити щось непристойне, брудне” у священика під час богослужіння й ін.

9. Нав'язливий страх тварин (змій, павуків, тарганів, мишей, пацюків, собак і ін.):

10. Пантофобія - генералізований нав'язливий страх.

11. Фобобії (страх повторення нападу нав'язливого страху, «страх страху»).

Класифікація по кількості об'єктів нав'язливого страху:

- монофобії (виявляється один об'єкт страху, наприклад, страх темряви);
- поліфобії (є кілька об'єктів страху, наприклад, нав'язливий страх павуків, мишей і страх божевілья).

Класифікація за часом виникнення нав'язливих страхів:

- первинні (наприклад, страх їзди на автобусах);
- вторинні (приєднання страху їзди на тролейбусах, трамваях, машинах, фобобії).

Класифікація за ознакою «спрямованості» нав'язливих страхів:

- фобії “зовнішнього стимулу” (причина страху перебуває в зовнішньому середовищі (наприклад, страх простору й переміщення в ньому, соціофобії);
- фобії “внутрішнього стимулу”(причина страху перебуває в самому хворому; наприклад, нозофобії, страх самогубства, танатофобія).

“Прямі” страхи й страхи наслідків:

- ”прямі” страхи мають на увазі острах конкретного об'єкта або ситуації (агорафобія, нав'язливий страх павуків,ерейтофобія й ін.);
- страхи наслідків ситуації (наприклад, онанофобія являє собою страх перед уявними негативними, хворобливими наслідками мастурбації).

Класифікація по тенезу нав'язливих страхів:

- «елементарні фобії» - виникають безпосередньо за дією надсильного подразника, який їх викликав, коли причина їх виникнення очевидна, хворі усвідомлюють те, що викликало їхнє захворювання. Сюди відносяться, наприклад, страх їзди на залізниці, що розвинувся після залізничної катастрофи, острах собак у дітей, наляканих або покусаних собаками, страх гоїдатися на гоїдалці після падіння з неї та ін.;

- «криптогенні фобії» (від грець. «kriptos» - прихований) – виникають, на перший погляд, без зовнішнього приводу, причина їх виникнення прихована і не усвідомлюється хворим. Амнезія психічної травми, що викликала нав'язливий страх, частіше спостерігається при істеричному неврозі. При неврозі нав'язливих станів і неврастенії в багатьох випадках справа не в тому, що хворі не пам'ятають психотравмуючої ситуації, а в тому, що вони не можуть установити зв'язки між цією подією

й нав'язливим страхом..

Класифікація по спрямованості домінуючого впливу на певний рівень структури особистості: -біологічні (страхи, безпосередньо пов'язані із загрозою життю або здоров'ю людини); -соціальні (острахи й побоювання за зміну свого соціального статусу); -екзистенціальні (страхи, пов'язані із глибинною сутністю людини й характерні для всіх людей незалежно від конкретних ситуацій).

Класифікація, яка враховує розвиток (гострий, підгострий), *протікання* (хвилеподібне, хронічне) та *наслідків* (зворотній розвиток, одужання, ускладнення симптоматики) фобічних проявів [7, 14, 27, 28, 33].

У Міжнародній класифікації психічних хвороб фобії отримали окремий діагностичний знак в 1947 році, у номенклатурі американської психіатричної асоціації - в 1952 році..

В Міжнародній класифікації хвороб 9-го перегляду, яка була опублікована ВООЗ у 1977 р., виділяли невроз тривоги (300.0) та фобії невротичні (300.2).

Сучасні уявлення про тривожно-фобічні розлади викладені в МКХ-10 та DSM-IV [15, 34]. МКХ-10 об'єднує всі фобічні розлади(агорафобія, соціальні фобії, специфічні фобії) в одну групу (F 40) [41], для якої характерні наступні загальні ознаки:

А. Стани тривоги, обумовлені виключно або переважно певними ситуаціями або об'єктами (зовнішніми по відношенню до пацієнта), які в цей момент не становлять об'єктивної загрози.

В. Фобічні ситуації звичайно уникаються або переносяться з почуттям страху.

С. Суб'єктивно, фізіологічно, поведінково фобічна тривога не відрізняється від інших типів тривоги й може варіювати від легкого занепокоєння до жаху.

Д. Характерна концентрація пацієнтів на індивідуальних симптомах з розвитком вторинних страхів (смерті, втрати самоконтролю, божевілля).

Е. Тривога не знижується від усвідомлення того, що інші люди не вважають дану ситуацію небезпечною.

Ф. Характерна тривога очікування потрапити в ситуацію, яка визиває страх. [15].

До т.з. інших тривожних розладів (F 41) належать панічний розлад, генералізований тривожний розлад, а також змішаний тривожно-депресивний розлад. Характерним для них є те, що прояви тривоги являються головними симптомами і не обмежуються особливою ситуацією. Також можуть бути присутні депресивні та obsесивні симптоми й навіть деякі елементи фобічної тривоги, але вони є чітко вторинними і менш тяжкими.

Агорафобія (F40.0). Під агорафобією розуміється страх перед такими місцями або ситуаціями або їх уникання, втеча з яких у випадку виникнення сильних, схожих з панічними симптомів, що викликають у тому числі й почуття незручності, була б утруднена й у яких не може бути надана допомога. У МКХ-10 проводиться диференціація між агорафобією з панічними розладами (F40.00) та без них (F40.01). В DSM-IV, навпаки,

комбінація діагнозів «агорафобія» і «панічний розлад» звучить як «панічний розлад з агорафобією».

Соціальні фобії (F40.1). Під соціальними фобіями розуміються клінічно значимі, послідовні тривожні реакції, які викликаються фактичним або передбачуваним зіткненням із соціальними ситуаціями або ситуаціями, у яких оцінюється успішність і які ведуть, як правило, до уникаючої поведінки.

Специфічні фобії (F40.2). Як специфічні фобії визначаються послідовно виникаючі, клінічно значимі тривожні реакції, які викликаються фактичним або передбачуваним зіткненням з певним загрозливим об'єктом або певною ситуацією і найчастіше призводять до уникаючої поведінки. Особи зі специфічними фобіями звичайно усвідомлюють їхню неадекватність.

Панічні атаки. Панічні атаки хоча й не мають власного кодування, все-таки мають велике значення для диференціальної діагностики, являючись основним психопатологічним синдромом, і тому докладно розглядаються в DSM-IV [21].

Панічною атакою називають фіксований часовий проміжок, під час якого раптово з'являється сильна й всепоглинаюча тривога, побоювання або переляк, найчастіше супроводжувані почуттям нещастя, що швидко насувається. Під час цих атак виникають такі симптоми, як задишка, прискорене серцебиття, болі в грудях або фізичний дискомфорт, почуття задихи, страх збожеволіти або втратити над собою контроль [21, 34].

Панічні розлади (F41.0). Основна ознака панічних розладів — це несподівані й непояснені для самого індивіда панічні атаки, що повторюються. З панічними атаками пов'язане виникаюче згодом тривале почуття заклопотаності тим, що атака може повторитися й викликати неприємні наслідки. Люди, що страждають такими нападами тривоги, найчастіше не можуть собі пояснити їхні причини, оскільки такі атаки не завжди пов'язані з певними ситуаціями. Без послідовного лікування майже неминуче розвивається уникаюча поведінка, в результаті якої люди обмежують свій стиль життя й оминають ті місця і ситуації, у яких може початися новий напад тривоги.

Генералізований тривожний розлад (F41.1). Генералізований тривожний розлад характеризується перебільшеними й не адекватними реальності страхами та занепокоєністю, які тривають протягом кількох місяців (за DSM-IV- принаймні 6 місяців). Як правило, вони пов'язані з повсякденними ситуаціями і проблемами. При цьому виникає характерний кластер м'язових, вегетативних та когнітивних симптомів.

Змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2). Ця змішана категорія використовується, коли присутні симптоми як тривоги, так і депресії, але ні ті, ні інші окремо не є чітко домінуючими або вираженими настільки, щоб виправдати діагноз. Мають місце деякі вегетативні симптоми (такі як тремор, серцебиття, сухість у роті, бурління в животі та ін.), навіть якщо вони непостійні. Пацієнти з такою сумішшю порівняно легких симптомів часто спостерігаються при пер-

винному зверненні, але їх набагато більше існує в населенні, яке не потрапляє під увагу медиків [12, 15, 21].

Найважливішою умовою класифікації тривожно-фобічних розладів є, з одного боку, найбільш тонка диференціація тривоги як первинної емоції з її афективними, фізичними й когнітивними компонентами, тривожності як властивості особистості та диференціальна діагностика різних форм патологічної тривоги, а з іншого боку, проведення грані між патологічною тривогою й іншими видами психічних розладів [2, 21, 32]. Основними ознаками патологічної тривоги є наступні: 1) тривожна реакція та уникаюча поведінка переживаються людьми, що страждають цим захворюванням, як необґрунтовані, неадекватно сильні й занадто часто виникаючі, 2) хворі починають уникати ситуацій, що викликають тривогу, і втрачають контроль над тривогою, 3) тривожні реакції виникають послідовно й тривають довше звичайного, 4) тривога призводить до порушення якості життя.

Відмежування нормальної тривоги й тривожності від різних форм патологічної тривоги в останні роки стало проводити значно легше завдяки введенню чітких діагностичних критеріїв і алгоритмів постановки діагнозу. Для цих цілей зараз у всьому світі використовують дві класифікаційні системи, тепер добре погоджені одна з одною і зручні для вирішення як дослідницьких, так і практичних завдань, — МКХ-10 ВООЗ (World Health Organization, 1992), доповнену однозначно сформульованими діагностичними критеріями дослідження (World Health Organization, 1993), і четверту версію DSM Американської психіатричної асоціації (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994, 1996), що містить значно більш диференційовані, ніж у МКХ, ознаки розладів. (APA) Табл. 1. дає уявлення про структуру класифікації цих систем стосовно тривожних розладів та про деякі розходження між ними [21].

В обох класифікаційних системах — як у МКХ-10, так і в DSM-IV — підкреслюється необхідність розглядати специфічні тривожні розлади більш диференційовано, ніж це було в минулому, причому залучаючи не тільки актуальні дані, але й інформацію про все життя пацієнта в цілому. Якщо це необхідно, повинні бути поставлені кілька діагнозів з розділу тривожних розладів, а також і діагнози з інших груп розладів (= коморбідність). При цьому варто враховувати дані сучасних наукових досліджень, які показали, що фобічні розлади, які рано почалися (наприклад, у дитячому віці), можуть передувати іншим психічним розладам і впливати на їхній перебіг, що, природно, повинно враховуватися й при виборі належної стратегії лікування [17, 22, 35]. Обидві системи використовують скоріше описовий феноменологічний підхід. При цьому для кожного розладу детально описуються або встановлюються ті ознаки, які повинні бути присутніми, щоб міг бути поставлений той або інший діагноз. Традиційні етіологічні моделі, наприклад концепція неврозів, пішли в минуле.

Розкладання колишніх широких категорій «неврози тривоги» та «фобії» (у МКХ-9 у розділі, відведеному для неврозів (розділ 300) виділялися: 300.0 -невроз тривоги (страху); 300.2 - фобії невротичні) на різні конкретні діагнози ґрунтується на різноманітних даних теоретичних і прикладних досліджень, які, наприклад, довели, що генералізований тривожний розлад і панічний розлад (колись поєднувані під кодом 300.0 «невроз тривоги») необхідно розглядати як окремі діагнози внаслідок їхніх принципових розходжень в етіології, патогенезі, прогнозі й показань до терапії.

В якості деяких релевантних розходжень між МКХ-10 і DSM-IV необхідно назвати наступні:

1) DSM-IV розглядає тривожні розлади значно ширше, ніж МКХ-10, оскільки включає в цей розділ нав'язливі розлади, посттравматичні стресові розлади і тривожні розлади в дитячому й підлітковому віці.

2) У МКХ-10 агорафобія ієрархічно розташована вище, ніж панічні розлади. На практиці це означає, що по DSM-IV частіше ставлять діагноз «панічний розлад», а по МКХ-10 — «агорафобія з панічним розладом».

3) По МКХ-10 діагноз «генералізований тривожний розлад» ставиться відповідно до довгого списку з 22 симптомів; розлад повинен задовольняти мінімум 4 критеріям, мінімум один із яких повинен бути вегетативним. Система DSM-IV вимагає для постановки діагнозу задоволення від трьох до шести симптомів. Імовірно тому такі діагнози частіше ставляться по МКХ-10, ніж по DSM-IV.

4) На відміну від DSM-IV, МКХ-10 відмовляється від специфічних психосоціальних критеріїв розмежування і замість цього найчастіше пропонує невизначене формулювання розладу як «клінічно значимого».

5) МКХ-10 особливо виділяє різні, не строго чіткі змішані діагнози (наприклад, змішаний тривожний і депресивний розлад), які в DSM-IV приводяться тільки як критерії дослідження. Тут пропонується діагностувати стани, які ніколи протягом життя хворого не відповідали всім критеріям специфічного тривожного розладу або депресії, але є клінічно значимими.

6) DSM-IV підкреслює значення тривожних синдромів, обумовлених органічними порушеннями або вживанням психоактивних речовин, і надає більше простору для диференціальної діагностики тривожних розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин або пов'язаних із соматичною хворобою, ніж МКХ-10 [21].

Кожний тривожний розлад операціоналізується в обох класифікаційних системах за допомогою відносно однозначно описаних критеріїв і діагностичних алгоритмів.

Безперечно прогресивними та передовими в порівнянні з попередніми класифікаційними системами тривожно-фобічних розладів є досягнення і нововведення МКХ-10 та DSM-IV у вигляді високої стандартизації та уніфікації клінічної діагностики, зрозумілих і валідних діагностичних критеріїв психічних розладів, багато-

осьової системи діагностики, що значно допомагає в практичній, дослідницькій та статистичній роботі [20]. Разом з тим, подальшої інтеграції в розвиток сучасних класифікаційних систем, на наш погляд, потребують деякі аспекти етіопатогенетичних механізмів виникнення фобій, структурно-динамічних особливостей прояву захворювання (дебют, перебіг, наслідки).

Насьогодні нагальними питаннями щодо ТФР є: розробка клініко-психопатологічних маркерів прогнозу, орієнтованих на нозологічну і типологічну диференціацію фобій, пошуки шляхів адекватної організації лікувально-реабілітаційного процесу, побудованого на функціонально-структурних підходах, урахування принципів системогенезу при проведенні психо- і фар-

Таблиця 1

Класифікація тривожних розладів за МКХ-10 і DSM-IV

Класифікація МКХ-10	Класифікація DSM-IV	Основні відмінності
F4 Невротичні, пов’язані зі стресом та соматоформні розлади	Тривожні розлади	В DSM-IV всі розглянуті захворювання, за винятком поміщених у дужках, класифікуються як тривожні розлади
F40 Тривожно-фобічні розлади		
F40.0 Агорафобія		В DSM-IV дані більш докладні критерії й більше вказівок для диференціальної діагностики
.00 без панічного розладу	Агорафобія без панічного розладу	
.01 з панічним розладом	Панічний розлад з агорафобією	
F40.1 Соціальні фобії	Соціальна фобія	В DSM-IV виділено більше підтипів, особливо для фобій
F40.2 Специфічні (ізольовані фобії)	Специфічна фобія	
F40.8 Інші фобічні розлади	Неуточнений тривожний розлад	
F40.9 Неуточнені фобічні розлади	Неуточнений тривожний розлад	
F41 Інші тривожні розлади		
F41.0 Панічний розлад .00 середньої важкості .01 важкий	Панічний розлад без агорафобії	Якщо розлад задовольняє критеріям як агорафобії, так і панічного розладу, то симптоматична картина класифікується в МКХ-10 як агорафобія, а в DSM як панічний розлад
F41.1 Генералізований тривожний розлад F41.2 Змішаний тривожний і депресивний розлад F41.3 Інші змішані тривожні розлади	Генералізований тривожний розлад (змішаний тривожний і депресивний розлад)	
F41.8 Інші уточнені тривожні розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F41.9 Неуточнені тривожні розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F42 Нав'язливі розлади		
F42.0 Нав'язливі думки або міркування F42.1 Нав'язливі дії або ритуали F42.2 Змішані нав'язливі думки й дії	Нав'язливий розлад	В DSM розлад далі не класифікується замість цього виділяються підтипи по здатності до інсайту
F42.8 Інші нав'язливі розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F42.9 Неуточнені нав'язливі розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F43 Реакція на важкий стрес і порушення адаптації		
F43.0 Гостра реакція на стрес	Гострий стресовий розлад	Порушення адаптації утворють в DSM окрему групу розладів, що не входить у тривожні розлади
F43.1 Посттравматичний стресовий розлад F43.2 Порушення адаптації	Посттравматичний стресовий розлад (порушення адаптації)	
F43.8 Інші реакції на тяжкий стрес F43.9 Неуточнені реакції на тяжкий стрес		

макотерапевтичних, а також соціально-реабілітаційних заходах.

Подібно до того, як нема єдиного розуміння етіопатогенезу тривожно-фобічних розладів в цілому, на нинішній день немає і єдиних та чітких клініко-діагностичних критеріїв для підтипів і варіантів цих розладів, відсутня узгодженість наукової спільноти відносно предикторів ТФР, неоднозначні та неузагальнені погляди щодо кореляції з коморбідною патологією. Ці питання потребують подальшого дослідження та інтеграції в нинішні класифікаційні системи.

Вищезазначене і обумовлює актуальність дослідження.

Література:

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 1993. - 400 с.
2. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике / Пер. с англ. А. Абессоной, Д. Полтавца. — Киев: Сфера, 1999. — 304 с.
3. Давиденков С.Н. Неврозы. Л.: Медгиз, 1963. — 269 с.
4. Дмитриева Л. Г. Психопатология, динамика и прогноз агорафобии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1996. - 24 с.
5. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. В 2т. -М.: Медицина, 1994. - 672 с.
6. Карандашева Э. А. Фобический синдром при неврозах (клинико-психологический, биохимический аспекты и лечение): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук - Л., 1976. - 23 с.
7. Карвасарский Б. Д. Неврозы: Руководство для врачей.- 2-е изд.- М.: Медицина, 1990. - 448с.
8. Кербиков О.В. Избранные труды. - М.: Медицина. - 1971. - 312 с.
9. Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. К 66 Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.
10. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Електронний ресурс] / Під ред. Б. В. Михайлова, С. І. Табачнікова, О. К. Напресенка, В. В. Домбровської // Новини української психіатрії. — Харків, 2003. — Режим доступу: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria>.
11. Кузнецов В.М. Психіатрична допомога дитячому і підлітково-му населенню України // Історія Сабурової дачі. Успехи психіатрії, неврології, нейрохірургії та психіатрії: Збірник наукових праць Українського ННІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії та Харківської міської клінічної психіатричної лікарні № 15 (Сабурової дачі) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 238–239.
12. Кутько І.І., Напресенко О.К., Козидубова В.М. Афективні розлади // Психіатрія / Під ред. проф. О.К. Напресенка. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 353-372.
13. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности (клиника и лечение).- М.: Медицина, 1994.- 192 с.
14. Марута Н.А., Данилова М.В. Патопсихологические закономерности формирования агорафобии невротического генеза // Арх. психіатрії.- 2003.- Т.9, №4.- С.35-40.
15. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике).- ВОЗ, Россия, СПб.: Оверлайд, 1994.- 304 с.
16. Михайлов Б. В., Табачников С. І., Марута Н. О., Кришталь В. В., Сердюк О. І. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні // Українській медичний альманах. — 2004. — Т. 7, № 4. — С. 99–102.
17. Мишиев В.Д. Дифференциальная психофармакотерапия депрессивных состояний различной этиологии. Журн психиат и мед психол 1998; 1: 78-87.
18. Мишиев В.Д. Сучасні депресивні розлади. Керівництво для лікарів. Львів: Видавництво Мс. — 2004. — 207 с.
19. Мосолов С. Н., Калинин В. В. Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств // Тревога и обсессии / Под ред. А. Б. Смулевича. — М., 1998. — С. 217–228.
20. Напресенко О.К., Логановский К.М. Сучасні психіатричні класифікації: спроба об'єднання // Укр. мед. часопис. - 2002. - № 2. - С.5-12
21. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология: Пер. с нем.-СПб.: Питер, 2006.- 1312 с.
22. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.
23. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. Руководство для врачей. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.
24. Полюенко Ю.Н. Респираторно-ориентированная психотерапия в лечении невротических фобий: Автореф. дис... канд. мед. наук. - К., 2001. - 20 с.
25. Портнов А. А., Федотов Д.Д. Неврозы, реактивные психозы и психопатии.- М., 1957.- 125 с.
26. Психіатрія / О.К. Напресенко, І.Й. Влох, О.З.Голубков та ін. За ред. проф. О.К.Напресенка. — К.: Здоров'я, 2001.- 584 с.
27. Ревенок О.А., Жабокрицький С.В. Характеристика фобій в осіб, які перенесли гостру променеву хворобу // Арх. Психіатрії.- 2000.- №1-2(20-21). — С. 22- 27.
28. Святоц А. М. Неврозы: Руководство для врачей. - СПб.: Речь, 1997. - 356 с.
29. Смулевич А.Б. Пограничные психические нарушения. - М.: Проспект, 2001. — 264 с.
30. Снежневский А. В. Кербиков О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А. Психиатрия. 2-е изд.— М.: Медицина, 1968.— 448 с.
31. Табачников С. І., Михайлов Б. В., Марута Н. О. Актуальний стан та перспективи психотерапії та медичної психології в Україні // Форум психіатрії та психотерапії. — 2004. — Т. 5, спец. випуск. — С. 34–40.
32. Табачников С.И., Первый В.С. Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика : Монография. - Д.: АРТ-ПРЕСС, 2005. - 348с.
33. Ю.В. Щербатых. Проблемы классификации экзистенциальных страхов личности // Нац. проекты как фактор создания современной России: Сб. научн. трудов регион. межвуз. научн. конф. — Воронеж: ВФ МГЭИ, 2006. С. 176-178.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, revised. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
35. Bloch, S. An Introduction to the Psychotherapies. 3rded. Oxford University Press, 1996.
36. de Beurs E, van Balkom AJ, Lange A, et al. Treatment pf panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. Am J Psychiatry. 1995;152:683-691.
37. Eaton, W.W. (1995) Progress in the epidemiology of anxiety disorders. Epidemiologic Reviews, 17,32-38.
38. Eaton, W.W., Kessler, R.C., Wittchen, H.-U., & Magee, W.J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. American Journal of Psychiatry, 151:413-420.
39. Emmelkamp, P. M. (1982). Phobic and obsessive-compulsive disorders. New York: Plenum Press.
40. Goldberg D., Benjamin S., Greed F. Psychiatry in medical practice. 1994.
41. Magee, William J.; Eaton, William W.; Wittchen, Hans-Ulrich; McGonagle, Katherine, and Kessler, Ronald (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry. 53159-168

42. Marks I. M., Gelder. M. *A Controlled Retrospective Study of Behavior Therapy of Phobic Patients* // *Brit. J. Psychiat.* - 1965. - V. 111. - P. 561.

43. Noyes R. Jr., Clancy J., Hoenk P. R., Slimen D. J. (1980) *The prognosis of anxiety neurosis. Archives of General Psychiatry*, 37, 173 – 178.

44. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ et al. *Fluvoxamine, placebo,*

and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. J Anxiety Disord 1996; 10: 219–42.

45. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. *Functioning and well-being of patients with panic disorder. Am J Psychiatry.* 1996;153:213-218.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ Я СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ СИСТЕМ

А.И. Герасименко, Ю.А. Кушнир, Г.А.Осадчая

В статье изложены представления о тревожно-фобических расстройствах с точки зрения современных классификационных систем: DSM-IV и МКБ-10. Показана общность базисного построения обеих систем касательно тревожных расстройств, их скоординированность в виде относительно однозначно описанных критериев и диагностических алгоритмов. Также представлены некоторые релевантные различия между ними. Освещен историко-терминологический аспект учения о фобиях.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, фобии, тревога, DSM-IV, МКБ-10

IMAGINARY ANXIOUS PHOBIA DISORDERS FROM THE POINT OF VIEW OF MODERN CLASSIFICATION SYSTEMS

A.I. Gerasimenko, U.A.Cushnir, G.A.Osadchaia

The article expounds the overview about anxious phobia disorders from the point of view of modern classification systems: DSM-IV and ICD-X. It shows commonality of basic formation between two systems concerning anxious phobia disorders, and their coherence in it's kind with regard to unambiguously described criteria and diagnostic algorithms. The article also introduces some germane differences between them. Historically-terminological aspect of learning about phobias is also highlighted.

Keywords: anxious phobia disorders, phobias, anxiety, DSM-IV, ICD-X

УДК: 616.89-008.19-058-056.8-056.4

С.С. Кирилюк, О.О.Фільц

ОСОБИСТИСНИЙ ТА СОЦІО - КУЛЬТУРАЛЬНИЙ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ

Ключові слова: депресія, діагностика, розлади особистості, соціо-культуральний аспект

Традиційний підхід до діагностики афективних розладів та їх класичне бачення [1,2,3] щораз частіше наштовхуються на суперечності до сучасного розуміння депресій. Цьому причиною є не лише феноменологічні зміни симптоматики депресій, але і їх клінічна «інакшість». За даними різних авторів [4,5,6] однією з причин помітної видозміни проявів депресивного синдрому протягом останніх десятиліть є нашарування соціальних та культурних чинників. Також, протягом останнього десятиліття привертають увагу дослідників, практикуючих лікарів-психіатрів та психотерапевтів особливості та характеристики темпераменту, як суттєві патопластичні фактори афективного розладу (Н.Аkiskal, М.Л.Figuera).

Актуальність публікації зумовлена потребою виявлення та уточнення домінуючих особистісних радикалів при депресивному розладі та визначення патопластичної ролі соціо-культуральних нашарувань. Якщо, однак, публікацій на тему особистісних впливів на афективні розлади і на депресії зокрема, є більш ніж достатньо, то роботи, присвячені соціо-культуральним впливам залишаються здебільшого поза увагою. Їх короткий огляд, тим не менше, дає змогу з'ясувати

важливі патопластичні фактори при формуванні депресій. Murdock, Ford & Hudson, (1971) описують 79 аспектів життя, пов'язаних з впливами культури на прояви психічної патології. Значення середовища підтверджується дослідженням, проведеним ВООЗ (-WHO, 1983). Marsella et al. (1985) висунув гіпотезу, що вегетативні симптоми, такі як нездатність радіти, втрата апетиту та безсоння є проявами депресії, незалежними від культури [7]. З іншого боку, автор стверджує, що депресія, здебільшого, приймає типову афективну форму в індивідуалістичних культурах (з домінуванням відчуття самотності та соціальної ізоляції). В культурах з виразно обциніним характером, натомість, переважають соматичні симптоми, як, наприклад, біль голови. Ряд інших досліджень (Keitner, 1991; Haghighatgou & Peterson, 1995; Yamamoto, Soliman, Parsons & Davies, 1987), підтверджують цю точку зору.

Лефф (Leff, 1977) стверджує, що культури відрізняються емоційною термінологією і, відповідно, за стилем вираження депресії. У цих культурах відмічається бідний словниковий ресурс для передачі таких емоцій як сум та гнів [8].

Kleinman, (1978, 1988) [9] притримується думки,

42. Marks I. M., Gelder. M. *A Controlled Retrospective Study of Behavior Therapy of Phobic Patients* // *Brit. J. Psychiat.* - 1965. - V. 111. - P. 561.

43. Noyes R. Jr., Clancy J., Hoenk P. R., Slimen D. J. (1980) *The prognosis of anxiety neurosis. Archives of General Psychiatry*, 37, 173 – 178.

44. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ et al. *Fluvoxamine, placebo,*

and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. J Anxiety Disord 1996; 10: 219–42.

45. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. *Functioning and well-being of patients with panic disorder. Am J Psychiatry.* 1996;153:213-218.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ Я СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ СИСТЕМ

А.И. Герасименко, Ю.А. Кушнир, Г.А.Осадчая

В статье изложены представления о тревожно-фобических расстройствах с точки зрения современных классификационных систем: DSM-IV и МКБ-10. Показана общность базисного построения обеих систем касательно тревожных расстройств, их скоординированность в виде относительно однозначно описанных критериев и диагностических алгоритмов. Также представлены некоторые релевантные различия между ними. Освещен историко-терминологический аспект учения о фобиях.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, фобии, тревога, DSM-IV, МКБ-10

IMAGINARY ANXIOUS PHOBIA DISORDERS FROM THE POINT OF VIEW OF MODERN CLASSIFICATION SYSTEMS

A.I. Gerasimenko, U.A.Cushnir, G.A.Osadchaia

The article expounds the overview about anxious phobia disorders from the point of view of modern classification systems: DSM-IV and ICD-X. It shows commonality of basic formation between two systems concerning anxious phobia disorders, and their coherence in it's kind with regard to unambiguously described criteria and diagnostic algorithms. The article also introduces some germane differences between them. Historically-terminological aspect of learning about phobias is also highlighted.

Keywords: anxious phobia disorders, phobias, anxiety, DSM-IV, ICD-X

УДК: 616.89-008.19-058-056.8-056.4

С.С. Кирилюк, О.О.Фільц

ОСОБИСТИСНИЙ ТА СОЦІО - КУЛЬТУРАЛЬНИЙ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ

Ключові слова: депресія, діагностика, розлади особистості, соціо-культуральний аспект

Традиційний підхід до діагностики афективних розладів та їх класичне бачення [1,2,3] щораз частіше наштовхуються на суперечності до сучасного розуміння депресій. Цьому причиною є не лише феноменологічні зміни симптоматики депресій, але і їх клінічна «інакшість». За даними різних авторів [4,5,6] однією з причин помітної видозміни проявів депресивного синдрому протягом останніх десятиліть є нашарування соціальних та культурних чинників. Також, протягом останнього десятиліття привертають увагу дослідників, практикуючих лікарів-психіатрів та психотерапевтів особливості та характеристики темпераменту, як суттєві патопластичні фактори афективного розладу (Н.Аkiskal, М.Л.Figuera).

Актуальність публікації зумовлена потребою виявлення та уточнення домінуючих особистісних радикалів при депресивному розладі та визначення патопластичної ролі соціо-культуральних нашарувань. Якщо, однак, публікацій на тему особистісних впливів на афективні розлади і на депресії зокрема, є більш ніж достатньо, то роботи, присвячені соціо-культуральним впливам залишаються здебільшого поза увагою. Їх короткий огляд, тим не менше, дає змогу з'ясувати

важливі патопластичні фактори при формуванні депресій. Murdock, Ford & Hudson, (1971) описують 79 аспектів життя, пов'язаних з впливами культури на прояви психічної патології. Значення середовища підтверджується дослідженням, проведеним ВООЗ (-WHO, 1983). Marsella et al. (1985) висунув гіпотезу, що вегетативні симптоми, такі як нездатність радіти, втрата апетиту та безсоння є проявами депресії, незалежними від культури [7]. З іншого боку, автор стверджує, що депресія, здебільшого, приймає типову афективну форму в індивідуалістичних культурах (з домінуванням відчуття самотності та соціальної ізоляції). В культурах з виразно обциніним характером, натомість, переважають соматичні симптоми, як, наприклад, біль голови. Ряд інших досліджень (Keitner, 1991; Haghigatgou & Peterson, 1995; Yamamoto, Soliman, Parsons & Davies, 1987), підтверджують цю точку зору.

Лефф (Leff, 1977) стверджує, що культури відрізняються емоційною термінологією і, відповідно, за стилем вираження депресії. У цих культурах відмічається бідний словниковий ресурс для передачі таких емоцій як сум та гнів [8].

Kleinman, (1978, 1988) [9] притримується думки,

що депресивне захворювання (desease) відображає біологічну основу розладу, тоді як депресивна хвороба (illness) відноситься до особистого та соціального досвіду депресії. Автор дослідив, що деякі культурні групи (наприклад, нігерійці) рідше повідомляють про крайні відчуття власної нікчемності. Інші (наприклад, китайці) частіше повідомляють про соматичні скарги.

З іншого боку, в психіатричній літературі [10] зустрічаються описи кататимних (емоційно заряджених) культурально-зумовлених синдромів, як, наприклад, амок. Вони зустрічаються лише в ізольованих культурах, а набір симптомів вказаних розладів, як правило, не відповідає діагностичним критеріям психічного розладу, що використовується в сучасних кваліфікаційних схемах.

Таким чином, як бачимо, вплив соціально-культуральних факторів на особистісні прояви депресії має в окремих соціальних системах відігравати суттєву роль.

Метою даної статті є вивчення поєднання домінуючих особистісних радикалів з соціо-культуральними нашаруваннями на зміст та структуру переживань депресивної симптоматики у досліджуваних хворих.

У відповідності до мети у даній частині дослідження поставлено такі **завдання**: 1. З'ясувати особистісні радикали за даними SKID-II; 2. З'ясувати особливості переживань вини («вектору вини») за даними додаткової запропонованої нами анкети; 3. Провести клінічний аналіз отриманих даних.

Дослідження виконане протягом 2005-2010 рр., а результати, представлені у даній статті, є частиною дисертаційного дослідження «Співвідношення спектру скарг і об'єктивних критеріїв».

Об'єктом дослідження в даній статті є патофізіологічні фактори депресивного розладу.

Предметом дослідження є клініко-психопатологічні особливості сучасних депресій.

Обговорення **методів та матеріалів** дослідження з вказанням умов їх формування, а отже і остаточного контингенту досліджуваних хворих нами подано в попередній статті [11]. Тому нагадаємо лише, що нами вивчено 46 хворих, серед яких було 30 (65,2 %) жінок та 16 (34,8 %) чоловіків. Контрольну групу, вибір якої диктувався необхідністю вивчення «чистих» депресій, склали 24 пацієнта (6 чоловіків (25 %) та 18 жінок (75 %)) з наявним тривожним синдромом, підтвердженим шкалою Спілберґера.

У наведеній частині дослідження нами, крім усіх необхідних методів та матеріалів додатково застосовувались наступні:

1. SKID-II - напівструктуроване стандартизоване діагностичне інтерв'ю, створене для вивчення та діагностичної кваліфікації розладів особистості. Авторизований дозвіл на проведення дослідження аналогу SKID-2 методу IPDI (Loranger (1975) отриманий Фільцом О. О. у 1992р. (проф. W. Berner, директором клініки „Mittersteig“ у Відні).

Інтерв'ю проводиться лікарем. Воно включає 12 блоків запитань, кожен з яких відповідає одному з роз-

ладів особистості: тривожно-уникаючому, залежному, obsесивно-компульсивному, пасивно-агресивному, депресивному, параноїдному, шизотиповому, шизоїдному, істеричному, нарцисистичному, межевому, антисоціальному.

При відповідях на запитання про наявність тих чи інших поведінкових проявів пацієнти заохочувались до наведення конкретних прикладів з життя. Також, кожен «сумнівний» приклад неодмінно доповнювався поясненням життєвої ситуації, яка дозволяє уточнити даний критерій. Після цього з'ясовувалось, чи є характерною та звичною для пацієнта, а отже, чи відображає вона той чи інший поведінковий патерн. Відповіді на запитання оцінювались як: відсутність – 1 бал, часткове підтвердження – 2 бали, повне виконання – 3 бали. Для підтвердження наявного розладу особистості достатньо встановити від 3-х до 5-ти критеріїв для кожного з розладів особистості. При цьому кожен критерій повинен набирати не менш трьох балів. SKID-II дозволяє також виявити домінуючий тип особистості хворого, нюанси особистісної структури у вигляді поєднання проявів різних типів особистості, а також з'ясувати багато деталей, пов'язаних із поведінкою і суб'єктивними переживаннями пацієнта в тих чи інших життєвих ситуаціях, а отже – уточнити анамнез.

2. Специфічно сформовані нами питання про суб'єктивне відношення хворих до хвороби. Специфічність цих питань полягала у з'ясуванні переживання почуття вини та його «вектора» спрямованості, як особливо вагомому феномену для депресивного розладу:

1. Маю депресію (факт визнання хвороби)
2. Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами залежними від мене (вектор вини на себе)
3. Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами незалежними від мене (вектор вини на зовні)
4. Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами незалежними від мене/мені депресію поробили (вектор вини на зовні, магічність в мисленні)

Результати дослідження та обговорення.

Результати бесіди за планом SKID-II наведено в таблиці 1.

Вищенаведені дані показують, що у більшості пацієнтів як з досліджуваної, так і контрольної групи, ми спостерігали комбінацію особистісних радикалів, серед яких переважаючими були: депресивний, obsесивно-компульсивний, нарцисистичний та істеричний. Однак, як видно з таблиці 1, статистично достовірною ($p < 0,05$) є різниця лише за шизоїдним та тривожним радикалами. При цьому, тривожний радикал очевидно домінує при тривожних депресіях та є для них є гомонимним. З точки зору загальної психопатології це вповні зрозуміло, оскільки така гомонимність відображає фактори суттєвого конституційного (особистісного) впливу на прояви тривожних депресій. Разом із тим, отримані результати виявляють доволі «неочікувану»

Таблиця 1

Особистість за SKID-II

Особистість за SKID- II	Середній бал				p
	Досліджувана група n=46		Контрольна група n=24		
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	
Параноїдний радикал	7	15,22	0	0,00	p=0,08680
Шизоїдний радикал	14	30,43	2	8,33	p=0,04103
Шизотиповий радикал	Не виявлено в двох групах				
Антисоціальний радикал					
Межовий радикал					
Істеричний/гістрійонний радикал	19	41,30	9	37,50	p=0,80229
Нарцистичний радикал	18	39,13	7	29,17	p=0,44439
Обсесивно-компульсивний радикал	23	50,00	14	58,33	p=0,61615
Тривожний (уникаючий радикал)	10	21,74	12	50,00	p=0,02853
Залежний радикал	3	6,52	2	8,33	p=1,0000
Пасивно-агресивний радикал	4	8,70	3	12,50	p=0,68440
Депресивний радикал	21	45,65	16	66,67	p=0,13114

особливість. Мова йде про шизоїдний радикал, який переважає при меланхолійних депресіях. Цей радикал також і дискримінує тривожні та меланхолійні депресії з достовірною різницею ($p < 0,05$). Шизоїдний радикал, як можна бачити на клінічному рівні, виявляється у специфічній набутій «аутистичності». Йдеться про соціальну та психоемоційну відгородженість та самозануреність, не характерну для пацієнтів в часі доброго самопочуття (в нормі). По-суті, отже, йдеться про специфічний шизоїдно-подібний особистісний тип переживань, який ми умовно назвали «псевдо-шизоїдним». Для з'ясування виявленого факту необхідно звернутись до даних, отриманих за допомогою додаткового опитування хворих (таблиця 2).

Так, додаткове опитування пацієнтів виявило два типових психопатологічних переживання, які ми зареєстрували практично у половини пацієнтів (47,83 %, 22 випадки з 46) – з досліджуваної групи з достовірною статистичною різницею з контрольною групою ($p < 0,05$), і які можна умовно назвати «осьовими».

Перше переживання формулюється хворими типовою фразою «мені депресію хтось поробив». Феноменологічно його можна описати як переживання афекту власної неспроможності з одночасною екстерналізацією відчуття провини за наявність депресії у зовнішній світ. Важливо відмітити, що у загальній психопатології це переживання прийнято кваліфікувати як «магічне мислення» і відносити до симптомів переваж-

Таблиця 2

Відношення до хвороби.

Відношення до хвороби	Середній бал				p
	Досліджувана група n=46		Контрольна група n=24		
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	
Маю депресію (факт визнання хвороби)	7	15,22%	11	45,83%	p<0,05
Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами залежними від мене (вектор вини на себе)	11	23,91%	8	33,33%	p>0,05
Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами незалежними від мене (вектор вини на зовні)	6	13,04%	3	12,50%	p>0,05
Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами незалежними від мене/мені депресію поробили (вектор вини на зовні, магічність в мисленні)	22	47,83%	2	8,34%	p<0,05

но маячного - субмаячного, рідше - obsесивно-компульсивного регістру. Щоправда, у сучасних класифікаціях підкреслюється, що у окремих культурах такі зразки магічного мислення, як "пороблено, навіяно" і інші можуть носити нормативний характер, як культуральна особливість і бути розповсюдженими серед населення [DSM-IV-TR]. Однак слід мати на увазі, що саме для депресивних пацієнтів "магічне мислення" не можна вважати як характерну психопатологічну ознаку. Тому слід припустити, що саме тут може йти мова не стільки про «магічність» як таку, а про культурально зумовлену пасивну позицію хворих під виглядом «магічно» обґрунтованого небажання активних дій. Така позиція у контекстах культури досліджуваної популяції (регіон Західної України) відображає перекидання відповідальності за наявність депресії на зовнішні обставини, в тому числі і на лікарів. В окремих випадках хворі можуть вважати і лікарів винуватцями у своїй хворобі.

Друге переживання також стосується відношення до своєї хвороби та співвідношення внутрішніх переживань з зовнішніми очікуваннями від соціуму. За описами пацієнтів, депресія сприймається як щось таке чого треба соромитися та ховати з одного боку, а з іншого – з наявною масивною заборорою «ділитися» своїми переживаннями та турботами – виявляють ознаки «алексифілії» [12]. Однак нами виявлено ще один аспект переживань хворих. Розповідаючи про свою хворобу, пацієнти вважають, що здорові, які їх слухають можуть «забрати» хворобу собі, тобто «заразитися» нею і навіть захворіти. Таке відношення до хвороби можна пов'язати з загальною стигматизаційною позицією серед досліджуваної популяції щодо психічно хворих та безпосередньо – специфічною «анти-депресивною». Виявлений феномен у формі «контамінаційно-інфекційної» ідеї психічного захворювання проявлявся і поведінково у пацієнтів з меланхолійною депресією, особливо яскраво - у стаціонарі, коли пацієнти, що мали легший перебіг хвороби, просили відселити їх від важчих депресивних сусідів в іншу палату, щоб ті не передали їм важкості своєї хвороби.

Описане нами відношення до власного депресивного переживання також ще підтверджується одним результатом. Йдеться про достовірну різницю між основною і контрольною групами за показником «відношення до хвороби - факт її визнання». Якщо у основній групі цей показник складає лише 15,22%, то у контрольній (тривожних депресіях) - 45,83% ($p < 0,05$).

Висновки:

1. Шизоїдний радикал за змістом переживань, однак за своєю клінічною суттю «псевдо-шизоїдний» з нашаруванням культуральних феноменів (специфічної аутистичності та магічності мислення) є характерним для меланхолійних депресій.

2. Виявлено два культурно-специфічних феномени, що стосуються опрацювання наявної депресивної хвороби: перший - у формі специфічної «депресивно-магічної позиції», який описується стандартною культуральною фразою "мені депресію хтось поробив"; другий - у формі «контамінаційно-інфекційної» ідеї психічного захворювання, пов'язаний з заборорою ділитися та вислухати хворого, щоб самому «не заразитися та не передати хворобу».

Література:

1. Вертоградова О.П. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака / О.П.Вертоградова, В.М. Волошин // Журн. невропат. и психиатр. - 1983. - №8. - С. 1189-1194
2. Лаврова Т.Н. К вопросу о факторах и механизмах клинического полиморфизма невротической депрессии у женщин. / Т.Н. Лаврова, Д.М. Давыдова // Российский психиатрический журнал. - 2001. - №1. - с. 17-23
3. Мішнев В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. / В.Д. Мішнев // – Львів: Видавництво Мс. – 2004. – 208 с.
4. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н. Мосолов // Санкт-Петербург: Медицинское информационное агентство, 1995. - С.565
5. Малайров С.А. Проблема депрессий в общемедицинской практике. Рекомендации по выявлению и лечению (метод. рекомендации) / С.А. Малайров // Вісник психічного здоров'я. - 1999 - №3. - с.31-38
6. Вербенко М.В. Етно-культуральний аспект діагностики і терапії депресій / М.В. Вербенко // Нова медицина. - 2003 - №3(8). - с.36-38
7. Marsella, A.J. (1985). Cross-cultural studies of depressive disorders. / Marsella, A.J., Sartorius, N., Jablensky, A., & Fenton, F.R. // In A. Kleinman & B. Good (Eds.), Culture and depression (pp.299-324). Berkeley: University of California Press.
8. Leff, J. (1981) Psychiatry around the globe: F trans-cultural view. New York: Dekker.
9. Kleinman, A. (1988). Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience. New York: Free Press.
10. American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». — Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.
11. О.О. Фільц, С.С. Кирилюк. Сучасні методологічні аспекти діагностики депресії: альтернативний погляд на проблему. // Архів психіатрії, т.1,2 2011. Подано до друку.
12. Клінічні предиктори хронічних депресій : автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.16 / В.І. Пришляк; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. — К., 2009. — 19 с. — укр.

ЛИЧНОСТНЫЙ И СОЦИО-КУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ

С.С. Кирилюк, А.О.Фильц

Изучались сочетания доминирующих личностных радикалов с социо-культуральными факторами на содержание и структуру переживаний депрессивной симптоматики у исследуемых больных. Нами описаны два социо-культуральные феномены, оказывающие существенное патопластическое влияние на формирование депрессий меланхолического типа.

Ключевые слова: депрессия, диагностика, расстройства личности, социо-культуральный аспект

PERSONAL AND SOCIAL - CULTURAL ASPECTS OF FORMING THE DEPRESSIVE SYMPTOMS

S. Kyrylyuk, A. Filts

It has been studied the dominating personality traits and socio-cultural content due to the structure of depressive symptoms and feelings of studied patients. We described two socio-cultural phenomena that play a significant role in forming of melancholic depression.

Keywords: depression, diagnosis, personality disorders, social-aspect of cultural

УДК 618.3:616.12-053.1:616.891

М.Є. Кирильчук, С.Т. Ящукевич

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ВАГІТНИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України», м. Київ

Ключові слова: вроджені вади серця у матері, психологічний стан, тривожність

Вступ. У жінок із серцево-судинними захворюваннями психологічний стан має великий вплив на перебіг вагітності і пологів [1, 2]. Напруженість, емоційне пригнічення, обумовлене побоюваннями за наслідки вагітності та здоров'я дитини, в свою чергу може призводити до підвищення тривожності у такої категорії хворих, погіршує здоров'я жінок і суттєво діє на стан мікроциркуляторного русла [3]. Підвищена тривожність може бути як базисною для хворої, так і виникнути внаслідок прогресування захворювання.

Виділяють два види тривожності – особистісну і ситуативну (реактивну). Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, що відбиває схильність суб'єкта до тривоги і припускає наявність у нього тенденції сприймати досить широке коло ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них визначеною реакцією. Ситуативна або реактивна тривожність – це стан, що виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію, і проявляється напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю; він може бути різним за інтенсивністю і динамічністю в часі [4].

Вплив соціальних факторів на становлення рівня особистісної тривожності, яке відбувається роками, є безумовним, в той час як “психологічні наслідки хвороби” розвиваються під час певного періоду і залежать від ставлення до хвороби і вагітності самої пацієнтки, оточуючих її рідних.

Високий рівень нейротизму, надмірна тривожність можуть впливати на характер маткових скорочень, об'єм крововтрати в родах, плід та новонародженого [5].

Метою роботи стало вивчення психологічного стану вагітних з вродженими вадами серця (ВВС) у програмі допологової підготовки.

Матеріали та методи. Зважаючи на наявність двох провідних варіантів тривожності, для оцінки психологічного стану вагітних з ВВС були проаналізовані показники реактивної та особистісної тривожності 104 пацієнток в терміні 10-12 та 27-30 тижнів, з них 69 – жінки з ВВС (основна група) та 35 здорових вагітних, які склали контрольну групу. Психологічний стан досліджували за шкалою самооцінки тривожності Спілбергера-Ханіна,

що є найбільш інформативним способом самооцінки рівнів тривожності. Опитувальник складається з двох шкал, кожна по 20 тверджень, що окремо оцінюють особистісну і реактивну тривожність. Пацієнт читає кожне з тверджень і вибирає одну з запропонованих відповідей. Обробка результатів проводилась за спеціальними формулами, результати оцінювали наступними чином: до 30 балів – низька тривожність, 31-45 – помірна тривожність, 46 та більше – висока тривожність [4].

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз соціальних факторів ризику показав, що у обох групах більшість склали службовці з незначною перевагою в контрольній (43,5 % проти 48,6 %) та заміжні (84,1 % та 88,6 %) жінки. За ознакою місця проживання отримана достовірна різниця між вагітними основної та контрольної груп: серед пацієнток з ВВС значна кількість жительок села (31,9 % проти 14,3 %) ($p < 0,05$). Віковий склад і рівень освіти вагітних основної та контрольної груп достовірно не відрізнялись. Отже, дані вивчення впливу соціальних факторів на перебіг вагітності у даної категорії пацієнток показали відсутність ризику на етапі запліднення та імплантації. З іншого боку, медичні фактори ризику на даному етапі достовірно відрізняються. Окрім основної патології (вади серця) гінекологічні захворювання в минулому мали 25 (36,2 %) жінок з ВВС, ($p < 0,05$), і з їх приводу було прооперовано 6 (8,7 %) хворих. З особливостей гінекологічного анамнезу пацієнток основної групи відмічено більш пізню, ніж у популяції (після 15 років), появу менархе. При аналізі акушерського анамнезу встановлено, що у хворих з ВВС найчастіше ($p < 0,05$) зустрічалось невиношування (11,6 %), кесарів розтин (10,1 %) та післяпологова кровотеча (1,5 %). У 6 випадках (8,7 %) – виконано переривання вагітності за медичними показаннями з приводу декомпенсованої ВВС. Отже, зі 69 обстежених з вадами серця 31,9 % в анамнезі мали різні ускладнення вагітності та пологів або штучне переривання вагітності.

У хворих з ВВС, у яких в анамнезі є перинатальні втрати та ускладнена вагітність, у першому триместрі наявні спільні риси – прихована тривога і напруження,

PERSONAL AND SOCIAL - CULTURAL ASPECTS OF FORMING THE DEPRESSIVE SYMPTOMS

S. Kyrylyuk, A. Filts

It has been studied the dominating personality traits and socio-cultural content due to the structure of depressive symptoms and feelings of studied patients. We described two socio-cultural phenomena that play a significant role in forming of melancholic depression.

Keywords: depression, diagnosis, personality disorders, social-aspect of cultural

УДК 618.3:616.12-053.1:616.891

М.Є. Кирильчук, С.Т. Ящукевич

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ВАГІТНИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України», м. Київ

Ключові слова: вроджені вади серця у матері, психологічний стан, тривожність

Вступ. У жінок із серцево-судинними захворюваннями психологічний стан має великий вплив на перебіг вагітності і пологів [1, 2]. Напруженість, емоційне пригнічення, обумовлене побоюваннями за наслідки вагітності та здоров'я дитини, в свою чергу може призводити до підвищення тривожності у такої категорії хворих, погіршує здоров'я жінок і суттєво діє на стан мікроциркуляторного русла [3]. Підвищена тривожність може бути як базисною для хворої, так і виникнути внаслідок прогресування захворювання.

Виділяють два види тривожності – особистісну і ситуативну (реактивну). Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, що відбиває схильність суб'єкта до тривоги і припускає наявність у нього тенденції сприймати досить широке коло ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них визначеною реакцією. Ситуативна або реактивна тривожність – це стан, що виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію, і проявляється напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю; він може бути різним за інтенсивністю і динамічністю в часі [4].

Вплив соціальних факторів на становлення рівня особистісної тривожності, яке відбувається роками, є безумовним, в той час як “психологічні наслідки хвороби” розвиваються під час певного періоду і залежать від ставлення до хвороби і вагітності самої пацієнтки, оточуючих її рідних.

Високий рівень нейротизму, надмірна тривожність можуть впливати на характер маткових скорочень, об'єм крововтрати в родах, плід та новонародженого [5].

Метою роботи стало вивчення психологічного стану вагітних з вродженими вадами серця (ВВС) у програмі допологової підготовки.

Матеріали та методи. Зважаючи на наявність двох провідних варіантів тривожності, для оцінки психологічного стану вагітних з ВВС були проаналізовані показники реактивної та особистісної тривожності 104 пацієнток в терміні 10-12 та 27-30 тижнів, з них 69 – жінки з ВВС (основна група) та 35 здорових вагітних, які склали контрольну групу. Психологічний стан досліджували за шкалою самооцінки тривожності Спілбергера-Ханіна,

що є найбільш інформативним способом самооцінки рівнів тривожності. Опитувальник складається з двох шкал, кожна по 20 тверджень, що окремо оцінюють особистісну і реактивну тривожність. Пацієнт читає кожне з тверджень і вибирає одну з запропонованих відповідей. Обробка результатів проводилась за спеціальними формулами, результати оцінювали наступними чином: до 30 балів – низька тривожність, 31-45 – помірна тривожність, 46 та більше – висока тривожність [4].

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз соціальних факторів ризику показав, що у обох групах більшість склали службовці з незначною перевагою в контрольній (43,5 % проти 48,6 %) та заміжні (84,1 % та 88,6 %) жінки. За ознакою місця проживання отримана достовірна різниця між вагітними основної та контрольної груп: серед пацієнток з ВВС значна кількість жительок села (31,9 % проти 14,3 %) ($p < 0,05$). Віковий склад і рівень освіти вагітних основної та контрольної груп достовірно не відрізнялись. Отже, дані вивчення впливу соціальних факторів на перебіг вагітності у даної категорії пацієнток показали відсутність ризику на етапі запліднення та імплантації. З іншого боку, медичні фактори ризику на даному етапі достовірно відрізняються. Окрім основної патології (вади серця) гінекологічні захворювання в минулому мали 25 (36,2 %) жінок з ВВС, ($p < 0,05$), і з їх приводу було прооперовано 6 (8,7 %) хворих. З особливостей гінекологічного анамнезу пацієнток основної групи відмічено більш пізню, ніж у популяції (після 15 років), появу менархе. При аналізі акушерського анамнезу встановлено, що у хворих з ВВС найчастіше ($p < 0,05$) зустрічалося невиношування (11,6 %), кесарів розтин (10,1 %) та післяпологова кровотеча (1,5 %). У 6 випадках (8,7 %) – виконано переривання вагітності за медичними показаннями з приводу декомпенсованої ВВС. Отже, зі 69 обстежених з вадами серця 31,9 % в анамнезі мали різні ускладнення вагітності та пологів або штучне переривання вагітності.

У хворих з ВВС, у яких в анамнезі є перинатальні втрати та ускладнена вагітність, у першому триместрі наявні спільні риси – прихована тривога і напруження,

Таблиця 1

Рівень тривожності у хворих з ВВС залежно від стадії СН у балах

Показник	Значення показника по групах вагітних залежно від стадії СН			
	СН 0 (n=10)	СН I (n=51)	СН II (n=8)	контрольна (n=35)
Реактивна тривожність	(32,8±3,4) #	(39,2±3,0) #	(49,3±3,9)*	31,8±5,1
Особистісна тривожність	(25,1±3,1) ° #	(36,9±2,8) * #	(46,7±3,8)*	23,5±4,7

Примітки: * - достовірність різниці відносно показника здорових вагітних ($p < 0,05$);

- достовірність різниці відносно показника вагітних з СН II ($p < 0,05$);

° - достовірність різниці відносно показника вагітних з СН I ($p < 0,05$);

поширені соматичними фіксаціями. Реактивна тривожність у більшості пацієнток була низькою (37,6 %) або помірною (36,2 %). Що стосується особистісної тривожності, то у 94,2 % хворих жінок встановлено помірний (53,6 %) і високий (40,6 %) її рівень ($p < 0,05$).

Цілком логічним можна вважати підвищені (порівняно зі здоровими вагітними) рівні тривожності у хворих з ВВС. До цього приводять стурбованість за перебіг і результат вагітності, можливі наслідки для свого здоров'я і стану дитини.

При повторному обстеженні (в терміні 27-30 тижнів) виявлені докорінні зміни частоти реактивної тривожності з суттєвим збільшенням питомої ваги вагітних (47,8 %) з її високим рівнем (46,0±4,3 бали). Особистісна ж тривожність у більшості пацієнток (58,0 %) залишалась помірною (39,8±4,2 бали), що є закономірним, оскільки цей вид тривожності, як стійка риса, змінюється незначно під впливом зовнішніх факторів. При повторному обстеженні у здорових жінок, на відміну від хворих, виявлено незначну динаміку показників, але все ж у цих вагітних особистісна тривожність залишалась низькою (23,5±4,7 балів), а реактивна показала приріст показників (31,8±5,1 балів).

Для визначення зв'язку хронічного психоемоційного стресу зі ступенем гіпоксії у матері аналіз рівня тривожності був проведений у хворих з різною стадією СН (таблиця 1). Помітно, що особистісна тривожність достовірно підвищується зі збільшенням стадії СН. Встановлено достовірно вищі рівні тривожності, як особистісної, так і реактивної, у хворих з СН II стадії, порівняно

з вагітними з СН 0 та СН I, ($p < 0,05$), що може свідчити як про вплив гіпоксичних змін матері, так і можливих негативних зовнішніх чинників: бесіди з лікарями та близькими про ризик виношування вагітності у цієї категорії жінок.

Висновки. Таким чином, отримані дані дозволяють припустити, що психологічний стан хворих формується значною мірою за рахунок вади серця, про що свідчать підвищені рівні особистісної тривожності порівняно з показниками здорових жінок. Крім того, рівні тривожності змінюються протягом вагітності та залежать від ступеню гіпоксії матері. Оскільки зростання реактивної тривожності у жінок з ВВС під час вагітності свідчить про поглиблення хронічного психоемоційного стресу, то це потребує відповідної корекції.

Література:

1. Малайківська О.В. Зв'язок між традиційними факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань та тривожно-депресивними станами у жінок / Малайківська О.В., Горбась І.М. // Український кардіологічний журнал. - 2005. - №6. - С.14-15
2. Мальгина Г.Б. Патогенез, профилактика и коррекция перинатальных осложнений при психозомоциональном стрессе в период беременности: автореф. дис.д.м.н. / Мальгина Г.Б. - Санкт-Петербург, 2003. - 49с.
3. Закревский А.А. Состояние стресс-реакций организма у роженниц с приобретенными пороками сердца / А.А. Закревский // Медицина и здравоохранение. - 1992. - Вып.2. - С.611
4. Обозов Н.Н. Психодиагностика личности / Н.Н. Обозов. - СПб.: «Облик», 2002.-196 с.
5. Савченко С.Є. Патологічний прелімінарний період (патогенез, прогнозування, профілактика та лікування): дис... д-ра мед. наук / Савченко Сергій Євгенович - К., 2007. - 311с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКОМ СЕРДЦА

М.Е. Кирильчук, С.Т. Яшукевич

Проанализированы показания тревожности беременных с врожденным пороком сердца по шкале самооценки тревожности Спилбергер-Ханина. Определено, что психологическое состояние больных в большей степени формируется за счет порока сердца о чем свидетельствуют повышенные уровни личностной тревожности по сравнению с показателями здоровых женщин. Рост реактивной тревожности во время беременности среди данного контингента больных свидетельствует об углублении хронического психозомоционального стресса и требует разработки методов коррекции.

Ключевые слова: врожденный порок сердца у матери, психологическое состояние, тревожность

PSYCHOLOGICAL STATE OF PREGNANT WITH INGROWN HEART DEFECT

M. Kyrylchuk, S. Yashkevich

The statements of anxiety among pregnant with ingrown heart defect on self-esteem scale of anxiety of Spilberger-Khanin were analyzed. Had been determined that psychological state of patients mostly forming by heart defect about what testify heightened levels of personal anxiety in comparison with statements of healthy women. Degrees of reactive anxiety during pregnancy among the given group of patients testify about integration of chronic psychoemotional stress and needs of working out the correction methods.

Keywords: ingrown heart defect, psychological state, anxiety

УДК: 616.89.19+616.85)-055.2-08

Б.В.Кулик, І.Й.Влох, Р.І. Білобровка, Т.М. Гришканич
ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ ТА НЕВРОТИЗУЮЧІ ФАКТОРИ У ЖІНОК З
ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ В УМОВАХ КРИЗИ

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького

Ключові слова: психічні захворювання, невротизація, проблеми жінок

Здоров'я людини – це стан повного соціального, біологічного і психічного комфорту, коли функції усіх органів і систем людини зрівноважені з природним і соціальним середовищем, відсутні будь-які хвороби та фізичні дефекти. Головними детермінантами психічного здоров'я є спадковість, індивідуально-психологічні фактори, спосіб життя людини, стан оточуючого середовища, умови праці, належне соціальне забезпечення, сімейне благополуччя а також рівень розвитку охорони здоров'я.

Умови життя людини в сучасному світі відрізняються різноманітністю негативних психогенних факторів, що негативно впливають на психічне здоров'я людини та створюють можливість виникнення психічних порушень [1]. Як відомо, депресії частіше зустрічаються у жінок [3,8,10]. Це стосується і невротичної депресії. У віковій групі 36-45 років чисельність жінок, хворих на цей розлад перевищує чисельність чоловіків в 5-8 разів [5,7]. Не дивлячись на відносно невелику глибину психічних розладів, невротичні депресії часто обумовлюють ризик затяжного перебігу захворювання та супроводжуються соціальною дезадаптацією [2].

Для людини характерна адаптація до різних факторів навколишнього середовища. Проте, різка зміна суспільного життя з економічними негараздами викликає явище дезадаптації. Цим пояснюється широке розповсюдження стресових ситуацій у людей при зміні соціальних умов, які в подальшому приводять до невротичних порушень. Соціальні передумови психічних порушень у жінок мають ряд спільних рис:

1. Високе, часто надмірне нервово-психічне та фізичне навантаження, яке в сім'ї лягає здебільшого на плечі жінок.

2. Невпевненість у завтрашньому дні та тривога у зв'язку з соціально-економічною кризою в країні.

3. Зниження соціального статусу жінки.

4. Загальний стан соціальної невдоволеності через безвихідність ситуації.

5. Дисгармонія сімейних взаємовідносин, як наслідок такого стану речей, викликає підвищення конфліктності, що у свою чергу призводить до негативних наслідків в інших життєвих сферах та до погіршення психоемоційного стану.

Жінки частіше опиняються в стресових ситуаціях, пов'язаних з функціями і обов'язками, які традиційно розглядаються як жіночі. Жінка усвідомлює, що вона повинна гарно виглядати, виходити заміж, займатися домашнім господарством, виховувати дітей, займатися

приготуванням їжі. Крім того, жінка ще ходить на роботу, та по можливості робить кар'єру.

G. Witkin [9] виділяє наступні, суто жіночі, стреси:

- стреси, пов'язані з жіночою фізіологією – менструація, вагітність, менопауза;

- стреси, пов'язані із життєвими змінами – заміжжя, материнство, розлучення, вдовство, відхід дорослих дітей і т. д.

- психологічні стреси, які переживають неодружені жінки, які почуваються самотніми; домогосподарки, на яких тяжіють рутинні домашні обов'язки; ділові жінки, на яких тяжіє необхідність частіше бути вдома, щоб не втратити сім'ю;

- стреси життєвих криз, які, як правило, лягають на жіночі плечі – догляд за хворими батьками чи за дітьми-інвалідами.

Як відомо [6], психічні розлади у жінок призводять до значно гіршої переносимості стресових ситуацій та хворобливого реагування на них.

Метою даного дослідження було визначення основного кола проблем, з якими зустрічаються жінки на різних рівнях та етапах психічних розладів.

Під нашим спостереженням знаходилося 75 жінок, віком від 19-59 років з невротичними (27), депресивними (23) та психотичними (25) розладами.

Середній вік обстежуваних складав 39,8 років. Тривалість захворювання було від 1-12 років, в середньому 7,2 роки. З хворими проводилася клінічна бесіда а також їм був запропонований спеціально розроблений та підготовлений нами опитувальник. Використовувалась 5-ти бальна шкала оцінки значимості. Опитування хворих з психотичними та депресивними розладами проводилося після досягнення в процесі терапії достатньо адекватного ставлення до свого стану.

В результаті проведених досліджень були виявлені наступні групи особистісно значимих проблем, з якими зіштовхувалися жінки, що знаходилися на лікуванні в психіатричному стаціонарі :

I. Особистісні

II. Сімейні

III. Фінансові

Психологічні проблеми проявлялись відчуттям меншвартості та неможливістю самореалізації. Причиною цьому було, як стверджували опитувані, «шок» внаслідок перебування в психіатричному стаціонарі, психічні розлади, які посилювали низьку самооцінку, завищені вимоги до себе, завищена оцінка оточуючих (реальна або уявна), що не дозволяє добиватися доброго місця праці та навчання. Відчуття втрати перспек-

тив на майбутнє (кар'єра, заміжжя), відчуття упередженого ставлення оточуючих, зокрема, як до психічно хворої. Група сімейних проблем визначалася :

- Порушенням стосунків з чоловіком (конфлікти, розпад або загроза розпаду сім'ї);
- Трудністю виконання сімейних та домашніх обов'язків;
- Порушенням стосунків з батьками (гіперопіка, втрата взаєморозуміння, конфронтація);
- Проблема взаємовідносин з дітьми;
- Фінансові проблеми, пов'язані з психічним захворюванням, виникали через втрату місця праці та необхідність тривалого лікування.

В залежності від значимості, психотравмуючі фактори, пов'язані із психічним захворюванням, в порядку наростання розподілялися наступним чином:

1. Порушення сімейних стосунків.
2. Незадовільний стан власного здоров'я .
3. Відповідальність за побут та виховання дітей.
4. Високі кошти лікування.
5. Фінансові затруднення.
6. Побічна дія препаратів.
7. Трудність у прийнятті рішення та проблема вибору правильної поведінки.
8. Втрата працездатності та неспроможність виконувати домашні обов'язки.
9. Відчуття соціального відчуження.
10. Відчуття соціальної незахищеності.

Ця послідовність наростання психотравмуючих проблем від 1 до 10 пункту корелювалася із збільшенням віку та зростанням тривалості захворювання. Для 75 % хворих на невротичний розлад найбільш значимими, крім всіх інших були такі проблеми, як занижена самооцінка, переживання, пов'язані з хворобою, стосунки з оточенням, відчуття зниження працездатності.

При депресивних станах у 85% хворих на передній план виходили проблеми виконання рутинних обов'язків і втрати сенсу життя.

У 78% хворих з психотичними порушенням основні психоемоційні проблеми стосувалися тривалого прийому психотропних препаратів, часто з їх побічною дією, порушення родинних чи сімейних стосунків, фінансові проблеми.

Якщо в молодих жінок психічний розлад викликав в першу чергу переживання особистісного характеру (заміжжя, вагітність, пологи, сімейні стосунки, власне здоров'я), то в пацієнток старшого віку на перший план виходили фінансові проблеми, важкість або неспроможність виконання своїх професійних чи домашніх обов'язків. Практично в усіх хворих в сім'ях спостерігалися напружені стосунки, порушувалися відносини з батьками та дітьми. Тягарем ставали побутові проблеми. Під впливом психічних розладів порушувалися

ті функції і обов'язки, які традиційно розглядаються як жіночі.

Обговорення

Ще Е.Крепелін відмічав, що психопатологічні розлади в жінок мають яскраво виражене афективне забарвлення та можуть індукуватися психогенними факторами. Тому можна стверджувати, що психопатологічні розлади підтримують та посилюють існуючі в них проблеми, а існуючі проблеми загострюють психічні розлади. В останні роки в різних країнах все більшого значення набирають різні громадські об'єднання споживачів психіатричної допомоги. Важливе місце в їх роботі займає освітній процес, в ході якого члени сімей і самі пацієнти отримують необхідні знання про природу і характер психічних розладів, про проблеми, які виникають при цьому, а також можливі методи лікування. В міру формування громадських непрофесійних об'єднань в психіатрії самі психіатри все більше усвідомлюють користь для лікування такої первинної освіти. Виникає необхідність широкого застосування методів психосоціальної реабілітації та дестигматизації.

Висновки

1. Психологічні розлади та психотравмуючі проблеми у жінок зумовлюють взаємну індукцію
2. Проблеми жінок, хворих психічно не можуть бути вирішені тільки на рівні медицини. Вони вимагають зосередження зусиль і уваги всього суспільства, зміни багатьох поширених поглядів на психічні захворювання в цілому та міжособистісні стосунки в родині зокрема.

Література:

1. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. М.1996
2. Асанова Л.М., Лаврова Т. Н., Психогенные невротические депрессии у женщин (психопатологический и психосоматический аспекты) Ж. Неврол. и психиатрии. 2001; 11, 14-18
3. Ветроградова О.П., Поляков С.Э., Степанов И.П. и др. Структура пограничных расстройств депрессивного спектра. Ж. Неврол. и психиатрии. 1992; 92, 103-105
4. Влох І.Й., Галецька І.І. Психологічні аспекти стигматизації та реабілітації. Львів. 2007. 225с.
5. Воробьев М.И., Винникова И.М., Смирнова О.Ю. Депрессивные расстройства невротического уровня у больных общемедицинской сети. В кн: Ранняя диагностика и прогноз депрессий. М.1990; 16-19
6. Рыжков В. Практическая психология женских кризисов? Санкт-Петербург: 1998.
7. Точилев В.А. Неглубокие депрессии и их распознавание. История вопроса и современное состояние (обзор). Обзорение психиатр. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1999; 3;39-43.
8. Kesser R., McVonagle, Swarz H. et al. Sex and depression in the national comorbidity survey. J.Affect Dis. 1993; 23;85-96.
9. Witkin G. The Female Stress Syndrome. Newmarket Press, N.Y. 1991.
10. Wolk S.I. Weissman m.M. Women anf depression: an update. Review of Psychiatry. Waschington D.C.: American Psychiatry Press. 1995;14;227-259

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НЕВРОТИЗИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ У ЖЕНЩИН С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА

Б. В. Кулик, И. И. Влох, Р. И. Билобрывка, Т. М. Гришканыч

Было проведено исследование психоэмоциональных проблем и невротизирующих факторов у 75 женщин с психическими заболеваниями, которые оказывают психотравмирующее и индуцирующее на психические нарушения влияние.

Ключевые слова: психические заболевания, невротизация, проблемы женщин

PSYCHOEMOTIONAL PROBLEMS AND FACTORS OF NEUROTIZATION IN WOMEN WITH MENTAL DISORDERS AND THE WAYS OF THEIR OVERCOMING IN CASE OF ECONOMIC CRISIS

B. V. Kulyk, I. Y. Vlokh, R. I. Bylobryvka, T. M. Gryshkanych

Psychologically important problems of 75 women, treated in psychiatric hospital, that were considered as psychotraumatic and inductive mental disorders factors have been studied.

Keywords: mental disorders, neurotization, women's problems

УДК 616.8:616-006.6]-036-08-059

С. И. Табачников, А. Ю. Васильева, В. Г. Бондарь, М. Б. Доценко

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО СТАЦИОНАРА

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины,

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкий областной противоопухолевый центр

Ключевые слова: больные злокачественными новообразованиями, непсихотические психические расстройства, психокоррекционные мероприятия, противоопухолевый стационар

Своевременное распознавание и правильная квалификация непсихотических психических расстройств в онкологической практике приобретают реальный смысл лишь в сочетании с эффективной их коррекцией, которые относятся к важным факторам повышения качества лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями [1-3]. Согласно данным многочисленных исследований, а также собственных данных потребность в психокоррекции выявляется в среднем у 50–90% онкологически больных, что объясняется высокой распространенностью психической патологии, среди которой наибольший вес принадлежит тревожно-депрессивным расстройствам [4-8].

Результаты проведенного нами комплексного исследования 450 онкобольных, находившихся на лечении в Донецком областном противоопухолевом центре, позволили сформулировать общие требования к содержанию и организации психокоррекционных мероприятий для пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, страдающими злокачественными новообразованиями различной локализации в условиях специализированного противоопухолевого стационара. Основной целью психокоррекционных вмешательств является снижение уровня тревоги и депрессии, избавление пациентов от ощущения безнадёжности, связанной с манифестацией, рецидивом

и/или метастазированием онкологической патологии; помочь пациентам более адекватно оценить значение психотравмирующих событий; преодолеть боль и пессимистическое восприятие сложившейся ситуации; коррекция иррациональных установок с выделением адекватных целей и мобилизацией усилий; редукция страха рецидива и/или смерти с формированием новых перспектив вне болезни. Так как лечение непсихотических психических расстройств у онкобольных предполагает не только устранение симптомов, но и коррекцию терапевтически неблагоприятных личностных особенностей пациентов и возвращение им их социально-ролевых функций (семейных, профессиональных, межличностных и др.), необходимо использовать интегративный комплекс, включающий современные методы психотерапевтического и психофармакологического вмешательства в сочетании с назначенным противоопухолевым лечением основного заболевания, который способствует изменению отношения пациентов к своему состоянию и повышает комплаинс. В организационном плане, на наш взгляд, оптимальна консультационно-связующая модель оказания медицинской помощи [9], предусматривающая совместную курацию пациентов онкологом и психотерапевтом или психиатром. Эта модель обеспечивает не только прямой контакт с пациентами готовыми к психотерапевтическому и/или психиатрическому лечению, но и актив-

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НЕВРОТИЗИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ У ЖЕНЩИН С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА

Б. В. Кулик, И. И. Влох, Р. И. Билобрывка, Т. М. Гришканыч

Было проведено исследование психоэмоциональных проблем и невротизирующих факторов у 75 женщин с психическими заболеваниями, которые оказывают психотравмирующее и индуцирующее на психические нарушения влияние.

Ключевые слова: психические заболевания, невротизация, проблемы женщин

PSYCHOEMOTIONAL PROBLEMS AND FACTORS OF NEUROTIZATION IN WOMEN WITH MENTAL DISORDERS AND THE WAYS OF THEIR OVERCOMING IN CASE OF ECONOMIC CRISIS

B. V. Kulyk, I. Y. Vlokh, R. I. Bylobryvka, T. M. Gryshkanych

Psychologically important problems of 75 women, treated in psychiatric hospital, that were considered as psychotraumatic and inductive mental disorders factors have been studied.

Keywords: mental disorders, neurotization, women's problems

УДК 616.8:616-006.6]-036-08-059

С. И. Табачников, А. Ю. Васильева, В. Г. Бондарь, М. Б. Доценко

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО СТАЦИОНАРА

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины,

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкий областной противоопухолевый центр

Ключевые слова: больные злокачественными новообразованиями, непсихотические психические расстройства, психокоррекционные мероприятия, противоопухолевый стационар

Своевременное распознавание и правильная квалификация непсихотических психических расстройств в онкологической практике приобретают реальный смысл лишь в сочетании с эффективной их коррекцией, которые относятся к важным факторам повышения качества лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями [1-3]. Согласно данным многочисленных исследований, а также собственных данных потребность в психокоррекции выявляется в среднем у 50–90% онкологически больных, что объясняется высокой распространенностью психической патологии, среди которой наибольший вес принадлежит тревожно-депрессивным расстройствам [4-8].

Результаты проведенного нами комплексного исследования 450 онкобольных, находившихся на лечении в Донецком областном противоопухолевом центре, позволили сформулировать общие требования к содержанию и организации психокоррекционных мероприятий для пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, страдающими злокачественными новообразованиями различной локализации в условиях специализированного противоопухолевого стационара. Основной целью психокоррекционных вмешательств является снижение уровня тревоги и депрессии, избавление пациентов от ощущения безнадёжности, связанной с манифестацией, рецидивом

и/или метастазированием онкологической патологии; помочь пациентам более адекватно оценить значение психотравмирующих событий; преодолеть боль и пессимистическое восприятие сложившейся ситуации; коррекция иррациональных установок с выделением адекватных целей и мобилизацией усилий; редукция страха рецидива и/или смерти с формированием новых перспектив вне болезни. Так как лечение непсихотических психических расстройств у онкобольных предполагает не только устранение симптомов, но и коррекцию терапевтически неблагоприятных личностных особенностей пациентов и возвращение им их социально-ролевых функций (семейных, профессиональных, межличностных и др.), необходимо использовать интегративный комплекс, включающий современные методы психотерапевтического и психофармакологического вмешательства в сочетании с назначенным противоопухолевым лечением основного заболевания, который способствует изменению отношения пациентов к своему состоянию и повышает комплаинс. В организационном плане, на наш взгляд, оптимальна консультационно-связующая модель оказания медицинской помощи [9], предусматривающая совместную курацию пациентов онкологом и психотерапевтом или психиатром. Эта модель обеспечивает не только прямой контакт с пациентами готовыми к психотерапевтическому и/или психиатрическому лечению, но и актив-

ное сотрудничество со специалистами онкологического профиля – хирургами-онкологами, химиотерапевтами и радиологами.

Психофармакотерапия должна проводиться по принципу монотерапии эмоциональных нарушений и дифференцированного использования антидепрессантов, в зависимости от клинического варианта непсихотических психических расстройств. Такой подход обусловлен стремлением к минимизации возникновения побочных эффектов психофармакотерапии и, в свою очередь, предоставляет возможность активно вовлекать пациентов в терапевтический процесс, тем самым способствует более быстрой дезактуализации болезненных переживаний и восстановлению психоэмоционального состояния.

Н. А. Марутой (2001) [10] были разработаны требования для использования антидепрессантов, наиболее приемлемых в лечении пациентов, страдающих соматической патологией: минимальная выраженность побочных эффектов (нейротропных и соматотропных), которые могли бы нарушить функции внутренних органов, привести к усугублению имеющейся соматической патологии; ограниченность признаков поведенческой «токсичности» (седация, нарушение концентрации внимания и т.д.); безопасность при передозировке; простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации, а также однократного приема в течение суток). Кроме того, учитывая специфику соматической патологии пациентов, были сформулированы дополнительные требования для использования препаратов в лечении пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями и принимающих специальную противоопухолевую терапию: низкая вероятность нежелательных межлекарственных взаимоотношений с противоопухолевыми химиопрепаратами; использование препаратов, имеющих «морфинсберегающее» действие (потенцирование анальгезирующего эффекта) при хроническом болевом синдроме у онкологических больных, связанном как с непосредственным поражением нервных волокон, так и с нейропатиями [11-12]; не снижающаяся активность препаратов при их длительном применении, в т.ч. при поддерживающей терапии соматически ослабленных пациентов.

Практически всем вышеперечисленным требованиям отвечают антидепрессанты последних поколений: из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (-СИОЗСН), норадренергических и селективных серотонинергических (НССА) и мелатонинергических антидепрессантов (МТ), которые обладают высокими показателями эффективности, переносимости и безопасности при применении их в сочетании с химиотерапией у онкологических больных [13-16].

На основе полученных нами данных об особенностях личности, типов отношения к онкологическому заболеванию [17-19], проявляющихся, прежде всего, в

«общем снижении активности, изменении иерархии мотивационно-потребностной сферы, сокращении временной перспективы», специфики онкологического заболевания, а также клинического полиморфизма эмоциональных расстройств у онкобольных, нами были разработаны основные принципы организации психотерапевтической коррекции непсихотических психических расстройств, развивающихся на фоне онкологической патологии, в условиях противоопухолевого стационара: системность и многоуровневость психотерапевтического воздействия, учитывающего особенности организации лечебного процесса; этапность и комплексность психотерапевтических мероприятий; максимальная индивидуализация психотерапевтических воздействий с учетом сферы повреждения физиологических систем организма, локализации, тяжести, длительности и стадии онкологического заболевания; дифференцированное сочетание патогенетической, симптоматической и профилактической направленности психотерапевтических мероприятий при сочетании индивидуальных и групповых («палатных») форм работы с онкобольными с активным вовлечением в лечебный процесс членов их семей (семейная психотерапия) и направленность психотерапевтических воздействий на купирование тревожно-депрессивной симптоматики, коррекцию неадекватного отношения к онкологическому заболеванию, дезактуализацию некоторых неблагоприятных симптомов опухолевого процесса.

Психотерапия больных, страдающих злокачественными новообразованиями, должна строиться как на общих принципах данного вида лечения, так и иметь ряд специфических особенностей с учетом отражения онкологического заболевания в психике пациентов и модальности копинг-стратегий (эмоциональный – связанный с различными видами реагирования на отдельные симптомы, онкологическое заболевание в целом и его последствия; интеллектуальный (когнитивный) – связанный с представлениями больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях и мотивационно-поведенческий – связанный с изменением поведения и образа жизни в условиях тяжелой соматической болезни и актуализацией профессиональной или бытовой деятельности после завершения курсов противоопухолевого лечения). Кроме того, один из основных принципов психотерапии — строгая индивидуализация подхода и выбора метода воздействия в приложении к онкологической клинике — приобретала особую окраску: в частности, первые контакты с пациентами должны быть крайне осторожными, и направлены на изучение и выяснение установок онкобольных, что дает в дальнейшем возможность психотерапевту почувствовать и понять ту особую, всегда достаточно тонко индивидуализированную форму «взаимоотношения» больного и его заболевания, которую избрал для себя тот или иной пациент. Особенность психотерапии онкологических больных состоит также в том, что коррекция должна

проводиться постійно, на всем протяжении захворювання. На різних етапах захворювання може змінюватися і глибина психогенних реакцій, їх фабула, але ситуація постійно залишається достатньо гострою — по суті мова йде про екстремальних умовах існування.

При проведенні психотерапевтичних заходів повинні використовуватися найбільш конструктивні механізми справляння: активне співробітництво і участь пацієнтів в діагностичному і лікувальному процесі, розвиток позитивних мотивацій до протипухлинного лікування, активний пошук підтримки в терапевтичній і соціальній середі, проблемний аналіз хвороби і її можливих наслідків, розумна ступінь ігнорування хвороби і певне дистанціювання в відношенні проявів захворювання, терпеливість, збереження самообладання і емоційної розрядки, що сприяє заміні незрілих або неадекватних захисних реакцій на більш адаптивні способи психологічної компенсації, а конструктивне змінювання ставлення пацієнта до онкологічного захворювання сприяє, зокрема, симптоматичному зниженню тривоги, зміцненню почуття «Я» і підвищенню самооцінки.

Психотерапевтичні заходи в умовах спеціалізованого протипухлинного стаціонару повинні здійснюватися в три етапи (згідно з концепцією Б. В. Михайлова [20]): седативно-адаптуючий, лікувально-коректуючий і підтримуючо-профілактичний. Основними завданнями седативно-адаптуючого етапу є встановлення емоційного контакту з онкохворим, формування довіри і адекватного ставлення до проведення психотерапії, який етап складається з 2-3 індивідуальних і 3-4 групових занять з використанням раціональної і косвенної психотерапії, направленої на потенціювання протипухлинної терапії. Другим (лікувально-коректуючим) етапом є проведення з 4-6 індивідуальних і 6-8 групових занять з використанням раціональної, когнітивно-поведінкової, короткотривалої позитивної психотерапії і методів психічної саморегуляції і цілеспрямованого самовдосконалення з позитивною креативною візуалізацією на фоні аудіальної модальності сприйняття спеціально підібраними музичними композиціями і звуками природи в стані прогресивної міорелаксації за Джекобсоном. Завданнями цього етапу є усвідомлення онкохворими зв'язу емоційних розладів з онкологічним захворюванням і особливостями їх особистості; корекція масштабу переживання хвороби і її соціальної значущості; формування у хворого позитивної терапевтичної перспективи і досягнення позитивної динаміки його емоційного стану. В завдання третього (підтримуючо-профілактичного) етапу психотерапії входить закріплення досягнутого терапевтичного ефекту, адекватного і терапевтично сприятливого ставлення до онкологічного захворювання і про-

філактика розвитку в подальшому не психотических психічних розладів. З цією метою проводиться 2-3 індивідуальних і 4-5 групових занять шляхом вдосконалення навичок психічної саморегуляції і раціональної психотерапії.

Основною задачею інтегративної психотерапевтичного комплексу є формування максимального адаптивних (в межах ресурсів особистості) способів реагування на хворобу, не супроводжуваних запереченням реальності захворювання, відмовою від протипухлинного лікування і іншими порушеннями комплаєнтності. Для реалізації цієї мети нами були виділені наступні цілі психотерапевтичного впливу: зменшення інтенсивності тривожних і депресивних переживань, гармонізація сприйняття власної хвороби, направлена на зменшення почуття безсилля і формування менш катастрофічного образу пухлинної хвороби, створення у онкологічних хворих позитивного настрою до проходження протипухлинного лікування і активну боротьбу з захворюванням, подолання у хворих синдрому відсутності сенсу життя і адаптація онкологічних хворих і їх близьких до нових життєвих умов, розв'язання внутрішньосімейних конфліктів, прямо або косвенно пов'язаних з захворюванням.

Таким чином, в наше час вже не викликає сумнівів, що в психологічній реабілітації онкологічних хворих необхідний комплексний підхід. Результати проведеного нами дослідження свідчать про доцільність поєднаного використання психофармакологічних засобів і психотерапевтичних методів корекції не психотических психічних розладів у пацієнтів, страждаючих злоякісними новоутвореннями, в умовах спеціалізованого протипухлинного центру, що сприяє не тільки усуненню емоційного дистресу у пацієнтів і членів їх сімей, але і надає терапевтично сприятливий вплив на динаміку основного онкологічного захворювання.

Література:

1. Рак в Україні, 2008-2009 рр. // Бюлетень Національного канцер-реєстру. – 2010. – №11. – 111 с. – Режим доступу:
2. Anton S. M. Anxiety, depression and quality of life of oncology staff / S. M. Anton, S. Kurbel, S. Enovi [et al.] // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – № 15 (2). – P. 160.
3. Hou L. Relationship of relatives' depression to Chinese cancer survivors symptoms, quality of life and depression / L. Hou, Y. Zheng, P. Peng [et al.] // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – № 15 (2). – P. 272.
4. Pramod D. S. Psychological assessment in patients with oncopathology: Need to break psychological barriers / D. S. Pramod, R. N. Salgokar, A. R. Nirmalkumar, P. S. Vaishali / Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – Vol. 15 (2). – P. 145.
5. Grassi L. Depressive and anxiety disorders among cancer patients: screening methods by using the distress thermometer compared to the ICD-10 / L. Grassi, S. Sabato, L. Marmai [et al.] // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006, 381 – P. 162.
6. Смулевич А. Б. Психічні розлади в онкології (результати мультицентрової програми «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова // Психічні розлади в загальній

медицине. – 2009. – № 1. – С. 4-11.

7. Fazal S. Supportive and palliative care of pancreatic cancer / S. Fazal, M. W. Saif // JOP. – 2007. – № 8 (2). – P. 240-53.

8. Gil Moncayo F. L. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients / F. L. Gil Moncayo, R. G. Costa, F. J. Perez, M. Salameiro, N. Sanchez, A. Sirgo // Med Clin (BCN). – 2008. – Vol. 130(3). – P. 90-92.

9. Михайлов Б. В. Интегративная система оказания психиатрической помощи на модели Харьковского региона / Б. В. Михайлов, Н. А. Марута, А. И. Сердюк, Е. В. Кришталь [и соавт.] // Український вісник психоневрології. – Т. 10, вип. 1(30), 2002 (додаток). – С. 208-209.

10. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9. – Вип. 4 (29). – с. 79-82.

11. Ермаков Н. Б. Лечение болевого синдрома в онкологической практике / Н. Б. Ермаков, Э. А. Жаврид // Рецепт. – 2001. – Vol. 17 (3). – P. 40-45.

12. Miller A. The effectiveness of antidepressants in the treatment of chronic non-cancer pain – a review / A. Miller, J. Rabe-Jablonska // Psychiatr Pol. – 2005. – Vol. 39 (1). – P. 21-32.

13. Williams M. D. Selective serotonin reuptake inhibitors and patients with carcinoid tumor / M. D. Williams, T. Dolenc // Psychosomatics. – 2005. – Vol. 46 (4). – P. 370-372.

14. Jin Y. CYP2D6 genotype, antidepressant use, and tamoxifen metabolism during adjuvant breast cancer treatment / Y. Jin, Z. Desta, V. Stearns [et al.] // J Natl Cancer Inst. – 2005. – Vol. 97. – P. 30-39.

15. Самушия М. А. Стимулотон (сертралин) в терапии депрессивных расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями / М. А. Самушия, Е. А. Мустафина // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 02. – № 2. – Режим доступа:

16. Kelly C. M. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study / C. M. Kelly, D. N. Juurlink, T. Gomes [et al.] // BMJ. – 2010. – Vol. 340. – P. 693.

17. Васильева Г. Ю. Особливості психологічного реагування на захворювання у пацієнтів, які страждають на онкологічну патологію / Г. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2009. – Т. 15. – № 4 (59). – С. 67-69.

18. Васильева А. Ю. Психологические особенности больных, страдающих злокачественными новообразованиями / А. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2010. – Т. 16. – № 1 (60). – С. 74-77.

19. Васильева Г. Ю. Оцінка взаємозв'язку між особливостями психологічного реагування та якістю життя у пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення / Г. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2010. – Т. 16. – № 2 (61). – С. 57-63.

20. Психотерапия в общесоматической медицине (Клиническое руководство) / [Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев]. – Харьков, 2002. – 108 с.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗМІСТУ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ У УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ПРОТИПУХЛИННОГО СТАЦІОНАРУ

С. І. Табачников, Г. Ю. Васильєва, В. Г. Бондар, М. Б. Доценко

У статті наведено загальні вимоги до організації та змісту психокорекційних заходів щодо хворих на онкологічну патологію: основні напрямки та методи психотерапевтичного підходу та психофармакотерапії у комплексному лікуванні цього контингенту хворих, а також обґрунтовано необхідність застосування різних методів психотерапевтичного та психофармакологічного втручання задля стабілізації їх емоційного стану та, як наслідок, підвищення ефективності протиопухлинного лікування.

Ключові слова: хворі на злоякісні новоутворення, непсихотичні психічні розлади, психокорекційні заходи, протиопухлинний стаціонар

FEATURES AND CONTENT OF PSYCHOCORRECTIVE MEASURES IN COMPLEX TREATMENT CANCER PATIENTS IN A SPECIALIZED ANTITUMOR HOSPITAL

S. I. Tabachnikov, A. Yu. Vasylyeva, V. G. Bondar, M. B. Dotsenko

The article presents general requirements for the organization and content of the correction measures for patients with cancer pathology: directions and methods of psychotherapeutic approaches and psychopharmacotherapy in the treatment of these patients, and the necessity of using different methods and modern psychotherapeutic intervention to emotion condition stabilisation.

Keywords: cancer patients, non-psychotic psychic disorders, psychocorrection, antitumor hospital

УДК: 616-006-06+616.89-008-02+61:340.63

С.С. Шум

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: онкохворі, психічні розлади, судово-психіатрична оцінка, цивільна дієздатність

Актуальність. Поширеність психічних розладів у хворих із злоякісними новоутвореннями значно вища ніж у загальній популяції [1].

За результатами численних наукових досліджень, поширеність психічних розладів в онкологічних хворих залежить від локалізації онкологічного процесу та стадії захворювання і за різними даними становить від 47-52% до 92,3-100% (останні цифри формуються за рахунок розповсюдженості астеничного симптомокомплексу) [2; 3].

Переважну частку в структурі психічних розладів при онкопатології складають непсихотичні порушення. Частота тривожно-депресивних синдромів в онкохворих за даними різних авторів становить від 56 % [4] до 69,5 % [5].

Не дивлячись на численність наукових досліджень в галузі психоонкології, більшість з них виконувались на контингенті хворих з початковими стадіями онкопроцесу і не охоплювали судово-психіатричних аспектів даної проблеми. Тому дослідження, присвячене

медицине. – 2009. – № 1. – С. 4-11.

7. Fazal S. Supportive and palliative care of pancreatic cancer / S. Fazal, M. W. Saif // JOP. – 2007. – № 8 (2). – P. 240-53.

8. Gil Moncayo F. L. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients / F. L. Gil Moncayo, R. G. Costa, F. J. Perez, M. Salameiro, N. Sanchez, A. Sirgo // Med Clin (BCN). – 2008. – Vol. 130(3). – P. 90-92.

9. Михайлов Б. В. Интегративная система оказания психиатрической помощи на модели Харьковского региона / Б. В. Михайлов, Н. А. Марута, А. И. Сердюк, Е. В. Кришталь [и соавт.] // Український вісник психоневрології. – Т. 10, вип. 1(30), 2002 (додаток). – С. 208-209.

10. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9. – Вип. 4 (29). – с. 79-82.

11. Ермаков Н. Б. Лечение болевого синдрома в онкологической практике / Н. Б. Ермаков, Э. А. Жаврид // Рецепт. – 2001. – Vol. 17 (3). – P. 40-45.

12. Miller A. The effectiveness of antidepressants in the treatment of chronic non-cancer pain – a review / A. Miller, J. Rabe-Jablonska // Psychiatr Pol. – 2005. – Vol. 39 (1). – P. 21-32.

13. Williams M. D. Selective serotonin reuptake inhibitors and patients with carcinoid tumor / M. D. Williams, T. Dolenc // Psychosomatics. – 2005. – Vol. 46 (4). – P. 370-372.

14. Jin Y. CYP2D6 genotype, antidepressant use, and tamoxifen metabolism during adjuvant breast cancer treatment / Y. Jin, Z. Desta, V. Stearns [et al.] // J Natl Cancer Inst. – 2005. – Vol. 97. – P. 30-39.

15. Самушия М. А. Стимулотон (сертралин) в терапии депрессивных расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями / М. А. Самушия, Е. А. Мустафина // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 02. – № 2. – Режим доступа:

16. Kelly C. M. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study / C. M. Kelly, D. N. Juurlink, T. Gomes [et al.] // BMJ. – 2010. – Vol. 340. – P. 693.

17. Васильева Г. Ю. Особливості психологічного реагування на захворювання у пацієнтів, які страждають на онкологічну патологію / Г. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2009. – Т. 15. – № 4 (59). – С. 67-69.

18. Васильева А. Ю. Психологические особенности больных, страдающих злокачественными новообразованиями / А. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2010. – Т. 16. – № 1 (60). – С. 74-77.

19. Васильева Г. Ю. Оцінка взаємозв'язку між особливостями психологічного реагування та якістю життя у пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення / Г. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2010. – Т. 16. – № 2 (61). – С. 57-63.

20. Психотерапия в общесоматической медицине (Клиническое руководство) / [Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев]. – Харьков, 2002. – 108 с.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗМІСТУ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ У УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ПРОТИПУХЛИННОГО СТАЦІОНАРУ

С. І. Табачников, Г. Ю. Васильєва, В. Г. Бондар, М. Б. Доценко

У статті наведено загальні вимоги до організації та змісту психокорекційних заходів щодо хворих на онкологічну патологію: основні напрямки та методи психотерапевтичного підходу та психофармакотерапії у комплексному лікуванні цього контингенту хворих, а також обґрунтовано необхідність застосування різних методів психотерапевтичного та психофармакологічного втручання задля стабілізації їх емоційного стану та, як наслідок, підвищення ефективності протиопухлинного лікування.

Ключові слова: хворі на злоякісні новоутворення, непсихотичні психічні розлади, психокорекційні заходи, протиопухлинний стаціонар

FEATURES AND CONTENT OF PSYCHOCORRECTIVE MEASURES IN COMPLEX TREATMENT CANCER PATIENTS IN A SPECIALIZED ANTITUMOR HOSPITAL

S. I. Tabachnikov, A. Yu. Vasylyeva, V. G. Bondar, M. B. Dotsenko

The article presents general requirements for the organization and content of the correction measures for patients with cancer pathology: directions and methods of psychotherapeutic approaches and psychopharmacotherapy in the treatment of these patients, and the necessity of using different methods and modern psychotherapeutic intervention to emotion condition stabilisation.

Keywords: cancer patients, non-psychotic psychic disorders, psychocorrection, antitumor hospital

УДК: 616-006-06+616.89-008-02+61:340.63

С.С. Шум

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: онкохворі, психічні розлади, судово-психіатрична оцінка, цивільна дієздатність

Актуальність. Поширеність психічних розладів у хворих із злоякісними новоутвореннями значно вища ніж у загальній популяції [1].

За результатами численних наукових досліджень, поширеність психічних розладів в онкологічних хворих залежить від локалізації онкологічного процесу та стадії захворювання і за різними даними становить від 47-52% до 92,3-100% (останні цифри формуються за рахунок розповсюдженості астеничного симптомокомплексу) [2; 3].

Переважну частку в структурі психічних розладів при онкопатології складають непсихотичні порушення. Частота тривожно-депресивних синдромів в онкохворих за даними різних авторів становить від 56 % [4] до 69,5 % [5].

Не дивлячись на численність наукових досліджень в галузі психоонкології, більшість з них виконувались на контингенті хворих з початковими стадіями онкопроцесу і не охоплювали судово-психіатричних аспектів даної проблеми. Тому дослідження, присвячене

вивченню особливостей психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями на термінальних стадіях онкопроцесу та їх судово-психіатрична оцінка, є актуальним з огляду на збільшення кількості судово-психіатричних експертиз онкохворих у цивільному судочинстві.

Матеріал і методи дослідження. В рамках даної роботи, за умови інформованої згоди, у відповідності до вимог та на підставах Закону України «Про психіатричну допомогу», було обстежено 98 хворих (47 чоловіків та 51 жінка) з онкологічними захворюваннями. Дослідження проводилось на базі клінічного відділення паліативної допомоги Київської міської лікарні №2. Вибір тематичних хворих не обмежувався віком, статтю та локалізацією онкологічного процесу. До групи дослідження не включались особи з раніше діагностованими тяжкими психічними захворюваннями, хворі з пухлинами головного мозку та онкогематологією, а також ті пацієнти, що отримували наркотичні анальгетики.

Обстеження проводилось за допомогою спеціально розробленої структурованої карти обстеження з використанням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, соціально-демографічного, статистичного методів дослідження. Враховувались результати додаткових лабораторних та інструментальних клінічних методів обстеження, а також висновки консультативних оглядів інших спеціалістів (невропатологів, онкологів та ін.).

Метою даної роботи було вивчення клінічної структури та клініко-психопатологічних особливостей психічних розладів при онкопатології, з метою експертної оцінки впливу цих розладів на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та / або можливість керувати ними, для подальшої розробки судово-психіатричних експертних підходів при проведенні СПЕ особам з онкологічними захворюваннями у цивільному процесі.

Результати роботи. За віком наймолодшою пацієнткою серед обстежених хворих була жінка 29 років з

раком прямої кишки, а найстаршим обстеженим пацієнтом виявився чоловік 86 років із злоякісним новоутворенням легені. Загалом серед обстежених онкохворих переважали особи похилого та старечого віку від 50 до 86 років (87 – 88,8 % випадків). З них частка осіб віком понад 80 років становила 10,2 % випадків. Віковий розподіл дослідженого контингенту, наведений у таблиці 1, в цілому відповідає віковим тенденціям онкозахворюваності, ризик якої, як відомо, значно збільшується після 50 років. До того ж, за віковим показником група обстежених онкохворих співпадає з даними щодо вікового розподілу осіб з онкопатологією на час укладання ними правочинних угод.

Дані з таблиці 1 свідчать, що жінки хворіють на онкологічні захворювання у молодшому віці, ніж чоловіки. Проте, через нечисленність спостережень, розцінювати ці дані як гендерну тенденцію онкозахворюваності не слід.

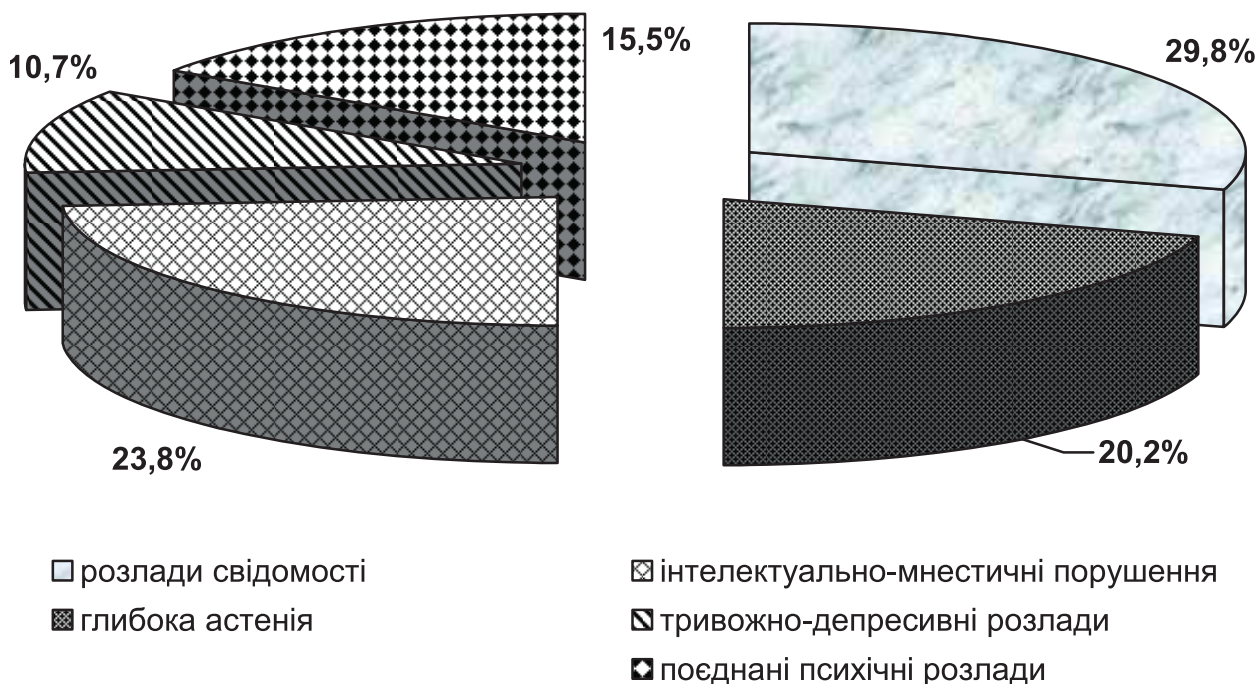
Локалізація первинної пухлини охоплювала: органи травлення (36,2 % у чоловіків і 39,2 % у жінок); органи дихання (відповідно 34,0 % і 5,9 %, $p < 0,05$); статеві органи, простата у чоловіків (6,4 %) статеві органи, молочна залоза у жінок (39,2 %, $p < 0,05$); сечовидільні органи (8,5 % і 2,0 %), анонімна, невізуалізована первинна пухлина, при наявності метастатичних новоутворень (8,5 % і 3,9 %), інша локалізація первинної пухлини (6,4 % і 9,8 %). Розподіл хворих за локалізацією злоякісного новоутворення відображає достовірне переважання пухлинного ураження органів дихання (бронхів, легенів) у чоловіків та онкогінекологічної патології у жінок, що відповідає загальним тенденціям в онкології. Проте, встановити будь-який взаємозв'язок між локалізацією пухлинного процесу та психопатологічними особливостями психічних розладів не вдалося.

Всі досліджені хворі перебували в термінальних стадіях онкопроцесу. В усіх випадках діагнози та результати консультативних оглядів містили посилення на ускладнення основного онкологічного захворювання (метастазування, інтоксикацію, анемію, больо-

Таблиця 1

Вік хворих на час обстеження

Вік хворих (у роках)	Кількість хворих				Всього	
	Чоловіки		Жінки			
	п	%	п	%	п	%
18-29	—	—	1	2,0	1	1,0
30-39	—	—	1	2,0	1	1,0
40-49	—	—	9	17,6	9	9,2
50-59	11	23,4	8	15,7	19	19,4
60-69	16	34,0	16	19,4	32	32,7
70-79	15	31,9	11	21,6	26	26,5
понад 80	5	10,7	5	9,8	10	10,2
Разом	47	100,0	51	100,0	98	100,0



Малюнок 1. Структура психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями

вий синдром без застосування наркотичних анальгетиків, асцит, ексудативний плеврит, тощо).

При динамічному обстеженні хворих з онкологічною патологією на вихідних стадіях онкопроцесу, з метою виявлення у них психічних розладів було встановлено, що відсутність будь-яких психічних розладів відмічалась лише в 14 (14,3 %) випадках. У решті онкохворих (84 – 85,7 %) спостерігались ті чи інші психічні розлади, структура яких наведена на малюнку 1.

Розлади свідомості відмічалась у 25 (29,8 %) випадках. З них у 19 (22,6%) випадках спостерігались неспсихотичні розлади свідомості стадії оглушення рівню обнулінняції та сомнолентності. У 6 (7,1 %) випадках відмічалась психотичні розлади свідомості за типом делірію (F 05). Із зрозумілих причин хворі у стані сопору (прекоми) та коми обстеженню не підлягали. Ці випадки були інформативними лише у плані аналізу типу динаміки порушень свідомості в онкохворих.

За динамікою спостерігалось два типи порушень свідомості:

1) ремітуючий з періодами чередування порушеної та поновленням ясної свідомості під впливом екзогенно-ендогенних факторів (наприклад, ракової інтоксикації, ускладнень онкопатології, дезінтоксикаційної терапії, тощо) Такі транзиторні розлади свідомості зазвичай носили тимчасовий скороминучий перебіг, тривали від декількох хвилин до декількох годин і мали характер оглушення з порушенням усвідомлення об'єктивної дійсності, дезорієнтуванням, фрагментарним сприйняттям оточуючого, відсутністю реакцій на незначні подразники, малопродуктивністю мовного контакту тощо. Цей тип порушень свідомості становить найбільші діагностичні труднощі у плані своєчас-

ного виявлення, диференціальної діагностики з астеничними станами та фіксуванням у медичній документації. Розлади свідомості неглибокого рівня, з чітким діагностуванням цих станів, вкрай рідко були відображені в історіях хвороби. Здебільшого лікарі лише опосередковано відображали розлади свідомості, фіксуючи у своїх записках погіршення загального стану хворих, їх загальмованість, утрудненість контакту, відсутність відповідей на більшість питань, відсутність реакцій на тиху мову, тощо. При цьому нерідко зазначали «свідомість ясна», що зводило нанівець достовірність діагностичної та судово-психіатричної оцінки медичних даних щодо стану хворого.

2) поступово-прогресивний тип перебігу розладів свідомості зазвичай свідчив про вихідну стадію процесу. Починаючись з симптомів оглушення, розлади свідомості прогресивно поглиблюючись переходили у кому з наступним летальним кінцем, без світлих проміжків, без відновлення ясної свідомості або покращення. Цей процес тривав від декількох годин, до 1-3 діб. У цьому періоді родичі (оточуючі) хворого, усвідомлюючи наближення летального кінця, іноді терміново намагались ініціювати укладання юридичних угод, що в подальшому може виступати підґрунтям судового розгляду та призначення експертизи.

Особливістю деліріозних станів в онкохворих була невиразність психомоторного збудження через фізичну виснаженість та астенизацію. Клінічна картина делірію в онкохворих характеризувалась наявністю зорових ілюзій та галюцинацій страхітливого змісту, порушенням орієнтування та адекватного сприйняття оточуючої дійсності, відсутністю повноцінного контакту, зміною мовної продукції, неадекватністю висловлювань, поведінки, емоційними реакціями роздратовано-

сті, страху, агресивності до оточуючих. Через виснаженість та астенію, фізична активність хворих зазвичай була обмежена ліжком або межами палати, проте, у деліріозному стані вони намагались встати з ліжка, покинути палату, некритично відмовлялись від лікування, агресивно реагували на спроби їх заспокоїти та допомогти. Деліріозні розлади свідомості не представляли діагностичних труднощів. Ці стани досить повно відображались в історіях хвороби та в 4 (4,8 %) випадках виступали причиною призначення консультації лікаря-психіатра.

На противагу їм, непсихотичні розлади свідомості за типом неглибоких стадій оглушення (обнуління, сомноленції), здебільшого лишались недіагностованими психічними розладами, незафіксованими в медичній документації і, як наслідок, не виступали причинами призначення консультації психіатра, так як розцінювались лікарями в межах «звичайних астеничних проявів у тяжко хворих на рак», що в подальшому, при можливому проведенні СПЕ, може призвести до невідповідності експертних висновків реальному стану пацієнта.

У жінок розлади свідомості спостерігались частіше ніж у чоловіків.

Клінічна картина розладів свідомості непсихотичного рівня та станів глибокої астенії ідентична за своїми клінічними проявами, що викликає диференціально діагностичні труднощі. Основною відмінною ознакою, притаманною розладам свідомості, є дезорієнтування в оточуючому, ситуації, місці перебування. При станах, навіть глибокої астенії, орієнтування у власній особистості, часі, місці перебування у хворих зберігається. Діагностична ідентифікація цих станів має суттєве значення для судово-психіатричної експертної оцінки. Розлади свідомості будь-якого рівня однозначно унеможливають здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

Глибока астенія із загальмованістю, сонливістю, утрудненням мовного контакту з короткими відповідями на питання після паузи тихим голосом, важкістю відтворення інформації, виснажливістю, байдужістю до оточуючого, апатичністю, підвищеною сугестивністю в такому стані, може впливати на здатність адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, розуміти сутність та фактичний характер явищ та подій, планувати та усвідомлювати наслідки власних, тим більше юридично значимих вчинків, при збереженні поверхневого розуміння суті подій.

Ознаки психічної астенії різного ступеню важкості з підвищеною психофізичною втомлюваністю, швидкою виснажливістю, емоційною лабільністю, дратівливою слабкістю, непереносимістю зовнішніх подразників, важкістю сприйняття нової інформації, забудькуватістю, порушеннями фіксації, утримання та відтворення інформації, зменшенням здатності до цілеспрямованої розумової діяльності, нестійкістю, обмеженням уваги, афективними розладами у вигляді дратівливої дистимічності з ситуативно-обумовленими змінами

афекту, тощо, спостерігались в усіх без виключення досліджених хворих. Ознаки глибокої астенії (F 06.6) відмічались у 17 (20,2 %) випадках, у жінок частіше ніж у чоловіків.

З судово-психіатричних позицій розлади свідомості однозначно можуть бути підставою для законного огляду психіатром з метою унеможливлення будь-яких маніпуляцій з правочиноздатністю хворих. Навіть виходячи з практичних реалій лікарської діяльності, враховуючи термінальну стадію онкозахворювання і його прогнозований кінець, а також беручи до уваги медико-етичні міркування, твердження про обов'язковий огляд лікаря-психіатра є однозначним. Вирішення цієї дилеми, в основі якої лежить, перш за все, захист законних і етичних прав пацієнта, потребує зваженого наукового і законодавчо урегульованого підходу з розробкою моделі надання комплексної онкопсихіатричної допомоги хворим з онкологічною патологією.

Інтелектуально-мнестичні розлади від легкого когнітивного зниження до виразного психоорганічного синдрому спостерігались у 20 (23,8 %) випадках. Високий відсоток цих розладів був пов'язаний з переважанням осіб похилого віку з високою часткою супутніх, насамперед неврологічних захворювань (церебрального атеросклерозу, енцефалопатій різного генезу, хронічного порушення мозкового кровообігу, залишкових явищ перенесених гострих порушень мозкового кровообігу, тощо).

Легке когнітивне зниження (F 06.7) з незначними порушеннями пам'яті, важкістю навчання та сприйняття нового матеріалу, утрудненим зосередженням уваги, як наслідок безпосереднього впливу онкологічного захворювання спостерігалось у 7 (8,3 %) випадках.

Психоорганічний синдром (F 07.9) з більш виразними розладами пам'яті, порушеннями інтелекту, афективною нестійкістю, внаслідок органічного ураження головного мозку різного генезу, складав 13 (15,5 %) випадків. З них стадії виразних інтелектуально-мнестичних розладів до ступеню деменції, психоорганічний синдром сягав у 5 (6,0 %) випадках. Діагноз «деменція» не встановлювався через відсутність можливості спостерігати хворих щонайменше 6 місяців відповідно до критеріїв діагностики деменції за МКХ-10. В даних випадках ця умова є особливо актуальною, з урахуванням потенціюючого впливу онкопатології на інтелектуально-мнестичні розлади, що може помилково розцінюватись як деменція, але при покращенні онкологічного стану пацієнта не відповідати рівню набутого недоумства.

Інтелектуально-мнестичні розлади є супутніми, а не наслідковими порушеннями онкопатології, на відміну від інших зазначених психічних розладів. Онкологічні захворювання внаслідок соматогенного (інтоксикаційного) та психогенного (афектогенного) впливу можуть поглиблювати інтелектуально-мнестичні розлади. Останні ж виступають патопластичним підґрунтям розвитку розладів свідомості, глибокої астенії,

афективних та психотичних порушень при онкопатології. У чоловіків інтелектуально-мнестичні розлади спостерігались частіше, ніж у жінок.

Судово-психіатрична оцінка інтелектуально-мнестичних порушень залежить від рівня та глибини психопатологічних розладів. Наявність легкого когнітивного зниження чи невиразного психоорганічного синдрому не позбавляє онкохворих здатності усвідомлювати значення своїх дій та можливості керувати ними. Психопатологічні розлади при помірному психоорганічному синдромі можуть істотно впливати на здатність усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. При виразному психоорганічному синдромі, що сягає рівня деменції, така здатність порушується.

Афективні порушення у вигляді тривожно-депресивних розладів в рамках органічних розладів настрою (F 06.32) або невротичних розладів адаптації (F 43.22, F 43.23) спостерігались в 9 (10,7 %) випадках. Особливістю цих станів, в осіб з онкологічними захворюваннями на вихідних стадіях, була невиразність, неглибокий рівень клінічних проявів, з існуванням тривоги, депресії, неспокою, роздратованості, гнівливості, сльозливості, іноді апатичності, з відсутністю суїцидальних думок, намірів і спроб. Виявлені афективні розлади не впливали на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

У 13 (15,5 %) випадках при динамічному спостереженні за психічним станом пацієнтів відмічалась поєднана психічна патологія, тобто постійне або тимчасове співіснування декількох психічних розладів (співіснування інтелектуально-мнестичних та тривожно-депресивних розладів, розвиток розладів свідомості на тлі когнітивних чи інтелектуально-мнестичних порушень, наростання астенічних проявів через стадію глибокої астенії до прогресуючих порушень свідомості від оглушення до коми, тощо).

Не дивлячись на поширеність психічних розладів, більшість з яких носили виразний характер, консультація лікаря-психіатра призначалась у 6 (7,1 %) випадках. Причинами консультативного огляду у 4 (4,8 %) випадках виступали психомоторне збудження під впливом психотичних розладів свідомості та депресивні стани, переважно із сльозливістю та неспокоєм (2 – 2,3 % випадків).

Відповідно, процент об'єктивного відображення психічного стану пацієнтів в історіях хвороби був низьким, що зменшуватиме експертну цінність медичних документів як джерела отримання доказів при проведенні судово-психіатричних експертиз онкохворих.

Висновки

Таким чином, дослідивши і проаналізувавши поширеність, структуру та клініко-психопатологічні особливості психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями можна зробити наступні висновки.

1. У хворих з онкологічною патологією на вихідних стадіях онкопроцесу відмічалась висока поширеність психічних розладів. При обстеженні онкохворих з метою виявлення психічних розладів було встановлено, що відсутність будь-яких психічних порушень відмічалась лише в 14,3 % випадків. У решти онкохворих (85,7 %) спостерігались ті чи інші психічні розлади.

2. Структура психічних розладів в осіб із зловживаннями новоутвореннями включала: розлади свідомості – 29,8 %; глибоку астенію – 20,2 %; когнітивні порушення, інтелектуально-мнестичне зниження – 23,8 %; тривожно-депресивні розлади – 10,7 %; поєднані психічні розлади – 15,5 %.

3. Судово-психіатрична оцінка психічних розладів при онкопатології залежить від рівня та глибини психопатологічних порушень. Розлади свідомості, виразне інтелектуальне зниження, що сягає ступеню деменції унеможливають усвідомлення особою значення своїх дій та можливість керувати ними. Наявність легкого когнітивного зниження, невиразного психоорганічного синдрому, неглибоких тривожно-депресивних та астенічних порушень не позбавляє онкохворих здатності усвідомлювати значення своїх дій та можливості керувати ними. Психопатологічні розлади при помірному психоорганічному синдромі, глибокій астенії можуть істотно впливати на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

4. Не дивлячись на поширеність психічних розладів, консультація лікаря-психіатра призначалась лише у 7,1 % випадках. Причинами консультативного огляду виступали психомоторне збудження під впливом психотичних розладів свідомості та депресивні стани. Неповне відображення психічного стану пацієнтів в історіях хвороби зменшуватиме експертну цінність медичних документів як джерела отримання доказів при проведенні судово-психіатричних експертиз онкохворих.

Література:

1. Касимова Л. Н. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных / Л. Н. Касимова, Т. В. Жилева // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2007. – № 3. – С. 21-25.
2. Дубініна К. С. Психічні розлади в онкологічних хворих у термінальному стані / К. С. Дубініна // *Архів психіатрії*. – 2004. – Т. 10, № 3 (38). – С. 122-125.
3. Печерникова Т. П. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза лиц с онкологическими заболеваниями в гражданском процессе (пособие для врачей) / Т. П. Печерникова, Н. В. Бутылина. – М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2003. – 31 с.
4. Бажин Е. Ф. Психогенные реакции онкологически больных: метод рекомендации / Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов. – Ленинград, 1983. – 33 с.
5. Васильева А. Ю. Непсихотические психические расстройства у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями: дис. докт. мед. наук: 14.01.16 / Васильева Анна Юрьевна. – 2010. – 328 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С.С. Шум

В статье представлена структура и клинико-психопатологические особенности психических расстройств у онкобольных. Проведена их экспертная судебно-психиатрическая оценка.

Ключевые слова: онкобольные, психические расстройства, судебно-психиатрическая оценка, гражданская дееспособность

CLINICAL CHARACTERISTIC OF MENTAL DISORDERS AMONG PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

S.S. Shum

The article presents the structure and clinical psychopathological features of mental disorders among cancer patients. Their expert forensic psychiatric assessment was held.

Keywords: patients with cancer, mental disorders, forensic psychiatric evaluation, civil capacity

УДК 616.89

О.Г. Сыропятов¹, Н.А. Дзеружинская², А.Н. Дзюба², Н.Г. Астафурова³

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ

Украинская военно-медицинская академия, г. Киев¹

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев²

Институт психотерапии и клинической психологии, г. Москва³

Часть II

Ключевые слова: стресс, тревога, депрессия, перфекционизм, психическое выгорание

Для изучения значения перфекционизма при психическом выгорании использовалось экспериментально-психологическое исследование. В соответствии с Индивидуально типологическим опросником (ИТО), типология индивидуальности базируется на восьми тенденциях: четырёх основных и четырёх промежуточных: лидерство, неконформность, конфликтность, индивидуализм, зависимость, конформность, компромисс, коммуникативность. Результат соединения двух тенденций реализуется в виде восьми вариантов социального поведения: экстраверсия, спонтанность, агрессивность, ригидность, интроверсия, сенситивность, тревожность, лабильность. Противоположные типологические особенности ригидность – лабильность формируют, в свою очередь, два полярных типа, что представляют смешанные варианты соответственно «слабого» и «сильного» типов. Ригидный тип характеризуется соединением индивидуальной самоуглублённости и упрямства с интроверсией и представляет собой инертность установок, негибкой, отгороженной личности, склонной к педантизму и настороженной педантичности, с формально-логическим мышлением. Лабильный тип – отличается выраженной изменчивостью настроения, мотивационной нестойкостью, повышенной эмоциональностью, художественным типом восприятия. Промежуточные характеристики представляют собой сплав особенностей, синтез двух ведущих тенденций, что проявляется в социальной активности индивида. Чем отчётливее выражена

та или иная особенность, тем ближе к норме эта тенденция, тем устойчивее структура индивидуально-личностных особенностей.

Уровень социальной активности (стремление к общению) в основной группе был неадекватным, имели место фрустрация физической и социальной активности личности. Индивидуально-типологические свойства данной группы характеризовались наличием гипертимной акцентуации, которая проявлялась в повышенных показателях экстравертированности, коммуникативности, лидерства, конформности (рис. 1.) .

Выявлены высокие показатели в основной группе испытуемых по таким личностным свойствам, как аггравация, конфликтность, конформность и компромиссность, экстраверсия, агрессивность и ригидность, сенситивность, тревожность и эмоциональная лабильность.

Показатели свойств личности по ИТО: 1) лживость; 2) аггравация; 3) лидерство; 4) неконформность; 5) конфликтность; 6) индивидуализм; 7) зависимость; 8) конформность; 9) компромиссность; 10) коммуникативность; 11) экстраверсия; 12) спонтанность; 13) агрессивность; 14) ригидность; 15) интроверсия; 16) сенситивность; 17) тревожность; 18) лабильность.

Результаты анализа способов урегулирования конфликтов по двухмерной модели урегулирования конфликтов К. Томаса показали, что у лиц с психическим выгоранием преобладала конкуренция, как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому (24%), и избегание, для которого характерно

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С.С. Шум

В статье представлена структура и клинико-психопатологические особенности психических расстройств у онкобольных. Проведена их экспертная судебно-психиатрическая оценка.

Ключевые слова: онкобольные, психические расстройства, судебно-психиатрическая оценка, гражданская дееспособность

CLINICAL CHARACTERISTIC OF MENTAL DISORDERS AMONG PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

S.S. Shum

The article presents the structure and clinical psychopathological features of mental disorders among cancer patients. Their expert forensic psychiatric assessment was held.

Keywords: patients with cancer, mental disorders, forensic psychiatric evaluation, civil capacity

УДК 616.89

О.Г. Сыропятов¹, Н.А. Дзеружинская², А.Н. Дзюба², Н.Г. Астафурова³

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ

Украинская военно-медицинская академия, г. Киев¹

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев²

Институт психотерапии и клинической психологии, г. Москва³

Часть II

Ключевые слова: стресс, тревога, депрессия, перфекционизм, психическое выгорание

Для изучения значения перфекционизма при психическом выгорании использовалось экспериментально-психологическое исследование. В соответствии с Индивидуально типологическим опросником (ИТО), типология индивидуальности базируется на восьми тенденциях: четырёх основных и четырёх промежуточных: лидерство, неконформность, конфликтность, индивидуализм, зависимость, конформность, компромисс, коммуникативность. Результат соединения двух тенденций реализуется в виде восьми вариантов социального поведения: экстраверсия, спонтанность, агрессивность, ригидность, интроверсия, сенситивность, тревожность, лабильность. Противоположные типологические особенности ригидность – лабильность формируют, в свою очередь, два полярных типа, что представляют смешанные варианты соответственно «слабого» и «сильного» типов. Ригидный тип характеризуется соединением индивидуальной самоуглублённости и упрямства с интроверсией и представляет собой инертность установок, негибкой, отгороженной личности, склонной к педантизму и настороженной педантичности, с формально-логическим мышлением. Лабильный тип – отличается выраженной изменчивостью настроения, мотивационной нестойкостью, повышенной эмоциональностью, художественным типом восприятия. Промежуточные характеристики представляют собой сплав особенностей, синтез двух ведущих тенденций, что проявляется в социальной активности индивида. Чем отчётливее выражена

та или иная особенность, тем ближе к норме эта тенденция, тем устойчивее структура индивидуально-личностных особенностей.

Уровень социальной активности (стремление к общению) в основной группе был неадекватным, имели место фрустрация физической и социальной активности личности. Индивидуально-типологические свойства данной группы характеризовались наличием гипертимной акцентуации, которая проявлялась в повышенных показателях экстравертированности, коммуникативности, лидерства, конформности (рис. 1.) .

Выявлены высокие показатели в основной группе испытуемых по таким личностным свойствам, как аггравация, конфликтность, конформность и компромиссность, экстраверсия, агрессивность и ригидность, сенситивность, тревожность и эмоциональная лабильность.

Показатели свойств личности по ИТО: 1) лживость; 2) аггравация; 3) лидерство; 4) неконформность; 5) конфликтность; 6) индивидуализм; 7) зависимость; 8) конформность; 9) компромиссность; 10) коммуникативность; 11) экстраверсия; 12) спонтанность; 13) агрессивность; 14) ригидность; 15) интроверсия; 16) сенситивность; 17) тревожность; 18) лабильность.

Результаты анализа способов урегулирования конфликтов по двухмерной модели урегулирования конфликтов К. Томаса показали, что у лиц с психическим выгоранием преобладала конкуренция, как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому (24%), и избегание, для которого характерно

Индивидуально-типологические особенности в основной группе

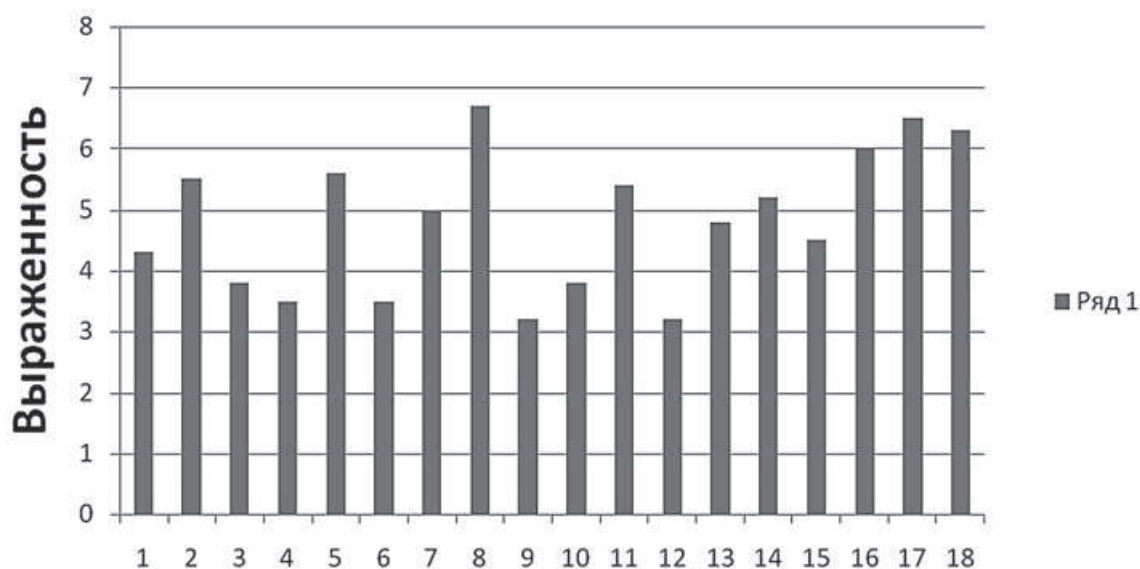


Рисунок 1

как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей (76%) (см. табл. 4).

Таблица 4
Способы урегулирования конфликтов (%±m)

Способ урегулирования конфликтов	Основная группа (N=150)	Группа сравнения (n=30)
Конкуренция	24±4,3	16,7±3,7
Приспособление	-	26,6±4,4
Компромисс	-	10,0±3,0
Избегание	76±4,3	46,7±5,0
Сотрудничество	-	-
Всего	100	100

У испытуемых основной группы ведущим способом разрешения конфликтов были конкуренция и избегание. В то время как в группе сравнения у лиц без признаков психического выгорания диапазон способов разрешения конфликтов был разнообразнее. Социально-психологической атмосферой в обществе можно объяснить отсутствие такого способа разрешения конфликтов, как «сотрудничество».

В сравнительном исследовании структуры перфекционизма и тактик целеполагания использовался опросник Н.Г. Гаранян и А.Б.Холмогоровой.

Для статистического сравнения групп использовался критерий Mann-Whitney для независимых выборок,

критерий Wilcoxon для зависимых выборок, для установления корреляционных связей – коэффициент корреляции Spearman, коэффициент Pearson. Обработка полученных результатов производилась с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows (Standard Version 11.5, Copyright © SPSS Inc., 2002).

Факторный анализ выявил 6-факторную структуру инструмента:

1) восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими);

2) завышенные притязания и требования к себе;

3) высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»;

4) селектирование информации о неудачах и ошибках;

5) поляризованное мышление;

6) контроль над чувствами.

Все факторы обладали высокими показателями надежности (коэффициент α -Кронбаха в диапазоне от 0,6038 до 0,7855), за исключением фактора «Контроль над чувствами», который в дальнейшей работе не был выделен в качестве самостоятельной шкалы. Психологическое содержание остальных факторов находится в близком соответствии с теоретически предполагаемыми параметрами перфекционизма, что служит подтверждением исходной гипотезы, т.к. традиционно факторный анализ пунктов опросника рассматривается как средство проверки предположений о структуре изучаемых личностных черт.

Сравнительное исследование структуры и выраженности перфекционизма в изучаемых группах проводили с применением коэффициента Mann-Whitney.

Таблиця 5

Структура перфекціонізму в изучаемых группах испытуемых

Шкалы опросника перфекционизма-	Больные с преимущественно депрессивными расстройствами (N=106)		Больные с преимущественно тревожными расстройствами (N=44)		Группа сравнения (n=30)	
	M	SD	M	SD	M	SD
1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	19,2 ^{ac}	6,5	16,8 ^{ce}	6,5	11,0 ^{ac}	5,2
2. Завышенные притязания и требования к себе	12,3 ^b	4,0	12,5 ^c	3,4	10,7 ^{bc}	4,0
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»	12,5 ^a	4,2	11,6 ^c	3,7	9,1 ^{ac}	3,7
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	8,6 ^{ad}	2,6	7,4 ^{cd}	2,7	4,3 ^{ac}	2,7
5. Поляризованное мышление - «все или ничего»	9,4 ^a	3,4	9,3 ^c	3,4	7,5 ^{ac}	2,9
Общий показатель перфекционизма	66,8 ^a	15,4	62,8 ^c	15,0	47,7 ^{ac}	13,7

Примечания: M – среднее значение, SD – стандартное отклонение

a – различие между лицами с депрессивными расстройствами и группой сравнения ($p < 0,01$)

b – различие между лицами с депрессивными расстройствами и группой сравнения ($p < 0,05$)

c – различие между лицами с тревожными расстройствами и группой сравнения ($p < 0,01$)

d – различие между лицами с депрессивными и тревожными расстройствами ($p < 0,01$)

e – различие между лицами с депрессивными и тревожными расстройствами ($p < 0,05$)

В таблице 5 приводятся результаты корреляционного анализа показателей перфекционизма и симптоматических показателей, сравнивается структура перфекционизма у лиц с психическим выгоранием и в группе сравнения.

Показатели перфекционизма у лиц с депрессивными и тревожными расстройствами достоверно выше аналогичных показателей группы сравнения. Испытуемые с депрессивными расстройствами характеризуются более высокими значениями когнитивных параметров перфекционизма (восприятия других людей как делегирующих высокие ожидания и селектирования негативной информации о неудачах и ошибках). Отсутствие значимых различий между сравниваемыми основными группами по показателям перфекционизма подтверждает «унитарную» модель взаимоотношений депрессии и тревоги.

Установлены множественные положительные корреляционные связи между показателями перфекционизма и показателями депрессии и тревоги различных симптоматических шкал (r -Spearman для общего показателя перфекционизма и показателей тревоги и депрессии от 0,412 до 0,570) (табл.5).

Проанализированы взаимосвязи показателей перфекционизма с характеристиками уровня притязаний испытуемых.

На следующем рисунке представлены диапазоны значений показателя Z, отражающие уровень притязаний у лиц основной группы и группы сравнения (рис.2).

Диапазон значений показателя Z в эксперименте на уровень притязаний у лиц с СЭВ, страдающих депрессивными и тревожными расстройствами, и испытуемых группы сравнения («здоровых»).

Тактики целеполагания у страдающих депрессивными и тревожными расстройствами с СЭВ отличаются от таковых у испытуемых группы сравнения.

В условиях эксперимента на уровень притязаний диапазон трудности выбираемых пациентами целей

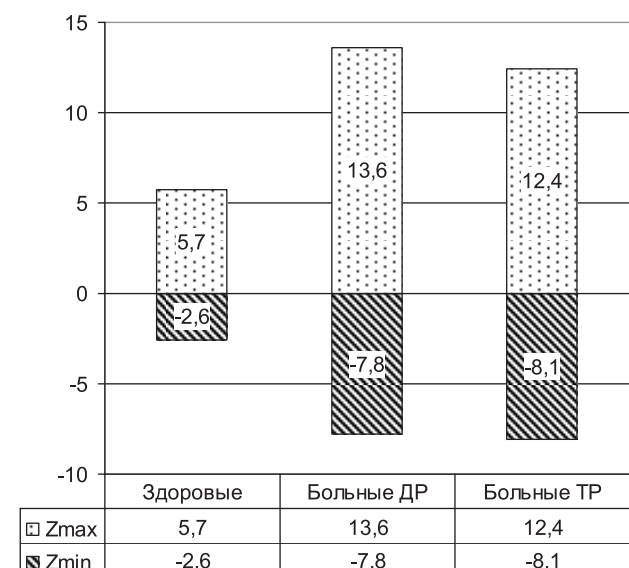


Рисунок 2

резко расширен, в сравнении с нормой. Отмечается чередование очень трудных целей (неуспех при достижении которых не переживается болезненно) с очень легкими (где успех гарантирован).

Корреляционный анализ выявляет достоверные связи общего показателя перфекционизма как со стремлением к успеху, так и с избеганием неудач. Согласно общепринятым положениям теории мотивации достижения, этот вариант поведения в ситуации выбора цели является способом защиты от переживаний неуспеха. При такой стратегии выбора цели пациенты минуют среднюю зону посильных, но одновременно трудных и интересных задач, в которой стремление к успеху может быть максимально реализовано и сопровождаться удовлетворением. Лица с высоким уровнем перфекционизма оказываются во власти двух противоречивых стремлений – достичь многого, не испытав при этом неудачи, что образует основу их внутриспсихического конфликта.

При двукратном обследовании испытуемых с депрессивными расстройствами установлена относительная стабильность перфекционизма как черты личности. Эти результаты подтверждают патопластическую модель, акцентирующую взаимовлияние личностных дисфункций и депрессии. Они также соответствуют модели «характерологического спектра», согласно которой эмоциональное расстройство является результатом заострения имеющихся личностных особенностей.

В результате исследования установлены множественные положительные связи между отдельными параметрами перфекционизма и дисфункциональными личностными чертами. Наибольшее число этих связей установлено для когнитивных параметров, наименьшее – для параметров «высокие притязания» и «высокие стандарты». Данные корреляции были зафиксированы как в группе лиц с депрессивными расстройствами, так и в группе сравнения. Они служат важным аргументом в пользу тезиса о том, что традиционная типологическая диагностика личностных нарушений при синдроме психического выгорания должна дополняться параметрической – оценкой отдельных дисфункциональных личностных черт (в том числе, и перфекционизма), сопряженных со склонностью к депрессивному и тревожному реагированию.

Выводы

1. Синдром психического выгорания у врачей часто сопровождается депрессивной и тревожной симптоматикой, которые тесно связаны со структурой личности.

2. Анализ психопатологической структуры расстройств показывает, что лица с синдромом выгорания и наличием депрессивных и тревожных расстройств имеют существенно более высокие, по сравнению с группой сравнения, показатели симптомов психических расстройств.

3. Поскольку тревожно-депрессивная симптоматика наблюдалась не только у лиц с СЭВ, но и в группе сравнения, можно предположить, что СЭВ является

категорией более психологической, чем психопатологической и коррелирует с особенностями личностного реагирования, отражая, по-видимому, уровень адаптационных резервов организма.

4. С помощью личностного опросника (ИТО) выявлены высокие показатели в основной группе испытуемых по таким личностным свойствам, как аггравация, конфликтность, конформность и компромисность, экстравагантность, агрессивность и ригидность, сенситивность, тревожность и эмоциональная лабильность.

5. Результаты анализа способов урегулирования конфликтов по двухмерной модели урегулирования конфликтов К. Томаса показали, что у лиц с психическим выгоранием преобладала конкуренция, как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому (24%), и избегание, для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей.

6. Дисфункциональная личностная черта перфекционизм имеет сложную психологическую структуру, включающую наряду с высокими стандартами деятельности и притязаниями, параметры когнитивных искажений: восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания, постоянное сравнение себя с окружающими (персонализация), дихотомическую оценку результата деятельности и ее планирование по принципу «все или ничего» (поляризованное мышление), селективное информирование о собственных неудачах и ошибках (негативное селективное информирование).

7. Лица с депрессивными и тревожными расстройствами при синдроме психического выгорания характеризуются значимо более высокими показателями всех параметров перфекционизма, в сравнении с испытуемыми без СЭВ. У лиц с депрессивными расстройствами (по сравнению с таковыми с тревожными расстройствами) сильнее выражены когнитивные параметры перфекционизма: «восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с ними)» и негативное селективное информирование. Перфекционизм является относительно стабильной личностной чертой: при выходе из депрессивного состояния его показатели снижаются, однако, остаются повышенными в сравнении с показателями здорового контроля.

Литература:

1. Юрєва Л.Н. Гореть на работе, но не сгорать: современные направления профилактики и лечения синдрома выгорания у врачей. – *Здоров'я України* - №2 (13) червень 2010. – С.39.
2. Freudenberger H.J. Staff burn-out//*Journal of Social Issues*. – 1974. – V.30. – P. 159-165.
3. Ммулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
4. (Kaplan H.J., Sadock B.J.) Каплан Г.И., Сэддок В.Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. с доп./под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГОЭТАР, 1998. – 505 с.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд. МГУ, 1976. – 237 с.
6. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Изд. «Мысль», 1988. – 301 с.

7. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: МГУ, 1989. – 215 с.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: МГУ, 1987. – 168 с.
9. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. – 1999. - №2. – С.61-90.
10. Юдеева Т.Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств: дисс. ... кандидата психологических наук. – М., 2007. – 275 с.
11. Sanderson W.C., Wetzler S., Beck A.T. & Betz F. Prevalence of personality disorder among patients with anxiety disorders. // *Psychiatry Reseach*. – Vol. 51, Issue 2, Feb. 1994. – P.167-174.
12. Corruble E., Ginestet D., Guelfi J. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. // *J. Affect. Disord.* – 1996. – Vol. 37. – P. 157-170.
13. Вертоградова О.П., Степанов И.Л., Банников Г.С., Коньков С.А. Роль личности в социально-психической дезадаптации при депрессиях // *Материалы международной конференции психиатров, Москва 16-18 февраля 1998.* – С.76-77.
14. Мосолов С.Н. Клиническое применение антидепрессантов. – СПб: Медицинское информационное агентство, 1995. – 565 с.
15. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е издание. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
16. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Сост. Д.Я. Рейгородский: Самара, 2000. – С. 161-169.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ПРИ СИНДРОМІ ПСИХІЧНОГО ВИГОРАННЯ

О.Г. Сиропятов, Н.О. Дзеружинська, О.М. Дзюба, Н.Г. Астафурова

Аналізується роль перфекціонізму у походженні тривоги та депресії при психічному вигоранні.

Ключові слова: стрес, тривога, депресія, перфекціонізм, психічне вигорання

CLINICAL MEANING OF PERFECTIONISM IN SYNDROME OF MENTAL BURNOUT

O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaya, O.M. Dzuba, N.G. Astafurova

Analysis of the role of perfectionism in origin of anxiety and depression with mental burnout.

Keywords: stress, anxiety, depression, perfectionism, mental burnout

УДК 616.831-006:616.89-008-036:159.9

В.В. Огоренко

ТИПОЛОГІЯ ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З МЕЖОВИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В СТРУКТУРІ КЛІНІЧНОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: первинні пухлини головного мозку, межові психічні порушення, тип ставлення до хвороби, індивідуальна модель психотерапевтичної допомоги

Проблема взаємозалежності між онкологічними захворюваннями і психічними розладами, що впливають на тяжкість стану, ступінь дезадаптації, тривалість життя і комплаєнтність до традиційних методів лікування, розглядається багатьма дослідниками [1-4 та ін]. Факт діагнозу смертельної хвороби відбивається на психічному стані онкологічних хворих з будь-якою локалізацією пухлинного процесу - за даними літератури, кожен другий пацієнт страждає різними психічними порушеннями [5, 6], які в свою чергу вкрай негативно впливають на перебіг більшості онкологічних захворювань і сприяють настанню передчасної смерті [7]. Діагноз «пухлина головного мозку» не є винятком - це потужний стресовий фактор, який має надзвичайний по силі і тривалості психотравмуючий вплив на особистість хворого [8, 9]. Повідомлення про діагноз ПГМ викликає психологічне потрясіння і сприймається пацієнтом як крах майбутнього [9]. У багатьох випадках пухлини головного мозку (за даними різних авторів, від 40 до 100% спостережень) поєднуються з психічними розладами, які на ранніх стадіях форму-

вання пухлини найчастіше є єдиними клінічними проявами онкологічного захворювання [11-13 і др.]. Проблеми ранньої діагностики, лікування та реабілітації хворих при онкологічній патології головного мозку залишаються багато в чому не вирішеними. Добре відомо, що пухлини головного мозку, особливо злоякісні, в силу особливостей росту, характеризуються досить ранніми клінічними проявами, проте за даними різних авторів період між першими проявами захворювання та остаточною постановкою діагнозу становить від 24 до 1 місяця [12; 13 і др.]. Лікування ОГМ, особливо злоякісних, обмежується їх здатністю до інфільтративного росту з проростанням в зони мозку з високої функціональної значимістю і значною резистентністю до більшості методів лікування [14; 15]. Все це робить їх радикальне видалення скрутним. Однак саме ця біологічна властивість визначає лікувальну тактику, вибір методу і засібу хірургічного втручання, післяопераційні функціональні результати [16]. У наявній літературі немає переконливих даних, заснованих на багатоцентрових, рандомізованих дослі-

ТИПОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СТРУКТУРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В.В. Огоренко

В статье рассмотрены результаты изучения типологии отношения к болезни в популяции больных с первичными опухолями головного мозга. Представлены данные о структуре пограничных психопатологических нарушений. Проведен сравнительный анализ типологии отношения к болезни в зависимости от степени злокачественности новообразований. Изложена концепция построения индивидуальной модели психотерапевтической помощи больным, базирующейся на результатах исследования.

Ключевые слова: первичные опухоли головного мозга, пограничные психические нарушения, тип отношения к болезни, индивидуальная модель психотерапевтической помощи

TYPOLOGY OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS BOUNDARY STRUCTURE OF THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF BRAIN TUMORS

V.V. Ogorenko

In the article the results of the study related to the typology of the disease in a population of patients with primary brain tumors. The presented data on the structure of frontier psychopathological disorders. A comparative analysis of the typology of the disease, depending on the degree of malignancy of tumors. The conception of building a model of individual psychotherapy to the patients, based on research.

Keywords: primary brain tumor, borderline mental disorders, the type of the disease, individual model of psychotherapeutic help.

УДК: 616.89.- 008.19:615.066

Л. В. Рахман¹, А. Р. Панас², С. М. Гнатюк І, І. С. Тхір²

РОЛЬ КОМОРБІДНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В РОЗВИТКУ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

²Комунальний заклад «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

Ключові слова: коморбідні психічні розлади, терапевтично резистентні депресії

Короткий огляд коморбідності при депресивних розладах не ставить собі за мету вичерпний аналіз даної проблеми. Враховуючи практично неосяжний об'єм публікацій – як спеціальних, так і узагальнюючих щодо депресій та їх різновидностей, на сьогоднішній день більш актуальними є проблем-центровані огляди. Їх завданням є сфокусувати увагу не лише психіатрів, а й суміжних фахівців на складних клінічних та психопатологічних аспектах депресивних розладів, серед яких коморбідність виходить чи не найперший план. Відтак, завданням даного огляду літератури є короткий аналіз проблеми в сучасному доволі суперечливому колі практичної психіатрії.

Депресивні розлади відносяться до психічних захворювань, які найчастіше зустрічаються [7,9]. Наслідки депресії визначають найбільш відчутну суспільну втрату активних років життя за рахунок хвороби і інвалідизації та суттєво підвищують ризик суїциду [7,16]. За даними епідеміологічних досліджень, існує ймовірність, що в майбутньому депресивні розлади набудуть більшого поширення за рахунок збільшення середньої тривалості життя населення, постійно зростаючого рівня стресу поряд із ослабленням соціальної підтримки. Згідно із прогнозами ВООЗ, до 2020 року депресія займе друге місце серед захворювань, що призводять до втрати працездатності [5,7,14,15,16]. Водночас, за

даними багатьох авторів, найбільшою проблемою, незважаючи на появу великої кількості сучасних антидепресантів та значний прогрес в розумінні патогенетичних механізмів розвитку депресії, є зростання терапевтично резистентних станів, які спостерігаються в середньому у 40-60 % хворих з депресивними розладами [2,5,7,8,9,15]. Тому проблема затяжних та резистентних до терапії депресій є актуальною як в нашій країні, так і за кордоном. На сьогоднішній день у 60-70 % пацієнтів з депресивними розладами після лікування виявляються залишкові ознаки депресивної симптоматики, що свідчить про лише частковий ефект терапії, а у 5-10 % таких хворих зовсім не спостерігається ефекту [2,7,8].

Виходячи із сучасних загально прийнятих критеріїв, депресія є резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3-4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно відмінними препаратами відмічається відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становить менше 50%) [2,9].

В світлі сучасних поглядів на патогенез терапевтично резистентних депресій (ТРД) виникнення та формування фармакорезистентності розглядається як складна, багаторівнева функціональна патологічна система з вираженими порушеннями на всіх її рівнях – нейрофі-

зіологічному, психофізіологічному, метаболічному та соціально-психологічному. Питання коморбідності психічних захворювань із депресивними розладами в аспекті формування терапевтичної резистентності останніх представляє великий науково-практичний інтерес, оскільки доведено, що більше, ніж в 50% випадків терапевтично резистентних депресій вони клінічно супроводжувалися іншими психічними розладами [7,8,14,15]. В ситуаціях, коли ТРД поєднується із іншими психічними захворюваннями, вона набуває ознак більшої вираженості, при цьому суттєво підвищується ризик суїцидальності, хворі частіше змушені проходити стаціонарне лікування, прогноз захворювання є більш несприятливим [1,3,6,9,15,16]. Увагу вчених привертала корелюючі зв'язки між депресією та іншою супутньою психіатричною патологією. Дані досліджень свідчать, що коморбідність може реалізовуватися трьома шляхами, перший з яких полягає в тому, коли ТРД передують іншим психічним розладам, і тоді вони природно можуть розглядатися як один із причинних механізмів їх виникнення. Другий шлях виявляє супутню психіатричну патологію в якості передвісника, тригерного механізму у виникненні ТРД. Наступна модель полягає у часовому співіснуванні ТРД та коморбідних психічних розладів, що призводить до поглиблення депресивної симптоматики, збільшення тривалості епізоду та зниження ефективності терапевтичних заходів [2,9,15]. За даними літератури, ТРД в більшості випадків поєднуються із тривогою (більше 50%), більше третини пацієнтів виявляють коморбідність із алкогольною чи наркотичною залежністю, біля 20% пацієнтів із ТРД виявляють симптоми обсесивно-компульсивних розладів, від 7 до 19% випадків ТРД поєднуються із розладами особистості [1,2,3,4,6,10,11,12].

Базуючись на високих рівнях ймовірності щодо коморбідності ТРД та тривожних розладів, багато дослідників відзначають їхню спорідненість в аспекті преморбідних особливостей особистості, патогенетичних механізмів виникнення та чутливості до психофармакотерапевтичних засобів [3,4,5,7,11]. Більше того, такі пацієнти демонструють резистентність до проводимих терапевтичних заходів, у них істотно знижуються показники соціального функціонування, значно підвищується ризик суїциду, що віддзеркалює несприятливий прогноз захворювання загалом [14]. Симптоми неспокою, психічної і соматичної тривоги, панічні атаки зустрічаються у 42 - 72% хворих з ТРД. В хронологічному аспекті тривога передуює депресії у 15 - 33% хворих. Генералізований тривожний розлад виникає раніше депресивного розладу в 54% випадків.

За даними багатьох авторів коморбідність щодо ТРД та алкогольної залежності становить від 18 до 88% [1,2,6,15]. Основна мотивація алкоголізації при ТРД—свідоме намагання полегшити суб'єктивно вкрай важкий стан. Разом з цим депресія значно змінює толерантність до алкоголю. Виходячи із результатів досліджень, при тужливому афекті вона найчастіше зростає,

тоді як при апатичному варіанті—знижується. В більшості випадків патологічний потяг до алкоголю посилюється, за рахунок афективних розладів депресивного регістру явища абстиненції поглиблюються. Виявляючи короточасну антидепресивну, анксиолітичну, стимулюючу дію, досить тривале зловживання алкоголем веде до поглиблення депресії, гіпотимії, сприяє подовженню депресивних епізодів та зміни їх структури. Таким чином перебіг захворювання формує тип «спорозного кола», коли поглиблення депресивної симптоматики призводить до загострення алкогольної залежності, яка, в свою чергу, негативно впливає на клініку самої депресії [1,6].

Обсесивно – компульсивні розлади зустрічаються при багатьох психічних захворюваннях. Особливістю їх при ТРД є мінімальна реалізація співіснування на рівні одного симптоматологічного ряду—тривоги. Афективні та обсесивно–компульсивні розлади виявляють при цьому автономність розвитку. В таких випадках депресія набуває ознак атиповості із поліморфізмом симптоматики, дезвіталізацією, а структура нав'язливостей має соматоцентричне спрямування [4,10]. При цьому в клінічній картині ТРД виявляються значні порушення соціального функціонування, максимальний рівень ситуативної тривоги [4,9,11,14,15].

Зацікавленість науковців особистісними характеристиками пацієнтів, які страждають на ТРД пояснюється рядом факторів. Зокрема, особистісно–конституційна сфера пацієнта створює передумови для формування клініко–психопатологічної симптоматології, що згодом є визначальним у «персоніфікації» клінічної картини та створенні поведінкових патернів при ТРД [10,12]. За даними різних авторів частота розладів особистості при ТРД становить від 20 до 85%, серед них пограничний розлад—10–30%, істероїдний тип—2–20%, антисоціальний тип—1–10%, обсесивно–компульсивний тип—2–20%, інші типи—6–27%. Очевидним є той факт, що наслідки та ефективність лікування ТРД залежать від коморбідного типу особистісного розладу [13].

У зв'язку з вищезазначеним на сучасному етапі актуальною проблемою залишається висока частота коморбідності ТРД із іншими психічними розладами, що потребує подальшого детального вивчення типології, патогенетичних кореляцій, сучасних методів діагностики, ефективних препаратів антидепресивної дії, пошуку оптимальних технологій їх застосування.

Література:

1. Артемчук А. Ф. Проблема коморбизма алкогольной болезни и клинко-патогенетическое обоснование комплексных терапевтических программ. / А. Ф. Артемчук// Автореф. дис. д-ра. мед. наук: 14.01.17. —Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины.— Киев.— 2005. — 37 с.
2. Быков Ю.В. Резистентные к терапии депрессии/ Ю. В. Быков. — Ставрополь. —2009. — 77с.
3. Васильева С. Н. Клинико-динамические особенности депрессивных расстройств при коморбидности с тревожными расстрой-

ствами/ С. Н. Васильева // Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.18.— ГУ «Научноисследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН.— Томск.— 2007. — 23 с.

4. Дороженко И.Ю. Клиническая типология навязчивостей контрастного содержания при психических заболеваниях пограничного уровня/ И. Ю. Дороженко // Журн. неврол. и психиатр. —1999. —№2. —С. 3–8.

5. Мак Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии / Дж. Мак Каллоу; перев. с англ. Н. Алексеевой, О. Исаковой// . — СПб.: Речь.—2003. — 368 с.

6. Малин Д. И. Депрессия у больных алкоголизмом/ Д. И. Малин, Е. В. Янкин, В. М. Медведев, А. В. Ковалев //Психиатрия и психофармакотерапия.— Том 06.— N 5.—2004.— С. 95 — 96.

7. Марута Н. О. Сучасні форми депресивних розладів/ Н. О. Марута, В. Д. Мішнев // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 76–80.

8. Мосолов С.Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления/ С. Н. Мосолов// Психиатрия и психофармакотерапия. —2002.—Т.4.—Вып.4.— С. 132-136.

9. Подкорытов В. С. Депрессия и резистентность/ В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.

10. Пришляк В. И. Специфика личности больных на хроничной депрессии/ В. И. Пришляк // Медицинская психология. — №2.— 2008. — С.58–62

11. Сукиасян С. Г. Депрессии: коморбидность или клиническое многообразие? /С. Г. Сукиасян, Н. Г. Манасян, С. П. Маргарян //Обзор психиатрии и медицинской психологии.— Том 06.— N 2 . — 2007.— С.4-7.

12. Akiskal H. S. The relationship of personality to affective disorders: A critical review/ H. S. Akiskal, R. M. A. Hirschfeld, B. I. Yerevanian // Arch. Gen. Psychiat.— 1983.— Vol. 40.— P. 801–810.

13. Black D. W. The importance of Axis II in patients with major depression. A controlled study/ D. W. Black, S. Bell, J. Hulbert, A. Nasrallah //Journal of Affective Disorders. — 1988. — Vol. 14. —№ 2. — P. 115–122.

14. Kuzel R.J. Treating comorbid depression and anxiety/ R.J. Kuzel// J Farm Pract.— 2005.—V.43.— 6 suppl.— P45-53.

15. Mimura M. Comorbidity of Depression and Other Disease./M. Mimura//JMAJ.—Vol.44.—№5.—P—225–229

16. Simon G. E. Long-term prognosis of depression in primary care/ G. E. Simon// Bulletin of the World Health Organization. — 2000. — Vol. 78. —№ 4. — P. 439–445.

РОЛЬ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАЗВИТИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Л. В. Рахман, А. Р. Панас, С. Н. Гнатюк, И. С.Тхир

Проведен литературный обзор источников, посвященных роли коморбидных психических расстройств в развитии терапевтически резистентных депрессий. Установлено, что взаимосвязь нозологий проявляется синергическим или антагонистическим эффектом. Течение ТРД при коморбидной психической патологии характеризуется атипичностью, что приводит к углублению депрессивной симптоматики, увеличению длительности эпизода, возрастанию риска суицида и снижению терапевтической эффективности.

Ключевые слова: коморбидные психические расстройства, терапевтически резистентные депрессии

THE ROLE OF COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS IN THE DEVELOPMENT OF THERAPEUTICALLY RESISTENT DEPRESSIONS (LITERATURE REVIEW)

L. V. Rakhman, A. R. Panas, S. M. Gnatyuk, I. S.Tkhir

A review of the literature devoted to the role of comorbid psychiatric disorders in the development of therapeutically resistant depressions (TRD). Found that the relationship of nosology is manifested in the synergetic or antagonistic effect. The course of TRD with comorbid mental disease characterized by atypical, leading to deepening of depressive symptoms and prolongation of episodes, increased risk of suicide and reducing the effectiveness of therapeutic interventions.

Keywords: comorbid psychiatric disorders, therapeutically resistant depressions

УДК 616.8-002.6-097.3:616.89

Э.Л. Баркалова

УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К БЕЛКУ S-100 У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ С ПСИХООРГАНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: нейросифилис, уровень антител к белку S100, психоорганический синдром

В последнее время увеличивается частота поражения нервной системы при сифилисе с выраженными неврологическими и психическими расстройствами. По нашим данным [2], среди форм нейросифилиса (НС) преобладает менинговаскулярный (МВС), который в 14% случаев характеризуется психоорганическим синдромом без специфических проявлений. Вследствие этого диагностика НС затруднена, и лишь после плановой вассерманизации и получения положительных результатов возникает подозрение о НС. В результате — поздняя диагностика и несвоевременное

назначение адекватной этиологической терапии.

В современной литературе возросло количество публикаций, посвященных изучению роли нейроспецифических антигенов при различных психических и неврологических заболеваниях [1,5,8,12]. К ним относится специфический белок нервной ткани (астроцитарной глии), названный белком Мура или белком S100, который впервые был идентифицирован в 1965 г. В.В. Moore и получил свое второе название благодаря растворимости в 100 % сульфате аммония. Астроглиальные клетки — это наиболее многочисленные клетки

ТИПОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СТРУКТУРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В.В. Огоренко

В статье рассмотрены результаты изучения типологии отношения к болезни в популяции больных с первичными опухолями головного мозга. Представлены данные о структуре пограничных психопатологических нарушений. Проведен сравнительный анализ типологии отношения к болезни в зависимости от степени злокачественности новообразований. Изложена концепция построения индивидуальной модели психотерапевтической помощи больным, базирующейся на результатах исследования.

Ключевые слова: первичные опухоли головного мозга, пограничные психические нарушения, тип отношения к болезни, индивидуальная модель психотерапевтической помощи

TYPOLOGY OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS BOUNDARY STRUCTURE OF THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF BRAIN TUMORS

V.V. Ogorenko

In the article the results of the study related to the typology of the disease in a population of patients with primary brain tumors. The presented data on the structure of frontier psychopathological disorders. A comparative analysis of the typology of the disease, depending on the degree of malignancy of tumors. The conception of building a model of individual psychotherapy to the patients, based on research.

Keywords: primary brain tumor, borderline mental disorders, the type of the disease, individual model of psychotherapeutic help.

УДК: 616.89.- 008.19:615.066

Л. В. Рахман¹, А. Р. Панас², С. М. Гнатюк І, І. С. Тхір²

РОЛЬ КОМОРБІДНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В РОЗВИТКУ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

²Комунальний заклад «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

Ключові слова: коморбідні психічні розлади, терапевтично резистентні депресії

Короткий огляд коморбідності при депресивних розладах не ставить собі за мету вичерпний аналіз даної проблеми. Враховуючи практично неосяжний об'єм публікацій – як спеціальних, так і узагальнюючих щодо депресій та їх різновидностей, на сьогоднішній день більш актуальними є проблем-центровані огляди. Їх завданням є сфокусувати увагу не лише психіатрів, а й суміжних фахівців на складних клінічних та психопатологічних аспектах депресивних розладів, серед яких коморбідність виходить чи не найперший план. Відтак, завданням даного огляду літератури є короткий аналіз проблеми в сучасному доволі суперечливому колі практичної психіатрії.

Депресивні розлади відносяться до психічних захворювань, які найчастіше зустрічаються [7,9]. Наслідки депресії визначають найбільш відчутну суспільну втрату активних років життя за рахунок хвороби і інвалідизації та суттєво підвищують ризик суїциду [7,16]. За даними епідеміологічних досліджень, існує ймовірність, що в майбутньому депресивні розлади набудуть більшого поширення за рахунок збільшення середньої тривалості життя населення, постійно зростаючого рівня стресу поряд із ослабленням соціальної підтримки. Згідно із прогнозами ВООЗ, до 2020 року депресія займе друге місце серед захворювань, що призводять до втрати працездатності [5,7,14,15,16]. Водночас, за

даними багатьох авторів, найбільшою проблемою, незважаючи на появу великої кількості сучасних антидепресантів та значний прогрес в розумінні патогенетичних механізмів розвитку депресії, є зростання терапевтично резистентних станів, які спостерігаються в середньому у 40-60 % хворих з депресивними розладами [2,5,7,8,9,15]. Тому проблема затяжних та резистентних до терапії депресій є актуальною як в нашій країні, так і за кордоном. На сьогоднішній день у 60-70 % пацієнтів з депресивними розладами після лікування виявляються залишкові ознаки депресивної симптоматики, що свідчить про лише частковий ефект терапії, а у 5-10 % таких хворих зовсім не спостерігається ефекту [2,7,8].

Виходячи із сучасних загально прийнятих критеріїв, депресія є резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3-4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно відмінними препаратами відмічається відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становить менше 50%) [2,9].

В світлі сучасних поглядів на патогенез терапевтично резистентних депресій (ТРД) виникнення та формування фармакорезистентності розглядається як складна, багаторівнева функціональна патологічна система з вираженими порушеннями на всіх її рівнях – нейрофі-

зіологічному, психофізіологічному, метаболічному та соціально-психологічному. Питання коморбідності психічних захворювань із депресивними розладами в аспекті формування терапевтичної резистентності останніх представляє великий науково-практичний інтерес, оскільки доведено, що більше, ніж в 50% випадків терапевтично резистентних депресій вони клінічно супроводжувалися іншими психічними розладами [7,8,14,15]. В ситуаціях, коли ТРД поєднується із іншими психічними захворюваннями, вона набуває ознак більшої вираженості, при цьому суттєво підвищується ризик суїцидальності, хворі частіше змушені проходити стаціонарне лікування, прогноз захворювання є більш несприятливим [1,3,6,9,15,16]. Увагу вчених привертала корелюючі зв'язки між депресією та іншою супутньою психіатричною патологією. Дані досліджень свідчать, що коморбідність може реалізовуватися трьома шляхами, перший з яких полягає в тому, коли ТРД передують іншим психічним розладам, і тоді вони природно можуть розглядатися як один із причинних механізмів їх виникнення. Другий шлях виявляє супутню психіатричну патологію в якості передвісника, тригерного механізму у виникненні ТРД. Наступна модель полягає у часовому співіснуванні ТРД та коморбідних психічних розладів, що призводить до поглиблення депресивної симптоматики, збільшення тривалості епізоду та зниження ефективності терапевтичних заходів [2,9,15]. За даними літератури, ТРД в більшості випадків поєднуються із тривогою (більше 50%), більше третини пацієнтів виявляють коморбідність із алкогольною чи наркотичною залежністю, біля 20% пацієнтів із ТРД виявляють симптоми обсесивно-компульсивних розладів, від 7 до 19% випадків ТРД поєднуються із розладами особистості [1,2,3,4,6,10,11,12].

Базуючись на високих рівнях ймовірності щодо коморбідності ТРД та тривожних розладів, багато дослідників відзначають їхню спорідненість в аспекті преморбідних особливостей особистості, патогенетичних механізмів виникнення та чутливості до психофармакотерапевтичних засобів [3,4,5,7,11]. Більше того, такі пацієнти демонструють резистентність до проводимих терапевтичних заходів, у них істотно знижуються показники соціального функціонування, значно підвищується ризик суїциду, що віддзеркалює несприятливий прогноз захворювання загалом [14]. Симптоми неспокою, психічної і соматичної тривоги, панічні атаки зустрічаються у 42 - 72% хворих з ТРД. В хронологічному аспекті тривога передує депресії у 15 - 33% хворих. Генералізований тривожний розлад виникає раніше депресивного розладу в 54% випадків.

За даними багатьох авторів коморбідність щодо ТРД та алкогольної залежності становить від 18 до 88% [1,2,6,15]. Основна мотивація алкоголізації при ТРД—свідоме намагання полегшити суб'єктивно вкрай важкий стан. Разом з цим депресія значно змінює толерантність до алкоголю. Виходячи із результатів досліджень, при тужливому афекті вона найчастіше зростає,

тоді як при апатичному варіанті—знижується. В більшості випадків патологічний потяг до алкоголю посилюється, за рахунок афективних розладів депресивного реєстру явища абстиненції поглиблюються. Виявляючи короточасну антидепресивну, анксиолітичну, стимулюючу дію, досить тривале зловживання алкоголем веде до поглиблення депресії, гіпотимії, сприяє подовженню депресивних епізодів та зміни їх структури. Таким чином перебіг захворювання формує тип «спорозного кола», коли поглиблення депресивної симптоматики призводить до загострення алкогольної залежності, яка, в свою чергу, негативно впливає на клініку самої депресії [1,6].

Обсесивно – компульсивні розлади зустрічаються при багатьох психічних захворюваннях. Особливістю їх при ТРД є мінімальна реалізація співіснування на рівні одного симптоматологічного ряду—тривоги. Афективні та обсесивно–компульсивні розлади виявляють при цьому автономність розвитку. В таких випадках депресія набуває ознак атиповості із поліморфізмом симптоматики, дезвіталізацією, а структура нав'язливостей має соматоцентричне спрямування [4,10]. При цьому в клінічній картині ТРД виявляються значні порушення соціального функціонування, максимальний рівень ситуативної тривоги [4,9,11,14,15].

Зацікавленість науковців особистісними характеристиками пацієнтів, які страждають на ТРД пояснюється рядом факторів. Зокрема, особистісно–конституційна сфера пацієнта створює передумови для формування клініко–психопатологічної симптоматології, що згодом є визначальним у «персоніфікації» клінічної картини та створенні поведінкових патернів при ТРД [10,12]. За даними різних авторів частота розладів особистості при ТРД становить від 20 до 85%, серед них пограничний розлад—10–30%, істероїдний тип—2–20%, антисоціальний тип—1–10%, обсесивно–компульсивний тип—2–20%, інші типи—6–27%. Очевидним є той факт, що наслідки та ефективність лікування ТРД залежать від коморбідного типу особистісного розладу [13].

У зв'язку з вищезазначеним на сучасному етапі актуальною проблемою залишається висока частота коморбідності ТРД із іншими психічними розладами, що потребує подальшого детального вивчення типології, патогенетичних кореляцій, сучасних методів діагностики, ефективних препаратів антидепресивної дії, пошуку оптимальних технологій їх застосування.

Література:

1. Артемчук А. Ф. Проблема коморбизма алкогольной болезни и клинко-патогенетическое обоснование комплексных терапевтических программ. / А. Ф. Артемчук// Автореф. дис. д-ра. мед. наук: 14.01.17. —Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины.— Киев.— 2005. — 37 с.
2. Быков Ю.В. Резистентные к терапии депрессии/ Ю. В. Быков. — Ставрополь. —2009. — 77с.
3. Васильева С. Н. Клинико-динамические особенности депрессивных расстройств при коморбидности с тревожными расстрой-

ствами/ С. Н. Васильева // Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.18.— ГУ «Научноисследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН.— Томск.— 2007. — 23 с.

4. Дороженко И.Ю. Клиническая типология навязчивостей контрастного содержания при психических заболеваниях пограничного уровня/ И. Ю. Дороженко // Журн. неврол. и психиатр. —1999. —№2. —С. 3–8.

5. Мак Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии / Дж. Мак Каллоу; перев. с англ. Н. Алексеевой, О. Исаковой// . — СПб.: Речь.—2003. — 368 с.

6. Малин Д. И. Депрессия у больных алкоголизмом/ Д. И. Малин, Е. В. Янкин, В. М. Медведев, А. В. Ковалев //Психиатрия и психофармакотерапия.— Том 06.— N 5.—2004.— С. 95 — 96.

7. Марута Н. О. Сучасні форми депресивних розладів/ Н. О. Марута, В. Д. Мішнев // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 76–80.

8. Мосолов С.Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления/ С. Н. Мосолов// Психиатрия и психофармакотерапия. —2002.—Т.4.—Вып.4.— С. 132-136.

9. Подкорытов В. С. Депрессия и резистентность/ В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.

10. Пришляк В. И. Специфика личности больных на хроничн депресії/ В. И. Пришляк // Медицинская психология. — №2.— 2008. — С.58–62

11. Сукиасян С. Г. Депрессии: коморбидность или клиническое многообразие? /С. Г. Сукиасян, Н. Г. Манасян, С. П. Маргарян //Обзор психиатрии и медицинской психологии.— Том 06.— N 2 . — 2007.— С.4-7.

12. Akiskal H. S. The relationship of personality to affective disorders: A critical review/ H. S. Akiskal, R. M. A. Hirschfeld, B. I. Yerevanian // Arch. Gen. Psychiat.— 1983.— Vol. 40.— P. 801–810.

13. Black D. W. The importance of Axis II in patients with major depression. A controlled study/ D. W. Black, S. Bell, J. Hulbert, A. Nasrallah //Journal of Affective Disorders. — 1988. — Vol. 14. —№ 2. — P. 115–122.

14. Kuzel R.J. Treating comorbid depression and anxiety/ R.J. Kuzel// J Farm Pract.— 2005.—V.43.— 6 suppl.— P45-53.

15. Mimura M. Comorbidity of Depression and Other Disease./M. Mimura//JMAJ.—Vol.44.—№5.—P—225–229

16. Simon G. E. Long-term prognosis of depression in primary care/ G. E. Simon// Bulletin of the World Health Organization. — 2000. — Vol. 78. —№ 4. — P. 439–445.

РОЛЬ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАЗВИТИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Л. В. Рахман, А. Р. Панас, С. Н. Гнатюк, И. С.Тхир

Проведен литературный обзор источников, посвященных роли коморбидных психических расстройств в развитии терапевтически резистентных депрессий. Установлено, что взаимосвязь нозологий проявляется синергическим или антагонистическим эффектом. Течение ТРД при коморбидной психической патологии характеризуется атипичностью, что приводит к углублению депрессивной симптоматики, увеличению длительности эпизода, возрастанию риска суицида и снижению терапевтической эффективности.

Ключевые слова: коморбидные психические расстройства, терапевтически резистентные депрессии

THE ROLE OF COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS IN THE DEVELOPMENT OF THERAPEUTICALLY RESISTENT DEPRESSIONS (LITERATURE REVIEW)

L. V. Rakhman, A. R. Panas, S. M. Gnatyuk, I. S.Tkhir

A review of the literature devoted to the role of comorbid psychiatric disorders in the development of therapeutically resistant depressions (TRD). Found that the relationship of nosology is manifested in the synergetic or antagonistic effect. The course of TRD with comorbid mental disease characterized by atypical, leading to deepening of depressive symptoms and prolongation of episodes, increased risk of suicide and reducing the effectiveness of therapeutic interventions.

Keywords: comorbid psychiatric disorders, therapeutically resistant depressions

УДК 616.8-002.6-097.3:616.89

Э.Л. Баркалова

УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К БЕЛКУ S-100 У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ С ПСИХООРГАНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: нейросифилис, уровень антител к белку S100, психоорганический синдром

В последнее время увеличивается частота поражения нервной системы при сифилисе с выраженными неврологическими и психическими расстройствами. По нашим данным [2], среди форм нейросифилиса (НС) преобладает менинговаскулярный (МВС), который в 14% случаев характеризуется психоорганическим синдромом без специфических проявлений. Вследствие этого диагностика НС затруднена, и лишь после плановой вассерманизации и получения положительных результатов возникает подозрение о НС. В результате — поздняя диагностика и несвоевременное

назначение адекватной этиологической терапии.

В современной литературе возросло количество публикаций, посвященных изучению роли нейроспецифических антигенов при различных психических и неврологических заболеваниях [1,5,8,12]. К ним относится специфический белок нервной ткани (астроцитарной глии), названный белком Мура или белком S100, который впервые был идентифицирован в 1965 г. В.В. Moore и получил свое второе название благодаря растворимости в 100 % сульфате аммония. Астроглиальные клетки — это наиболее многочисленные клетки

ствами/ С. Н. Васильева // Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.18.— ГУ «Научноисследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН.— Томск.— 2007. — 23 с.

4. Дороженко И.Ю. Клиническая типология навязчивостей контрастного содержания при психических заболеваниях пограничного уровня/ И. Ю. Дороженко // Журн. неврол. и психиатр. —1999. —№2. —С. 3–8.

5. Мак Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии / Дж. Мак Каллоу; перев. с англ. Н. Алексеевой, О. Исаковой// . — СПб.: Речь.—2003. — 368 с.

6. Малин Д. И. Депрессия у больных алкоголизмом/ Д. И. Малин, Е. В. Янкин, В. М. Медведев, А. В. Ковалев //Психиатрия и психофармакотерапия.— Том 06.— N 5.—2004.— С. 95 — 96.

7. Марута Н. О. Сучасні форми депресивних розладів/ Н. О. Марута, В. Д. Мішнев // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 76–80.

8. Мосолов С.Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления/ С. Н. Мосолов// Психиатрия и психофармакотерапия. —2002.—Т.4.—Вып.4.— С. 132-136.

9. Подкорытов В. С. Депрессия и резистентность/ В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.

10. Пришляк В. И. Специфика личности больных на хроничной депрессии/ В. И. Пришляк // Медицинская психология. — №2.— 2008. — С.58–62

11. Сукиасян С. Г. Депрессии: коморбидность или клиническое многообразие? /С. Г. Сукиасян, Н. Г. Манасян, С. П. Маргарян //Обзор психиатрии и медицинской психологии.— Том 06.— N 2 . — 2007.— С.4-7.

12. Akiskal H. S. The relationship of personality to affective disorders: A critical review/ H. S. Akiskal, R. M. A. Hirschfeld, B. I. Yerevanian // Arch. Gen. Psychiat.— 1983.— Vol. 40.— P. 801–810.

13. Black D. W. The importance of Axis II in patients with major depression. A controlled study/ D. W. Black, S. Bell, J. Hulbert, A. Nasrallah //Journal of Affective Disorders. — 1988. — Vol. 14. —№ 2. — P. 115–122.

14. Kuzel R.J. Treating comorbid depression and anxiety/ R.J. Kuzel// J Farm Pract.— 2005.—V.43.— 6 suppl.— P45-53.

15. Mimura M. Comorbidity of Depression and Other Disease./M. Mimura//JMAJ.—Vol.44.—№5.—P—225–229

16. Simon G. E. Long-term prognosis of depression in primary care/ G. E. Simon// Bulletin of the World Health Organization. — 2000. — Vol. 78. —№ 4. — P. 439–445.

РОЛЬ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАЗВИТИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Л. В. Рахман, А. Р. Панас, С. Н. Гнатюк, И. С. Тхир

Проведен литературный обзор источников, посвященных роли коморбидных психических расстройств в развитии терапевтически резистентных депрессий. Установлено, что взаимосвязь нозологий проявляется синергическим или антагонистическим эффектом. Течение ТРД при коморбидной психической патологии характеризуется атипичностью, что приводит к углублению депрессивной симптоматики, увеличению длительности эпизода, возрастанию риска суицида и снижению терапевтической эффективности.

Ключевые слова: коморбидные психические расстройства, терапевтически резистентные депрессии

THE ROLE OF COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS IN THE DEVELOPMENT OF THERAPEUTICALLY RESISTENT DEPRESSIONS (LITERATURE REVIEW)

L. V. Rakhman, A. R. Panas, S. M. Gnatyuk, I. S. Tkhir

A review of the literature devoted to the role of comorbid psychiatric disorders in the development of therapeutically resistant depressions (TRD). Found that the relationship of nosology is manifested in the synergetic or antagonistic effect. The course of TRD with comorbid mental disease characterized by atypical, leading to deepening of depressive symptoms and prolongation of episodes, increased risk of suicide and reducing the effectiveness of therapeutic interventions.

Keywords: comorbid psychiatric disorders, therapeutically resistant depressions

УДК 616.8-002.6-097.3:616.89

Э.Л. Баркалова

УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К БЕЛКУ S-100 У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ С ПСИХООРГАНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: нейросифилис, уровень антител к белку S100, психоорганический синдром

В последнее время увеличивается частота поражения нервной системы при сифилисе с выраженными неврологическими и психическими расстройствами. По нашим данным [2], среди форм нейросифилиса (НС) преобладает менинговаскулярный (МВС), который в 14% случаев характеризуется психоорганическим синдромом без специфических проявлений. Вследствие этого диагностика НС затруднена, и лишь после плановой вассерманизации и получения положительных результатов возникает подозрение о НС. В результате — поздняя диагностика и несвоевременное

назначение адекватной этиологической терапии.

В современной литературе возросло количество публикаций, посвященных изучению роли нейроспецифических антигенов при различных психических и неврологических заболеваниях [1,5,8,12]. К ним относится специфический белок нервной ткани (астроцитарной глии), названный белком Мура или белком S100, который впервые был идентифицирован в 1965 г. В.В. Moore и получил свое второе название благодаря растворимости в 100 % сульфате аммония. Астроглиальные клетки — это наиболее многочисленные клетки

мозговой ткани, образующие трехмерную сеть, которая является опорным каркасом для нейронов. В последние годы определение этого белка все более активно используется в качестве маркера повреждения ткани мозга. При различных клинических ситуациях отмечается повышение уровня его в спинномозговой жидкости (СМЖ) с высвобождением в кровь. Измерение S100 при неврологических нарушениях сравнивают с измерением С-реактивного белка при системном воспалении. S100 может быть обнаружен у пациентов с повреждениями мозга разного происхождения, включая травмы и инсульты [5,10,15,16].

Экспериментально доказано участие белка S100 в регуляции процессов направленного роста отростков нейронов, в завершении нейроонтогенеза как в морфологическом, так и функциональном отношении, в становлении основных форм врожденного поведения, в механизмах памяти и обучения. Характерно, что экспериментальное воздействие на белок S100 обычно не сопровождается заметным ухудшением соматического состояния животных, но одновременно приводит к резким и разнообразным нарушениям интегративной функции мозга, информационного гомеостаза, в обеспечении и оптимизации которого и заключается его общебиологическая функция [7].

Исследования нормальных физиологических функций антигена S100 тесно связаны с обсуждением его возможной патогенетической роли при некоторых нейродегенеративных заболеваниях [12,13]. В качестве обоснования подобного представления приводятся данные о том, что этот белок гиперэкспрессирован в височной доле коры мозга пациентов с болезнью Альцгеймера, синдромом Дауна и нейродегенеративными формами СПИДа [12,14].

Считают [8,12,14], что аналогичный патогенетический механизм может иметь место и при некоторых других длительно развивающихся нейродегенеративных заболеваниях, начальные стадии которых (возможно, еще без явных невропатологических симптомов) характеризуются повышенной реактивностью глиальных клеток, например при диффузной травме мозга (“деменция боксеров”) или при инфекции (СПИД).

F. Michetti и соавт. [15] с помощью реакции связывания комплемента выявили белок S100 в СМЖ пациентов с нервно-психическими заболеваниями и использовали эти данные для оценки целостности ткани мозга. Это направление позволило исследовать функцию гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) при целом ряде нервно-психических заболеваний, а в последующем сформулировать концепцию об аутоагрессивной роли аутоантител (ААТ) в их патогенезе. Также они [15] показали возможность элиминации антигена S 100 в СМЖ при периферических невропатиях, боковом амиотрофическом склерозе, рассеянном склерозе в фазе обострения, в 100% – при остром энцефаломиелите, а также при травматическом и опухолевом поражении нервной ткани. В последующем исследователи [6,11] осуществили поиск антигена S100 в

СМЖ пациентов с нервно-психическими заболеваниями, используя иммуноферментный способ детектирования. Эти исследователи проанализировали образцы СМЖ 397 больных. Антиген S100 был выявлен у пациентов с опухолевой компрессией мозга, ишемическими заболеваниями центральной нервной системы (-ЦНС), субарахноидальными кровоизлияниями и гематомами, деменциями, рассеянным склерозом, воспалительными заболеваниями периферических и центральных нервов, а также с вирусной и бактериальной инфекциями ЦНС.

В настоящее время сложилось мнение о том, что определение антигена S100 в ликворе обладает очевидной диагностической ценностью при анализе многих неврологических и психических заболеваний, особенно в комплексе с другими нейроспецифическими белками [1,5,8,13,15].

Другим клиническим направлением, которое позволяет не только косвенно оценивать проницаемость ГЭБ для антигена S100, но и определять непосредственно степень возможной аутоагрессии, является определение ААТ к этому антигену в сыворотке крови. Ряд исследователей обнаружили ААТ к антигену S100 в сыворотке крови пациентов с различными психическими заболеваниями [8,14]. Однако в литературе отсутствуют данные об изучении уровня данных антител (АТ) у больных НС, в частности с психоорганическим синдромом. Высокая информационная и диагностическая ценность данного теста определила цель нашего исследования.

Цель исследования – провести сравнительный анализ уровня АТ к белку S100 в сыворотке крови больных разными формами НС.

Материалы и методы исследования

В работе представлены результаты обследования 72 больных разными формами НС и сифилиса, получавших лечение в стационарах г. Донецка за период с 2004 по 2010 гг.

Первую основную группу составили 32 больных с клиническими (манифестными) формами НС. Диагнозы распределены таким образом: ранний сифилитический менингит – 4 случая, ранний церебральный менинговаскулярный сифилис – 18, из них: следствие ишемического инсульта – 6, дисциркуляторная энцефалопатия – 8, деменция преобладала у девяти пациентов; ранний спинальный менинговаскулярный сифилис – 3, в виде менингоградикулита – 1, миелополирадикулоневрита – 1, менингомиелита – 1; поздний менинговаскулярный сифилис – 6 и прогрессивный паралич, дементная форма – 1 больной. Во вторую группу вошли 20 больных скрытым сифилитическим менингитом (ССМ), у которых отсутствовали неврологические симптомы, но были положительные специфические тесты на сифилис и изменения в клиническом анализе ликвора. Группу сравнения составили 20 больных сифилисом без сопутствующих неврологических заболеваний, у которых серологические реакции на сифилис в ликворе были отрицательные, а показате-

ли клинического анализа (цитоз, количество белка, реакция Панди) соответствовали норме.

Диагноз НС устанавливался на основании неврологической симптоматики и специфических изменений в СМЖ. Все группы больных были репрезентативны по возрасту и полу.

Клиническая картина больных первой группы характеризовалась: очаговыми поражениями центральной нервной системы у 43% больных, из которых 24% относятся к пирамидной недостаточности, экстрапирамидные нарушения составили 20% в общей структуре, а психоорганический синдром – 14%, который развивался у больных ранним и поздним МВС и прогрессирующим параличом. В нашем исследовании 7 больных ранним и 2 поздним МВС и 1 пациент с прогрессирующим параличом имели значительный психический дефицит. В 7 случаях родственники были вынуждены обратиться за помощью в психиатрические клиники. Психоорганический синдром проявлялся в виде резкого снижения памяти у 9, дезориентации у 6, агрессивности у 4, страхов у 7, галлюцинаций у 5, выраженными интеллектуально - мнестическими расстройствами у 8 больных [2].

Уровень АТ к белку S100 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа по способу Черенько Т.М. [9] в лаборатории нейроиммунологии Института нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины.

Результаты исследований обрабатывались при помощи алгоритмов базовой и непараметрической статистики: U Тест Mann-Whitney [4].

Результаты и их обсуждение

Средний уровень АТ в группе больных с манифестными формами НС составил 16,750,17 ус.ед., при достоверном ($p<0,05$) отличии как от группы больных сифилисом без неврологических симптомов (12,910,21 ус.ед.), так и от нормальных показателей (12,600,11 ус.ед.) (табл.1).

При более детальном рассмотрении данный показатель был выше нормы у 22 (68,75 %) больных (табл.2). Из них у десяти, которые имели психические нарушения, как проявления МВС и прогрессирующего паралича, показатель был значительно выше нормы и достигал 26,37 ус.ед.. У шестерых (18,75 %) пациентов уровень АТ был ниже референтных значений, а у

четверых (12,5 %) в пределах нормы.

Средний уровень АТ в группе больных со ССМ составил 15,680,37 ус.ед.. Он достоверно ($p<0,05$) отличался и от группы больных сифилисом без неврологических симптомов (12,910,21 ус.ед.), и от нормальных показателей (12,600,11 ус.ед.).

При детальном изучении уровень АТ был выше нормы у двенадцати (60%) пациентов. При этом у 6 из них значения АТ достигали 25 ус.ед. и выше. Следует сказать, что эти больные в анамнезе имели те или иные проявления психоорганического синдрома, а на момент обследования клиническая картина отсутствовала, и им был выставлен диагноз ССМ.

У четверых (20 %) больных уровень АТ к S100 был незначительно снижен до (9,8 ус.ед.) и у четверых (20 %) находился в пределах референтного значения.

У больных группы сравнения показатели достоверно не отличались от референтных значений. Однако, у шестерых больных, что составило 30%, они были выше нормальных показателей с максимальным повышением до 17,4 ус.ед..

При дебюте МВС наблюдаются различной степени расстройства психической сферы: снижение памяти, внимания, утомляемость. Пациенты перестают справляться с привычной работой. В дальнейшем у них суживается сфера интересов, повышается эмоциональная реактивность, особенно эмоции гнева. Временами возникают приступы злобы, агрессивности, психомоторного возбуждения, сменяющиеся эйфоричностью, отсутствием критики к своему состоянию. У некоторых больных отмечается оглушенность, нарушение ориентации, они медленно отвечают на вопросы, не в состоянии быстро осмыслить складывающиеся ситуации, вялы, адинамичны.

Но иногда симптомы развиваются медленно, что связано с постепенным, в течение нескольких лет, нарастанием воспалительных изменений сосудистой стенки (фиброзный панартериит или гуммозный артериит) церебральных артерий крупного и среднего диаметра. В этих случаях описано развитие состояний с медленно нарастающей астенизацией и слабоумием, с эпизодами оглушенности, дезориентации, двигательного возбуждения, эйфории, бреда величия, расстройства памяти с ее резким снижением, что напоминает клинику прогрессирующего паралича [3].

Таблица 1

Средний уровень антител к белку S-100 в сыворотке крови

Показатель	Группы				
	Первая		Вторая, n= 20	Сравнения, n=20	Норма
	Всего, n= 32	из них, с психоорганическим синдромом, n= 10			
Уровень антител к белку S100 (ус.ед.)	16,75± 0,17*^	20,33±1,17*^	15,68±0,37*^	12,91±0,21	12,60±0,11

* – достоверное различие по отношению к группе сравнения, $p<0,05$;

^ – достоверное различие по отношению к норме, $p<0,05$.

Таблиця 2

Уровень антител к белку S-100 в сыворотке крови

Уровень антител к белку S100 (ус.ед.)	Группы больных					
	Первая n= 32		Вторая n= 20		Третья n= 20	
	абс	%	абс	%	абс	%
- до 12,60±0,21	6	18,75	4	20	5	25
- в пределах 12,60±0,21	4	12,5	4	20	9	45
- свыше 12,60±0,21	22	68,75	12	60	6	30

Выводы. Таким образом, в нашем исследовании было показано достоверное увеличение уровня АТ к белку S100 в сыворотке крови у 69% больных манифестными формами НС, из них у 100% пациентов с наличием психоорганического синдрома, у 60 % со скрытым сифилитическим менингитом и у 25% больных сифилисом без неврологических заболеваний. Данное исследование имеет высокую диагностическую ценность при диагностике НС, в частности с психоорганическим синдромом. На основании повышения уровня АТ к белку S100 в сыворотке крови можно судить о степени проницаемости гематоэнцефалического барьера и поражении ткани мозга бледной трепонемой.

Литература:

1. Аутоантитела к глиальному фибриллярному кислому белку у больных с различными формами цереброваскулярной патологии / П.Р. Камчатнов, А.В. Чугунов, Н.Ю. Рулев и др. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 11 – С. 58-61.
2. Баркалова Э.Л. Клинические особенности современного нейросифилиса / Э.Л. Баркалова // Университетская клиника. – 2008. – Т.4, № 2. – С. 86-90.
3. Баркалова Э.Л. Психические расстройства при нейросифилисе – менинговаскулярная форма или прогрессирующий паралич / Э.Л. Баркалова // Архив психиатрии – 2006. – Т.4, № 2. – С. 2006
4. Боровиков В. П. STATISTICA – Статистический анализ и обработка данных в среде Windows / В.П. Боровиков, И.П. Боровиков. – М.: Информационно-издательский дом «Филин», 1997. – 608 с.
5. Белок S100 В и аутоантитела к нему в диагностике поврежденного мозга при черепно-мозговых травмах у детей / Е.Г. Сорокина, Ж.Б. Семенова, О.К. Гранстрем и др. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – № 8. – С. 30-35.
6. Иммуноферментный анализ нейроспецифических белков в диагностике нервно-психических заболеваний / В.П. Чехонин, И.А. Гурина, И.А. Ряхухин // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 4. – С. 15-19.
7. Полетаев А.Б. Изучение эндогенных белковых лигандов мозгоспецифических белков группы S 100 / А.Б. Полетаев, М.А. Грудень // Биохимия. – 1982. – Т.47, № 8. – С. 1349-1353.
8. Скрининг содержания нейроспецифической енолазы в сыворотке крови у пациентов с хроническими неврологическими заболеваниями / О.В. Гребенюк, В.М. Алиферова, Н.Г. Жукова // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – Приложение 1. – С. 208-211.
9. Черенько Т.М. Сенсibilизация к нейроспецифическим белкам у больных с закрытой черепно-мозговой травмой: автореф. дис. на добуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.05 «Нейрохірургія» / Т.М. Черенько. – К., 1989. – 26 с.
10. Чехонин В.П. Иммунохимический анализ нейроспецифических антигенов / Чехонин В.П., Дмитриева Т.Б., Жирков Ю.А. – М.: Медицина, 2000. – 414с.
11. Элиминация нейроспецифических белков из ЦНС (Патогенетические и методические аспекты) / В.П. Чехонин, С.В. Лебедев, О.И. Гурина и др. // Вестник Российской АМН. – 2006. – № 6. – С. 3-12.
12. Astroglial protein S-100 is an early and sensitive marker of hypoxic brain damage and outcome after cardiac arrest in humans / B. W. Böttiger, S. Mybes, R. Glotzer et al. // Circulation. – 2001. – Vol 103. – P. 2694.
13. Electroconvulsive therapy and biomarkers of neuronal injury and plasticity: Serum levels of neuron-specific enolase and S-100b protein. / J. Palmio, M. Huuhka, S. Laine // Psychiatry Res. – 2010. – Vol. 177, №1-2. – P. 97-100.
14. Jankovic B.D., Djordjijevic D. Differential appearance of autoantibodies to human brain S100 protein, neuron specific enolase and myelin basic protein in psychiatric patients // Int. J. Neurosci. – 1991. – Vol.60. – P. 119-127.
15. Michetti F. The S 100 antigen in cerebrospinal fluid as a possible index of cell injury in the nervous system / F. Michetti, A. Massaro, G. Russo // J. Neurol. Sci. – 1980. – Vol.44. – P. 259-263.
16. Can serum protein S100beta predict neurological deterioration after moderate or minor traumatic brain injury? / P. Bouzat, G. Francoeur, P. Declety et al. // Ann. Fr. Anesth. Reanim. – 2009. Vol. 28, № 2. – P. 135-139.

РІВЕНЬ АНТИТІЛ ДО БІЛКА S100 У ХВОРИХ НА НЕЙРОСИФІЛІС ІЗ ПСИХООРГАНІЧНИМ СИНДРОМОМ

Е.Л. Баркалова

Проведено аналіз рівня антитіл до нейроспецифічного білка S 100 у сироватці крові хворих на нейросифіліс й сифіліс. Встановлено достовірне підвищення у 69 % хворих із маніфестними формами нейросифілісу, з них у 100% випадків із психоорганічним синдромом; у 60 % із прихованим сифілітичним менингітом і у 25% хворих сифілісом без неврологічних захворювань. На підставі даного показника можливо судити про ступінь проникливості гематоенцефалічного бар'єру й поразки мозкової тканини білою трепоневою.

Ключові слова: нейросифіліс, антитіла до білка S 100, психоорганічний синдром

LEVEL OF ANTIBODIES TO PROTEIN S100 AT PATIENTS WITH NEUROSYPHILIS WITH PSYCHOORGANIC SYNDROME

E.L. Barkalova

The analyses of the level of antibodies to neurospecific protein S 100 in the serum of patients with neurosyphilis and syphilis. Significant improvement is observed in 69% of patients with manifest forms of neurosyphilis, of which 100% of cases with psycho-organic syndrome, 60% of concealed syphilitic meningitis and 25% of patients with syphilis without neurological diseases. Based on these findings, it is possible to judge the degree of permeability of hematoencephalic barrier and brain lesions.

Keywords: neurosyphilis, antibodies to protein S 100, psychoorganic syndrome

УДК 616.89

Р. І. Білобровка, Б. В. Кулик, Б. П. Сувало, Я. В. Шпильовий
СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ЧОЛОВІКІВ З АФЕКТИВНО-ТРИВОЖНИМ РОЗЛАДОМ
ОСОБИСТОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ЇХ СЕКСУАЛЬНОСТІ

Ключові слова: сексуальна поведінка, чоловіки, афективно-тривожні розлади

Девіації психосексуального розвитку та сексуальної поведінки є, як правило, наслідком дизонтогенезу нервової системи та психіки [1]. Риси характеру осіб, які страждають афективно-тривожним розладом особи (F 60.6), як постійний неспокій, тривожне очікування можливого неодобрення, несміливість, настороженість до всього нового, обережність в контактах з незнайомими людьми нерідко приводять до порушення комунікації [11, 2-4], подружній дезадаптації та послаблюють міцність шлюбу [5]. Проблема порушення сексуального здоров'я при аномаліях особистості у чоловіків, та зокрема, за тривожного (уникаючого) розладу вивчена доволі неповно та недостатньо висвітлена в літературі.

Метою роботи було вивчення специфіки сексуального розвитку та сексуальної поведінки чоловіків, які страждають афективно-тривожним (уникаючим) розладом особистості та в'яснення ролі наявних порушень в генезі сексуальної дезадаптації подружньої пари.

ОБ'ЄКТ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ми провели обстеження 28 пар з сексуальною дезадаптацією, в яких у чоловіків був діагностований тривожний розлад особистості. Дослідження проводили методом системно-структурного аналізу сексуального здоров'я, який дозволяє виявити особливості психосексуального розвитку та сексуальності, встановити причини та механізми розвитку сексуальної дисгармонії подружньої пари [6,7].

Вік подружніх пар складав від 22 до 45 років, тривалість подружнього життя – від 3 до 20 років. Сексуальна дисгармонія виникала у них з самого початку або протягом перших 3-ох років подружнього життя.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчення психосексуального розвитку показало, що усвідомлення своєї статевої приналежності відбувалося у обстежуваних чоловіків правильно, з двох до чотирьох років. Проте фаза реалізації етапу формування статевої самосвідомості в більшості випадків спізнювалась на 2-3 роки. Притаманні таким особам порушення комунікації проявлялось сповільненням пізнавальних сексуальних контактів, трудностю спілкування з ровесниками та дорослими на статеві теми.

Затримка психосексуального розвитку обстежених пацієнтів була в основному зумовлена психопатологічними особливостями особи. У більшості хворих в ранньому віці мало місце порушення комунікацій з ровесниками, емоційного зв'язку з родичами при вираженому прагненні до спілкування, риси несміливості, надмірної обережності та боязливості, прояви емоцій-

ної рефлексії. Тяга до спілкування з ровесниками поєднувалась з вибірковістю контактів, які в деяких випадках завершувались встановленням дружніх стосунків, які носили, проте, нестійкий, поверхневий характер.

Дефіцит спілкування з оточуючими, вимушена відгородженість від зовнішнього світу, подавлені емоційні реакції по відношенню до близьких та ровесників, неможливість підтримувати встановлені соціальні контакти уже на етапі формування статевої самосвідомості приводили до блокування та спотворення становлення сексуальності. Формування стереотипу статево-рольової поведінки у всіх обстежених відмічалось структурною складністю та ретардацією.

У всіх чоловіків інтеріоризація нормативної статево-рольової поведінки була повною, а іноді надмірно підкресленою, гіперболізованою. Типологічні особистісні характеристики у формі тривожних розладів та форма поведінки хворих, що утруднювали рольову та статусну адаптацію в середовищі ровесників, які переважалили в структурі особистості приводили до блокади комунікативних реалізацій при збереженні та навіть посиленні заінтересованості в спілкуванні приводили до порушення процесу соціалізації, в тому числі і її статево-рольових аспектів. Сприйняття таких осіб оточуючими, та особливо протилежною статтю, як "надмірно несміливих", "нерішучих", "мягкотілих", ще більшою мірою посилювало їх тривожність, затруднювало реалізацію установки даного етапу психосексуального розвитку.

Відмічалась також затримка на фазі вироблення установки етапу формування сексуального лібідо, зумовлена нездатністю через риси несміливості та страху спілкування ввійти в світ іншого, відсутністю практичних навиків в вираженні власних почуттів, некомунікабельність, особливо з особами протилежної статі. Мастурбація носила часто причепливий характер, та супроводжувалась, чуттєвим, образним фантазуванням.

У чоловіків, які страждали тривожним розладом особистості утрудненою була і реалізація еротичних фантазій. Часто вони набували цілком відірваний від реальності характер. Нерідко мастурбація поєднувалась з ідеями гріховності та онанофобічними переживаннями, що служило додатковим дисгармонуючим фактором в подружніх стосунках

Тип статевої конституції обстежених нами чоловіків був середній та слабкий.

Сексуальна активність в шлюбі відмічалась бідні-

стю проявів, їх одноманітністю, що супроводжувалось частим відчуттям невдоволеності, яке визивалось фруструючим очікуванням невдачі. Поінформованість подружжя в питаннях психогієни статевого життя була при цьому достатньо високою.

Тип сексуальної мотивації хворих, частіше всього був гомеостабілізуючим або шаблонно-регламентованим, що також не сприяло сексуальній адаптації подружньої пари. Рівень соціально-психологічної адаптації подружжя часто знижувався ще більше внаслідок несприятливого поєднання в подружній парі психосексуальних типів чоловіка та жінки.

Негативно доповнюючий та антагоністичний варіанти дезадаптивного типу подружніх стосунків були встановлені у всіх подружніх парах.

Проведене дослідження показало, що розвиток сексуальної дезадаптації за тривожного розладу особистості у чоловіків зумовлюється наявними в них порушеннями психосексуального розвитку та зв'язаними з цією патологією особливостями особистості та сексуальної поведінки.

Література:

1. Маслова В.М., Ботнева И.Л., Васильченко Г.С. Нарушение психосексуального развития // Частная сексopatология.-М.: Медицина, 1983.-с. 27-108.
2. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков – Л.: Медицина, 1977.-208с.
3. Ганнушкин П.Б. клиника психопатий, их статистика, динамика и систематика.-М.: Медгиз, 1933-186с.
4. Crooks R., Baur K. Our Sexuality. – The benjamin Cummings Publishing Company, 1990.-850p.
5. Нарушение сексуального здоровья при неврозах и психопатиях: Уч. Пособие.- Сочи, 1988.-118с.
6. Кришталь В.В. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья // Актуальные вопросы сексopatологии: Тез. Докл. I Всес. Конф. Сексopatологов.-М., 1986 – 7-9
7. Пишук Н.Г., Сандация В.Р. Психотерапевтическая коррекция супружеской дисгармонии при уявних сексуальных расстройствах у женщин // Вісник Вінницького державного медичного університету.- 1999.- №31 –с.109-110
8. М.М.Кабаков, А.Е.Личко, В.М.Смирнов Методи психологической диагностики и коррекции в клинике –Л."Медицина", 1983.-311с.

СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МУЖЧИН С АФФЕКТИВНО-ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ИХ СЕКСУАЛЬНОСТИ

Р. И. Билобрывка, Б. В. Кулик, Б. П. Сувало, Я. В. Шпилевый

Под нашим наблюдением были 34 супружеские пары с сексуальной дезадаптацией, в которых у мужей наблюдалось аффективно-тревожное расстройство личности. Обследование с помощью метода системно-структурного анализа сексуального здоровья дало возможность выявить специфические особенности становления сексуальности и сексуального поведения мужчин при этой патологии.

Показано, что главной причиной развития сексуальной дезадаптации супругов при аффективно-тревожном расстройстве личности у мужчин является нарушение темпа психосексуального развития и характерные для этой патологии качества личности, которые определяют сексуальное поведение больных.

Ключевые слова: сексуальное поведение, мужчины, аффективно-тревожные расстройства

MALE SEXUAL BEHAVIOUR WITH AFFECTIVE-ANXIETY PERSONALITY DISORDERS AND PECULIARITIES OF FORMING THEIR SEXUALITY

R. I. Bilobryvka, B. V. Kulyk, B. P. Suvalo, Y. V. Shpylovyi

There were 34 matrimonial couples under our observation, where husbands suffered with affective-anxiety personality disorders. Research of sexual health carried out by the method of system-structural analysis gave us opportunity to find out specific peculiarities of forming sexuality and sexual behaviour of males with this pathology.

It was shown that the main reason of sexual desadaptation development in couples in case of male affective-anxiety personality disorders was abnormality of the rate of psychosexual development and its typical for this pathology traits of personality, which are forming sexual behavior in this case of pathology.

Keywords: sexual behaviour, male, affective-personality disorders

УДК 615.015.32

**И.А. Бабюк, Е.В. Кришталь¹, П.Д. Цветкова², А.Е. Табачников,
Н.В. Побережная, И.Б. Рымарь, Л.А. Барлова**
**КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ И СЕКУСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН
В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

¹Харьковская медицинская академия последипломного обучения

²Софийский институт экспериментальной морфологии и антропологии

Ключевые слова: менопауза, психозмоциональные расстройства, копулятивная дисфункция, лечение, верона, интеллан

По прогнозам ВОЗ, в 2015 г. в мире удельный вес женского населения в перименопаузальном периоде достигнет 46%. Современные исследования указывают, что у 40-80% из них под действием негативных социальных и природных факторов на фоне гуморального стресса течение данного периода приобретает патологические признаки [2]. Изменения, прежде всего, гормонального фона приводят к серьезным нарушениям цикличности физиологических процессов во всех тканях организма (в том числе и центральной нервной системы), которые являются органами-мишенями для гормонов.

Несмотря на многочисленные исследования, в настоящее время вопрос о первичности эстрогенов или андрогенов в возникновении климактерического симптомокомплекса остается дискуссионным [3]. Так, классические клинические проявления, характерные для данного возраста (вазомоторные расстройства, сухость слизистых влагалища и урогенитальных тканей, развитие остеопароза), обусловленные дефицитом эстрогенов, у многих женщин устраняются при применении традиционной эстроген/гестагенной заместительной терапии.

Однако использование подобной терапии не всегда нормализует психо-эмоциональные и сексуальные нарушения. В то же время, заместительная терапия с включением андрогенов либо андрогенкстимулирующих препаратов нормализует настроение, повышает половое желание, способствует достижению сексуального удовлетворения, повышению качества жизни у женщин данной возрастной группы, налаживанию гармоничной атмосферы в семейно-брачных отношениях [6].

Клинические исследования демонстрируют, что эффекты ЦНС при менопаузе не ограничиваются вазомоторной лабильностью, они проявляются изменением поведенческих реакций, познавательных интересов, психо-астеническими и депрессивными эпизодами. Недостаток прогестерона также приводит к дисфории настроения и эмоциональной нестабильности [5]. При этом дополнение заместительной гормональной терапии андрогенами позволяет в целом нормализовать у женщин климактерического периода не только психо-эмоциональный фон, но также либидо и оргастические ощущения [3].

Андрогены могут проявлять эффекты прямо через андрогенный рецептор, служить гормонами предшественниками для эстрадиола в некоторых тканях (жировой клетчатке, костной и сосудистой ткани, головном мозге), а также влиять на снижение уровня глобулина, связывающего половые стероиды.

Высокие концентрации эстрадиола и тестостерона у женщин выявлены в преоптической зоне гипоталамуса, причем концентрации тестостерона в 10 раз выше, чем концентрация эстрадиола. К 50-летнему возрасту у женщин уровень андрогенов снижается на 50% по сравнению его с уровнем у девушек в 20-летнем возрасте, и на 70% - в течение 24 часов после удаления яичников. Следует отметить, что низкие концентрации тестостерона крови наблюдаются также при гипопитуитаризме, преждевременном снижении продукции гормонов яичниками и надпочечниками, экзогенном поступлении кортикостероидов, заместительной эстроген-терапии, способствующей повышению концентрации глобулина, связывающего половые стероиды и подавлению продукции гонадотропина [3]. В то же время, гиперандрогения обуславливает развитие гирсутизма, лежит в основе симптомокомплекса поликистозной дегенерации яичников. Резкое повышение уровня андрогенов способствует вспышкам агрессивного поведения либо приступам депрессии у лиц обоего пола, что важно учитывать при назначении лечения [6].

Механизмы нормализации функции полового удовлетворения у женщин менопаузального периода окончательно не установлены. Однако, в литературе имеется достаточно данных об эффективном сочетанном применении андрогенов с эстрогенами для коррекции сексологических проблем. Приблизительно 0,4-0,6 нанограмм/л тестостерона в плазме крови обеспечивают гомеостаз и физиологическое функционирование органов и систем у женщин. Более низкие его концентрации обуславливают депрессию, остеопороз, снижение либидо, диспареунию и ожирение [2; 3]. В то же время, наличие эстрогендефицитного состояния также может привести к подобной ситуации.

Для индивидуальной адаптации заместительной гормональной терапии важно учитывать корреляцию уровней эстрадиола и тестостерона с вероятными соматическими состояниями:

- низкие уровни эстрогенов и тестостерона – с остеопорозом, депрессией и ожирением;

- высокие уровни эстрогенов и низкие тестостерона – с ожирением, сексуальной дисфункцией;

- низкие уровни эстрогенов и высокие тестостерона – с агрессией, повышением либидо, депрессией, токсикоманией;

- высокие уровни эстрогенов и высокие тестостерона – с риском развития диабета типа 2, рака молочной железы и сердечнососудистых заболеваний.

Указанные взаимосвязи позволяют дифференцированно подходить к выбору терапии, которая может обеспечить женщине не только психо-эмоциональное и сексуальное удовлетворение, но также защитить от развития неблагоприятных осложнений либо нормализовать ряд соматических состояний (остеопороз, ожирение, сахарный диабет и т.п.), высокая степень риска которых вероятна в период менопаузы.

Традиционным лечением подобных состояний остается гормональная заместительная терапия (ГМТ). Однако, в ряде случаев назначение гормонов не дает ожидаемых результатов, их действие недостаточно либо имеет кратковременный эффект при наличии серьезных побочных расстройств, которые также требуют своей коррекции [6;7]. Известно, что ГМТ не может плавно сбалансировать гомеостаз половых гормонов, колебания которых усугубляют имеющиеся нарушения и не способствуют стабилизации положительных эффектов.

Исследования последних лет (А.В.Любарского (2007), О.В.Ромашенко и др. (2004), Т.Ф.Татарчука и др. (2008), А.Аdimoelja (2000) указывают на альтернативные пути коррекции психо-эмоциональных и сексуальных расстройств у женщин климактерического периода с помощью негормональных растительных препаратов, содержащих надземную часть якорцов стелющихся (*Tribulus terrestris* L.). Активной субстанцией данного растения являются стероидные сапонины фурастанолювого типа, среди которых преобладает протодиосцин. Протодиосцин метаболизируется в организме до дегидроэпиандростерона (ДГЭА), играющего важную роль в метаболизме холестерина и синтезе стероидных гормонов, включая, тестостерон и эстрадиол. Другие активные фурастанолювые сапонины, входящие в состав экстракта *Tribulus terrestris* L., вероятно, модулируют эффект протодиосцина, благоприятно влияя также на иммунитет, целостность клеточной мембраны и метаболизм холестерина (гиполипидемический эффект). Активирующее действие вещества на ряд ферментов оказывает выраженное влияние на аденилатциклазу и синтез циклического АМФ, который, в свою очередь, является одним из звеньев образования гормонов [8].

С учетом вышеизложенного, для коррекции психо-эмоциональных и сексуальных нарушений у женщин в климактерический период, особый интерес вызывает использование негормонального полового стимулятора растительного происхождения «Верона», Herbion.

Каждая капсула «Вероны» содержит экстракты: якорца стелющегося 300 мг, зимней вишни 100 мг, мукуны жгучей 25 мг, аргиреи красивой 60 мг. Якорцы стелющиеся стимулируют выброс лютеинизирующего гормона, активизируют гипофиз, повышают половое влечение, снижают уровень холестерина в крови, способствуют нормализации веса, нормализуют обмен веществ, уменьшают раздражительность, утомляемость, увеличивают работоспособность [4;5;6]. Зимняя вишня обладает иммуномодулирующим, адаптогенным, антистрессовым, антиоксидантным действием, улучшает оргастические ощущения. Мукуна жгучая тонизирует, повышает либидо, регулирует половые функции. Аргирея красивая замедляет процессы преждевременного старения организма, обладает общеукрепляющим, адаптогенным, тонизирующим эффектом.

С учетом фармакологических свойств Вероны (снижение астено-невротических реакций, увеличение тестостерона и лютеинизирующего гормона до физиологического уровня без нарушения гормонального баланса организма) препарат рекомендуют по 2 капсулы дважды в день в течение 60 дней. После улучшения состояния доза уменьшается до 2 капсул в день в течение еще 30 дней (поддерживающая доза). Так как после резкого уменьшения или отмены эффективной дозы возможно повторное проявление климактерического симптомокомплекса. Поэтому переход от терапевтической к поддерживающей дозе должен быть постепенным.

В качестве базисной терапии женщинам в менопаузальный период традиционно назначают ноотропы и нейростимуляторы.

Цель работы – исследовать влияние и безопасность природного негормонального полового стимулятора Верона, Herbion и растительного нейростимулятора Интеллан, Herbion в комплексной коррекции психо-эмоциональных и сексуальных расстройств у женщин с климактерическим синдромом.

Материалы и методы. В открытое рандомизированное исследование, основанное на клинко-терапевтическом подходе, было включено 37 женщин в возрасте от 45 до 55 лет (средний возраст – $51,2 \pm 1,3$) с диагнозом «климактерический синдром» и выраженными психо-эмоциональными (нарушениями сна, депрессивные проявления, раздражительность, тревога, астенический синдром) и половыми (снижение либидо и половой активности, отсутствие оргастических ощущений, сухость во влагалище) расстройствами.

Женщины с алкогольной зависимостью, тяжелыми соматическими заболеваниями, на фоне приема антидепрессантов были исключены из исследования.

Общее состояние больных до и после лечения оценивали с помощью Менопаузальной рейтинговой шкалы – MRS (ZEG); особенности состояния эмоциональной сферы – тестированием по Люшеру; степень депрессивных проявлений – при помощи шкалы Гамильтона [1].

В качестве базисной терапии всем пациентам, согласно показаниям, рекомендовали ноотропное и нейростимулирующее растительное средство Интеллан, Herbion, каждая капсула которого содержит экстракты гинко, центелы, херпестиса, кориандра, амомумы и эмблики лекарственной. Интеллан положительно влияет на процессы обмена и кровообращения в коре головного мозга, улучшает регионарное кровоснабжение ишемизированных зон мозга, регулирует состояние сосудов (артерий, вен, капилляров); стимулирует мыслительные функции, память, внимание; антиоксидантное действие способствует защите нервной системы от негативного влияния свободных радикалов; антикоагулянтное действие противодействует фактору агрегации тромбоцитов (анти-PAF). Препарат эффективен при ослаблении памяти, возрастных нарушениях концентрации внимания, мышления, хронических стрессовых ситуациях, нервном напряжении, быстрой утомляемости, приливах, обмороках, чувстве тревоги, астено-депрессивных состояниях. При этом также учитывали сообщение F.Ecfamann (1990), что гинко имеет свойство афродизиака – увеличивает циркуляцию крови в половых органах, усиливая либидо и чувственный компонент. Назначали по 1 капсуле два раза в день в течение 3-х месяцев.

Наблюдаемые женщины были рандомизированы на две группы, не отличающиеся по возрасту (средний возраст составил $51,2 \pm 1,3$ года) и степени тяжести климактерических проявлений. Женщины 1-ой группы ($n=17$) принимали только базисную терапию (Интеллан, Herbion); в 2-й группе ($n=20$) – принимали Интеллан, Nerebion в комбинации с Вероной, Herbion

по указанным схемам в течение 3 месяцев.

Результаты исследований и их обсуждений. Период менопаузы в среднем составил $1,2 \pm 0,4$ года (от 1 до 2 лет). Признаки климактерического синдрома в 35,14% случаев (13) появились через 1-6 мес. От начала нарушений месячных циклов, в 64,86% (24) – после прекращения менструаций. При этом, согласно Международной рейтинговой шкалы (MRS), наиболее часто у женщин отмечались психо-эмоциональные, вегетососудистые и сексуальные нарушения: ощущение приливов и раздражительность (37); астенические проявления, чувство тревоги, снижение умственной и физической работоспособности (30; 81,08%); депрессивные эпизоды (29; 78,38%); нарушения сна (23; 61,16%); жалобы со стороны сердечнососудистой системы (19; 51,35%). Также у всех пациенток отмечались нарушения копулятивного цикла в виде снижения либидо, сексуальной активности и чувства удовлетворения.

На сухость слизистой оболочки влагалища жаловались 15 (40,54%) женщин, на дизурические проявления 3 (8,11%).

Психологическое тестирование дополнило собранные данные. Результаты исследования по методике Люшера (выбор сочетания цветов) во всех случаях указывал на нестабильность психоэмоциональной сферы у обследованных женщин обеих групп – раздражительность, тревожность, ипохондрию, чувство страха. Согласно теста Гамильтона астено-депрессивный синдром диагностирован у 18 (48,65%) пациенток: легкая степень (7-16 баллов) у 10 (27,03%), средняя (до 25 баллов) – у 6 (16,22%); тяжелая (более 25 баллов) – у 2 (5,41%).

Таблица 1

Показатели Менопаузальной рейтинговой шкалы (MRS) до и после проведенного лечения

Клинические проявления:	1-я группа ($n=17$)		2-я группа ($n=20$)	
	до лечения	после	до лечения	после
приливы	17 (100%)	7 (41,18%)	20 (100%)	3 (15%)
нарушения CCC	9 (52,94%)	3 (8,11%)	10 (50%)	3 (15%)
боли в суставах и мышцах	2 (11,76%)	1 (5,88%)	3 (15%)	1 (5%)
нарушение сна	13 (76,47%)	4 (23,53%)	10 (50%)	2 (10%)
депрессия	8 (47,06%)	4 (23,53%)	10 (50%)	2 (10%)
раздражительность	17 (100%)	5 (29,41%)	20 (100%)	2 (10%)
тревога, внутреннее беспокойство	12 (70,59%)	4 (23,53%)	18 (90%)	6 (30%)
астения	13 (76,47%)	3 (8,11%)	17 (85%)	1 (5%)
нарушения копулятивной функции	17 (100%)	10 (58,82%)	20 (100%)	2 (10%)
нарушения мочеиспускания	2 (11,76%)	1 (5,88%)	1 (5%)	-
сухость влагалища	6 (35,29%)	4 (23,56%)	9 (45%)	2 (10%)

Наблюдение за пациентами обеих групп в течение 6 мес. после проведенной терапии показали, что использование только растительного нейростимулятора Интеллан способствовало частичному снижению психо-эмоционального напряжения и вегето-сосудистых расстройств, тогда как комплексное лечение с Вероной дало более выраженный и стойкий терапевтический эффект по всем клиническим проявлениям климактерического синдрома. Стабилизации психо-эмоциональных нарушений способствовало улучшение качества жизни, повышение самооценки в результате нормализации проявлений копулятивного цикла. По данным теста Люшера эмоциональное состояние стабилизировалось в 1-ой группе у 50-70% женщин, во 2-ой у 60-90%. Оценка по шкале Гамильтона в 1-ой группе выявлено снижение депрессивных эпизодов на 50%, а во 2-й – в 5 раз. Побочных явлений и реакции идиосинкразии мы не наблюдали. Закрепление полученных позитивных результатов также способствовали консультации психотерапевта, беседы о гигиене, здоровом образе жизни, назначении чайных сборов с валерианой, пустырников, зверобоем, использование лубрикантов при половой близости.

Выводы

Таким образом, применение негормонального природного полового стимулятора Верона, Herbion в комбинации с растительным нейростимулятором Интеллан, Herbion показало высокую, продолжительную терапевтическую эффективность и безопасность в лечении основных проявлений климактерического синдрома у женщин – психоэмоциональных, вегетососудистых и сексуальных расстройств. Важно отметить,

что улучшение общего самочувствия и устранение сексуальных дисгармоний существенно повлияло на повышение качества жизни пациентов в данной возрастной группе.

Проведенные исследования свидетельствуют, что употребление данных препаратов должно быть длительным – не менее 3 месяцев.

Литература:

1. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., Люшер М. Энциклопедия психологических тестов.-М.: Медицина, 1997.-С.179-181.
2. Любарский А.В. Некоторые эволюционно-биологические подходы к сексуальному здоровью женщин зрелого возраста // *Здоров'я України*.-2007.-№23 (180).-С.10-14.
3. Резников А.Г. Эндокринологические аспекты // *Международ. Эндокринологический журнал*.-2007.-№ 4 (10).-С.103-111.
4. Ромащенко О.В., Мельников С.Н. Влияние андрогенов на сексуальную функцию женщины в период менопаузы // *Здоровье мужчины*.-№3.-2004.-С.186-189.
5. Татарчук Т.Ф., Ефименко О.О., Тутченко Т.М. Альтернативні шляхи корекції психоемоційних порушень у період перименопаузи // *Репродуктивное здоровье женщины*.-№4 (38).-2008.-С.10-14.
6. Adimoelja A. Photochemical and the breakthrough of traditional herbs in the management of sexual dysfunctions // *Intern. J.Androl*.-200.-Vol.23 (Suppl. 2).-P.82-84.
7. Davison S.L., Davis S.R. Androgens in women // *J.Steroid Biochem. Mol. Biol*.-2003.-Vol.85.-N2-5.-P.363-366.
8. Meston C.M., Heiman J.R. Acute dehydroepiandrosteron effects on sexual arousal in premenopausal women // *J.Sex.Marital.Ther*.-2002.-Vol.28.-N 1.-P.4-5.
9. Morley J.E. Testosterone replacement in older men and women // *J.gend.specif.Med*.-2001.-Vol.4.-N2.-P.49-53.
10. Blumel J.E., Araya H., Riquelme R. et al. Prevalence of sexual dysfunction in climacteric women. Influence of menopause and hormone replace therapy // *Rev.Med.Chil*.-2002.-Vol.130.-N10.-P.1131-1138.

КОРЕКЦІЯ ПСИХІЧНОЇ ТА СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

І.О. Бабюк, Є.В. Кришталь, П.Д. Цветкова, О.Ю. Табачников, І.Б. Римар, Н.В. Побережна, Л.О.Барлова

В статті наведено аналіз даних літератури щодо порушення гормонального балансу в перименопаузальний період у жінок. Теоретично обґрунтовано та клінічно продемонстровано позитивний ефект використання препарату Верона в корекції психоемоційних та сексуальних розладів у жінок в період менопаузи.

Ключові слова: менопауза, психоемоційні розлади, сексуальна дисфункція у жінок, лікування, Верона, Интеллан

CORRECTION OF PSYCHIC AND SEXUAL DYSFUNCTION IN PERIMENOPAUSAL WOMEN

I.A. Babiuk, Ye.V. Krishtal, P.D. Tzvetkova, A.Ye. Tabachnikov, I.B. Rimar, N.V. Pobereznaya, L.A. Barlova

In article the analysis of literary data about the role of hormonal disturbances during the peripostmenopause is presented. The positive effect of using the medicine Verona for the restoration of indicators of psychic and sexual health of women during the period of menopause is theoretical explained and clinically demonstrated.

Keywords: menopause, psychic and sexual dysfunctions, therapy, Verona, Intellan

УДК 616.89-07

С.І. Табачніков, О.М.Макаренко, Л.В.Степаненко, О.М.Дзюба
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
Комунальний заклад „Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня ”

Ключові слова: діагностика, лікування, старіння, хвороба Альцгеймера

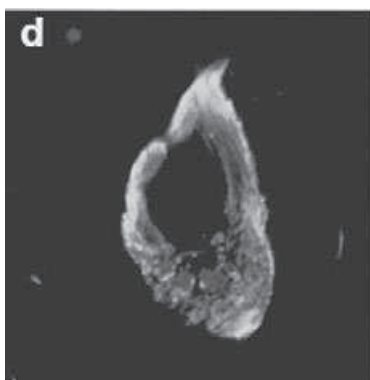
За останні роки проблеми, пов'язані з деменціями, визнані Всесвітньою організацією охорони здоров'я [9] одними з найважливіших в охороні здоров'я сучасного суспільства. Збільшення кількості людей похилого віку в структурі населення привело до збільшення геронтологічної патології, в тому числі хвороби Альцгеймера - одного з найбільш згубних захворювань сучасного суспільства [4].

Вперше хворобу описав у 1907 році німецький вчений Алоїс Альцгаймер, який виявив характерні патологоанатомічні зміни головного мозку у 55-річного пацієнта (мал.1;2), який хворів впродовж 5 років важким прогресуючим недоумством. Існування самого захворювання отримало загальне визнання і тепер хвороба носить ім'я першовідкривача.

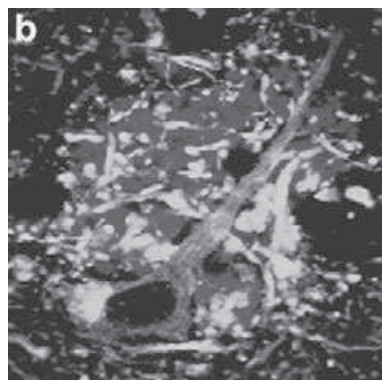
Хвороба Альцгеймера є одною з основних проблем початку XXI століття. Це пояснюється наступними причинами:

- Широка розповсюдженість захворювання
- Неухильно прогресуючий перебіг з руйнівними наслідками
- Хворі втрачають пізнавальні функції, пам'ять, інтелект, стають залежними
- Члени сімей та особи, що надають допомогу, перебувають під впливом важкого психологічного стресу
- Великі економічні витрати на лікування та догляд за хворими

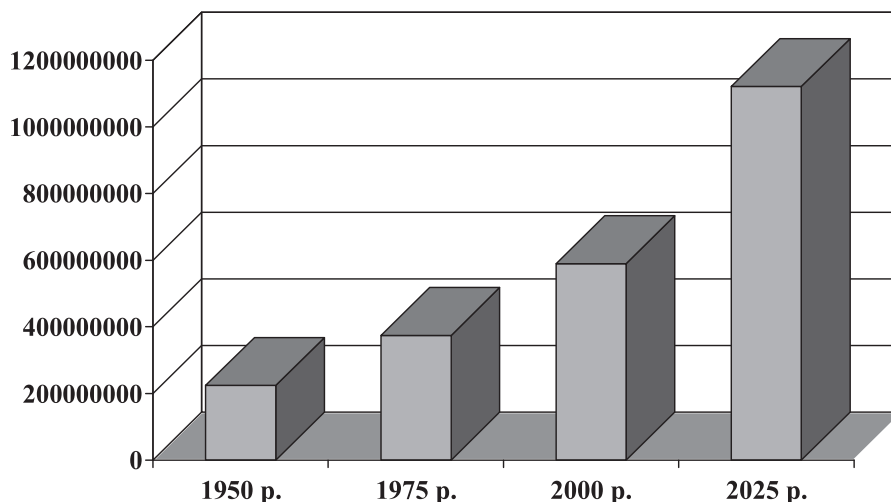
Чим більше в суспільстві людей похилого віку, тим більше ризик виникнення і розповсюдженість хвороби



Мал.1. Нейрофібрилярні клубки



Мал.2. Амілоїдні бляшки



Мал.3. Динаміка постаріння населення

Альцгеймера. За даними ООН (Мал.3), у 2000 році кількість осіб віком 60 років і старше становила 590 млн., а до 2025 року перевищить 1 млрд. 121 млн., тобто збільшиться в 5 разів порівняно з 1950 роком. При цьому загальна кількість населення за цей період збільшиться тільки в 3 рази. Сьогодні кожна 10-а людина на Землі старша 60 років. До 2050 року кожний п'ятий буде старшим 60 років.

Характерною рисою вікової структури населення України є постійне збільшення частки людей старшого віку, вона вже переважає частку дітей (23.9% проти 18.1%). Такий процес називається “старінням” населення. Він особливо інтенсивний в останньому десятилітті. За даними Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України [6] (табл.1) за 1989-2004 рр. частка людей пенсійного віку збільшилась на 5.3%. Якщо у міських поселеннях частка людей у віці понад 60 років становить 18.6%, то у селах - 25.2%. Серед осіб 60 років і старше кількість людей старечого віку становить біля 30%. 15 – 20% осіб старечого віку потребують психіатричної допомоги.

Тенденція старіння населення України підвищує імовірність зростання захворюваності на хворобу Альцгеймера. Нажаль, статистичні медичні звіти в нашій країні не дозволяють скласти уявлення про істинну розповсюдженість хвороби Альцгеймера, яку ще називають “головним хронічним недугом похило-

го віку”.

За даними Національного інституту старіння США, хвороба Альцгеймера займає 4 місце серед причин смерті населення цієї країни: після серцевих захворювань, раку та інсульту, а загальна кількість таких хворих складає біля 4 млн. чоловік. Нині цим захворюванням страждає 10% 65-річних американців, а якщо людина доживе до 85 років, то імовірність виникнення хвороби Альцгеймера досягає 50%.

У світі у 2000 році налічувалося 12 млн. хворих на хворобу Альцгеймера. Якщо не будуть знайдені ефективні засоби лікування та профілактики, то прогнози є сумними: до 2050 року передбачається зростання кількості хворих до 100 млн., і може досягнути рівня епідемії.

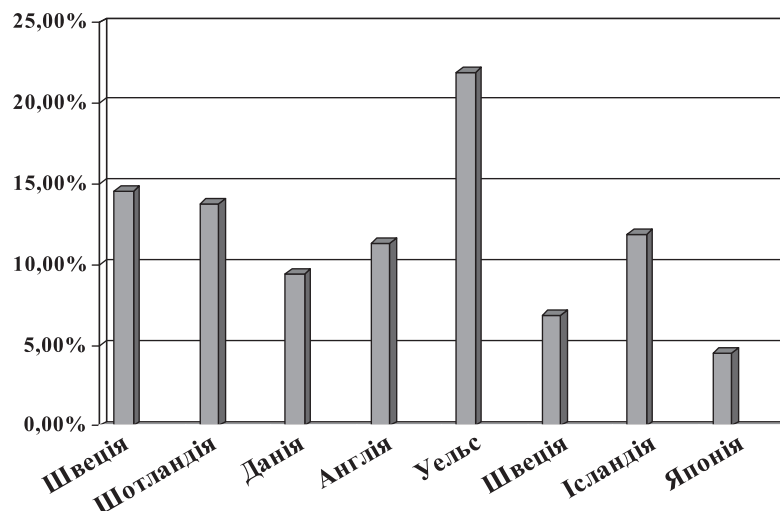
Якщо початок хвороби Альцгеймера можна було відтермінувати на 1 рік - в США через 10 років стало би на 210 тис. хворих менше; через 50 років стало би менше на 770 тис. хворих; щорічна економія склала би через 10 років 10 млрд. доларів. А відтермінування початку захворювання на 5 років привело би через одне покоління до зниження розповсюдженості в 2 рази!

За даними епідеміологічного дослідження (мал. 4) розповсюдженість деменцій після 60 років складає від 4,5% (Японія) до 21,9% (Уельс). Розходження в наведених даних пояснюється різними методиками збору даних, розмірами вибірки, складом вибірки, різними діагностичними критеріями і т.д.

Демографічне навантаження в Україні в 2009 році

Таблиця 1

Вік	Чоловіки	Жінки	Обидві статі
Все населення (млн. осіб)	21,2	24,8	46,0
Молодше працездатного	3,6	3,4	7,0
Працездатний	14,3	13,6	27,9
Пенсійний	3,3	7,8	11,1
Частка осіб пенсійного віку	15,5	31,6	24,2
Припадає осіб пенсійного віку на осіб праце-здатного віку	230	577	399



Мал.4. Дані епідеміологічних досліджень розповсюдженості деменцій серед населення у віці 65 років і старше (Zenderson A.S., Kay D.W.)

Таблиця 2

Ішемічна шкала Хачинського

№ п/п	Симптоми	Бали
1.	Раптовий початок	2 бали
2.	Ступенеподібний перебіг	1 бал
3.	Наявність флюктуацій	2 бали
4.	Нічна сплутаність	1 бал
5.	Відносна збереженість особистості	1 бал
6.	Депресія	1 бал
7.	Соматичні скарги	1 бал
8.	Нестриманість емоційних реакцій	1 бал
9.	Артеріальна гіпертензія (в анамнезі чи в теперішній час)	1 бал
10.	Інсульт в анамнезі	2 бали
11.	Інші (соматичні) ознаки атеросклерозу	1 бал
12.	Суб'єктивна неврологічна симптоматика	2 бали
13.	Об'єктивна неврологічна симптоматика	2 бали

Існують статистичні дані, що дозволяють припустити, що клініцистами здійснюється гіпердіагностика судинної деменції за рахунок хвороби Альцгеймера [8]. На основі цілого ряду патоморфологічних робіт можна рахувати, що приблизно в 65-82% випадків органічних деменцій може бути діагностована хвороба Альцгеймера. В інших випадках спостерігається в основному судинна деменція і змішана судинно-атрофічна деменція. Незначну кількість складають випадки інших дементуючих захворювань – (хвороба Піка, хвороба Крайтцфельдта-Якоба, хорея Гентінгтона, хвороба Паркінсона та ін.) [10].

До деменції можуть привести також інші причини – метаболічні порушення, інфекції, новоутворення, травми. Серед них дефіцит вітаміну В12, гіпотиреозидизм, гіперінсулінізм, хронічні легеневі чи ниркові захворювання, хронічна гіпоксія, хронічна інтоксикація бромідами, фенотіазинами та іншими ліками, хронічний алкоголізм, гідроцефалія, субдуральна гематома, тривалий гемодіаліз, екстракорпоральний кровообіг.

Судинна деменція складає за даними різних авторів від 11% до 45% випадків деменції.

При судинній деменції існує ряд ознак, що мають диференціально-діагностичне значення:

- наявність в анамнезі вказівок на артеріальну гіпертензію,
- епізоди гострого порушення мозкового кровообігу з розвитком після них афатичних, агностичних і апрактичних розладів,
- наявність рухових порушень у вигляді парезів і паралічів, зміни чутливості, вогнищевої неврологічної симптоматики, псевдобульбарного синдрому, гіперкінезів, паркінсонізму.

Наступні ознаки можуть вказати на наявність судинної природи захворювання: захворювання судин сітківки, зміна частоти і ритму серцевих скорочень, периферичні судинні ураження. Також для судинної деменції характерне ступенеподібне прогресування хвороби. Відносним диференціально-діагностичним критерієм судинної деменції є позитивна відповідь на проведення курсу судинної терапії (вазодилататори, ноотропи, гіпотензивні, холестеринзнижуючі засоби, антикоагулянти тощо).

З початку 70-х років широке розповсюдження для діагностики мультиінфарктної деменції отримала ішемічна шкала Хачинського (табл.2).

Оцінка більше 7 балів передбачає судинну причину деменції, 4 і менше балів - не підтверджує судинну етіологію процесу.

Деменція при хворобі Піка виявляється рано і також, як при хворобі Альцгеймера, неухильно прогресує (табл. 3). При хворобі Піка переважно уражуються лобні долі головного мозку. Для цієї хвороби характерно порушення ядра особистості і соціальної поведінки. На відміну від хвороби Альцгеймера у клінічній картині домінують поведінкові розлади, нерідко хворі бувають байдужі до навколишнього чи розгальмовані. У пацієнтів з хворобою Піка на початкових стадіях вини-

кають складності при виконанні завдань, які потребують здатності до планування. Мова стає конкретною і бідною. Характерним є кількаразове повторення того, що сказали інші, а також власних відповідей. Орієнтація в просторі і звична діяльність залишаються збереженими протягом довшого часу.

Хорея Гентінгтона – спадкове захворювання, що виникає у віці 30-50 років. Початковими проявами захворювання є хореоатетодні рухові розлади, які часто помилково приймаються за спазми чи тики. На більш пізніх стадіях виникає деменція, як правило з психотичною симптоматикою. Вона відносно малопрогредієнтна. Частково зберігається працездатність поряд з неспроможністю в незвичній діяльності. Розлади пам'яті починаються із ускладнення запам'ятовування і репродукції, і не досягають важкого ступеню. Орієнтація у власній особистості і в часі спостерігається рідко. Відбувається інтелектуальне зниження, збіднення психічної діяльності. Досить часто виникають депресивні розлади, тривога, рудиментарні психози. Перебіг повільно прогресуючий, смерть настає через 15-25 років.

Хвороба Крейтцфельдта-Якоба являє собою швидко прогресуюче дементуюче захворювання, що викликається вірусом повільної інфекції. Частіше виникає у віці 40-60 років. Бурхливість розвитку деменції (на протязі 1 – 2 років), наявність масивної неврологічної симптоматики (пірамідні і екстрапірамідні парези і паралічі, міоклонії, погіршення слуху, порушення ходьби, епілептиформні напади), характерна трифазна ЕЕГ відрізняють дане захворювання. Можлива продуктивна симптоматика (епізодичні стани сплутаної сві-

Таблиця 3

Диференційно-діагностичні критерії хвороби Піка і хвороби Альцгеймера

Ознаки	Хвороба Піка	Хвороба Альцгеймера
1. Порушення пам'яті	Рідко	Прогресуюча амнезія
2. Дезорієнтація	Відсутня	Амнестична
3. Зміни особистості	Виражені	Рідко
4. Критика до хвороби	Відсутня	Є
5. Галюцинації	Відсутні	Епізодичні слухові
6. Параноїдний синдром	Дуже рідко	Рідко
7. Паранояльний синдром	Відсутній	Рідко
8. Депресія	Відсутня	Можлива
9. Гіпотонічні кризи	Можливі	Відсутні
10. Епілептичні напади	Звичайно відсутні	Поодинокі, частіше на пізніх етапах
11. Аспонтанність	Часто	Рідко
12. Рухова активність	Знижена	Метушливість
13. Порушення мови	Збіднення, стереотипії	Логорея
14. Дизартрія	Відсутня	Можлива
15. Афазія	Відсутня	Амнестична, що переходить в тотальну
16. Ехолоалія	Характерна	Можлива
17. Мутизм	Можливий	Відсутній
18. Аграфія	Рідко	Часто
19. Алексія	Рідко	Часто
20. Акалькулія	Рідко	Часто
21. Апраксія	Відсутня	Часто
22. Астазія-абізія	Відсутня	Часто
23. Агнозія	Не характерна	Часто
24. Дані ЕЕГ	Загальне зниження біоелектричної активності головного мозку	Зникнення β -ритму, поліморфна повільна активність, зниження регіональних відмінностей, ареактивність
25. Дані КТ	Кортикальна атрофія лобно-скронева, внутрішня гідроцефалія, більше в передніх відділах бокових шлуночків	Кортикальна атрофія тім'яно-потилична, внутрішня гідроцефалія з розширенням бокових шлуночків на рівні перехрестя і задніх рогів

домості із слуховими галюцинаціями, конфабуляції).

При деменції, обумовленій вірусом імунодефіциту людини, звичайно характеризуються скаргами на розсіяність, загальмованість, важкості в концентрації уваги, вирішенні задач і читання. Частими є апатія, зниження спонтанної активності і соціальна відгородженість. В деяких випадках відмічаються атипові афективні розлади, судомні пароксизми і психози (делірій, гострі параноїди, галюцинози). Неврологічне обстеження виявляє тремор, порушення координації, атаксію, підвищення рефлексів, лобне розгальмовування і порушення окорухових функцій. Деменція при ВІЛ може прогресувати на протязі декількох тижнів і місяців до рівня маразму і смерті.

Ще однією причиною деменції можуть бути пухлини головного мозку, що ростуть чи здавлюють переважно лобні і скроневі долі. Основною відмінністю цих деменцій є поєднання загальномозкової симптоматики і вогнищевих неврологічних розладів, що відповідають локалізації об'ємного процесу. Темпи розвитку деменції і її клінічні прояви залежать від локалізації пухлини. Деменція може виникнути і при пухлинах соматичної локалізації. Причиною тих випадків є метастази в головний мозок, печінкова і ниркові енцефалопатії.

Велике значення в диференційній діагностиці цих станів мають додаткові методи обстеження (Ехо-ЕГ, КТ, МРТ).

З картиною псевдодеменції в пізньому віці можуть перебігати такі психічні захворювання, як депресія, шизофренія, істеричні реакції, інволюційна меланхолія і параноїд, манія, нейросифіліс, посттравматичний психоз та ін.

Часто приходится проводити диференціальну діагностику між деменцією і депресією. При депресії хворий також може бути апатичним, загальмованим, у нього порушена здатність до зосередження, сповільнене мислення, знижена мотивація, знижені інтелектуально-мнестичні функції. Але після виходу з хворобливого стану всі ці функції відновлюються. Диференційно-діагностичні критерії деменції при депресії і хворобі Альцгеймера можна представити у вигляді таблиці 4. Також важливою диференційно-діагностичною ознакою деменції при хворобі Альцгеймера і депресії є зворотність деменції під впливом курсу лікування антидепресантами.

Розпізнавання видів деменцій є складним. А стратегічні напрями лікування і прогноз – різні. Тому при наявності таких ознак як порушення пам'яті, розумової діяльності, звичної діяльності необхідно провести повне обстеження, яке включає крім клінічного обстеження, також комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію, електроенцефалографію, експериментально-психологічне обстеження, лабораторне обстеження, дає важливу інформацію про походження деменції.

Більш досконалі знання молекулярної біології, генетики і патогенезу хвороби Альцгеймера привели до створення численних фармакологічних засобів, які можуть допомогти в лікуванні [1; 2; 14]

В лікуванні хвороби Альцгеймера виділяють

наступні напрями: корекція когнітивного дефіциту; лікування порушень поведінки, депресії та психотичних розладів; сповільнення прогресування захворювання; сповільнення прояву маніфестації захворювання [12].

Лікування деменції має бути комплексним, і включає не тільки медикаментозну терапію, але й соціально-психологічну підтримку хворих та родин і догляд за хворими [7; 11].

Порушення поведінки спостерігаються в більшості хворих на хворобу Альцгеймера і полягають в збудженні, розгальмованості, агресивності, ажитації, метушливості, блуканні, порушенні спонтанної діяльності. У багатьох хворих розвиток деменції також супроводжується депресивними, тривожними, маячними чи галюцинаторними розладами. Для лікування даних психічних порушень застосовують антипсихотичні (галоперидол, рісперідон, оланзапін), протисудомні засоби (депакін, фінлепсин), антидепресанти (тразодон, буспірон, селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну), бета-адреноблокатори, бензодіазепіни.

Відомою є стратегія лікування хвороби Альцгеймера [5]:

1. Замісна компенсаторна терапія, спрямована на подолання дефіциту нейротрансмітерів.
2. Протективна терапія: застосування нейропротекторів і нейротрофічних факторів; корекція порушень вільно-радикальних процесів, а також метаболізму кальцію.
3. Протизапальна терапія.
4. Гормональна терапія.
5. Поведінкова терапія, у тому числі психофармако-

Таблиця 4

Диференційно-діагностичні критерії деменції при депресії і хворобі Альцгеймера

Ознаки	Хвороба Альцгеймера	Депресія
1. Аналогічний епізод в анамнезі	Відсутній	Наявний
2. Перебіг	Повільне прогресування	Приступоподібний
3. Зміна настрою	Одночасно чи після розвитку когнітивних розладів	До розвитку когнітивних розладів
4. Скарги на внутрішній дискомфорт	Нечіткі	Наявні
5. Скарги на зниження пам'яті	Немає	Чіткі, детальні
6. Відповіді при дослідженні психічного статусу	Помилки, конфабуляція, персеверація	Відповіді "не знаю", "не можу сказати"
7. Афективні реакції.	Емоційно не забарвлені, лабільні	Подавленість
8. Основні теми	Надмірна значимість буденних дій	Акцентування невдач
9. Симптоми органічних розладів	Часто присутні	Відсутні
10. Поведінка	Адекватна ступеню когнітивних розладів	Не адекватна ступеню когнітивних розладів
11. Співробітництво при лікуванні	Готовність до співробітництва	Відсутність готовності
12. Методи нейровізуалізації	Відповідає патології	Не свідчить про патологію

терапія продуктивних психопатологічних розладів і психологічна корекція (тренінг) когнітивних функцій.

Щодо застосування інгібіторів холінестерази маємо власний досвід лікування препаратами арісепт і екселон і проводили локальні клінічні дослідження по застосування даних препаратів при хворобі Альцгеймера [2; 13].

Максимальний клінічний ефект проявляється через 12-18 тижнів. Позитивні зрушення можна спостерігати в клінічній картині захворювання в двох сферах – покращення когнітивних функцій і підвищення загальних функціональних можливостей хворого. Серед ознак покращення когнітивних функцій – покращення мови, орієнтації, здатності виконувати прості завдання, що разом з кращою здатністю запам'ятовувати дати, імена і назви окремих предметів приводить до зменшення неадекватності хворих. У деяких з них навіть незначне покращення пам'яті, що спостерігається на клінічному рівні, у сполученні з підвищенням концентрації уваги і збільшенням швидкості реакцій, створює враження про високу ефективність препаратів.

Підвищується функціональні можливості хворих, вони краще реагують на оточуючу обстановку і на інших людей. Підвищується рівень різних видів діяльності в щоденному житті, особливо в сфері використання предметів щоденного вжитку, ведення домашнього господарства. Значне покращення відмічається в навиках самообслуговування. На фоні лікування зменшується апатія, підвищується настрій. Зменшується ажитація і пом'якшується маячна симптоматика, хворі стають менше впертими, покращується загальне самопочуття.

Але такі результати спостерігаються не у всіх хворих, наприклад, покращення когнітивних функцій виявляється у 40% пацієнтів. Однак клінічні дані свідчать про те, що 80% хворих можуть краще виконувати свої

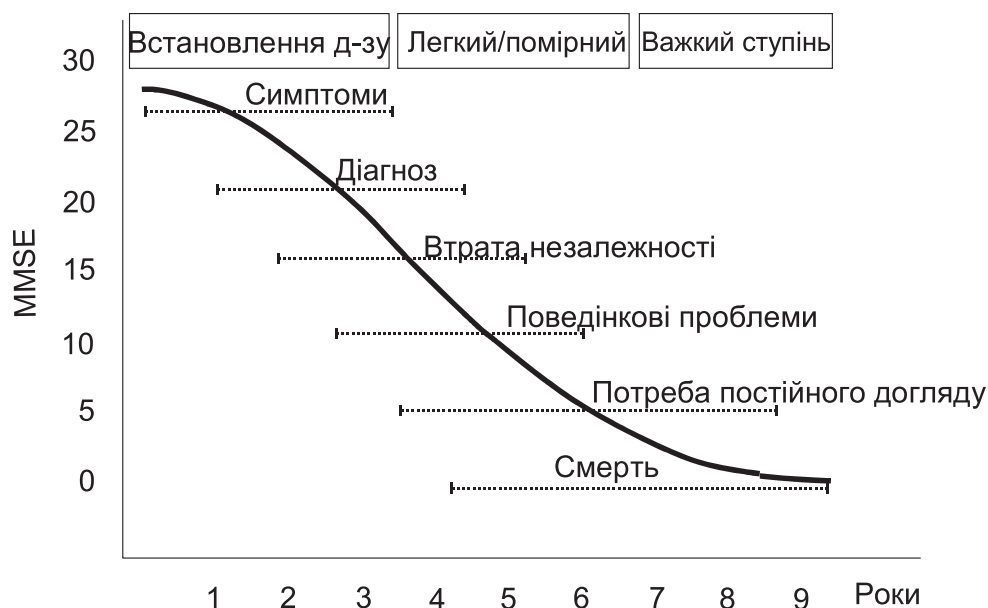
функціональні обов'язки.

Симптоматичне лікування продовжується до тих пір, поки хворих приймає лікарські препарати. Ось чому нині є так важлива рання діагностика хвороби Альцгеймера, оскільки вчасне послаблення симптоматики даного захворювання є найбільш цінним як для хворого, так і для членів його родини.

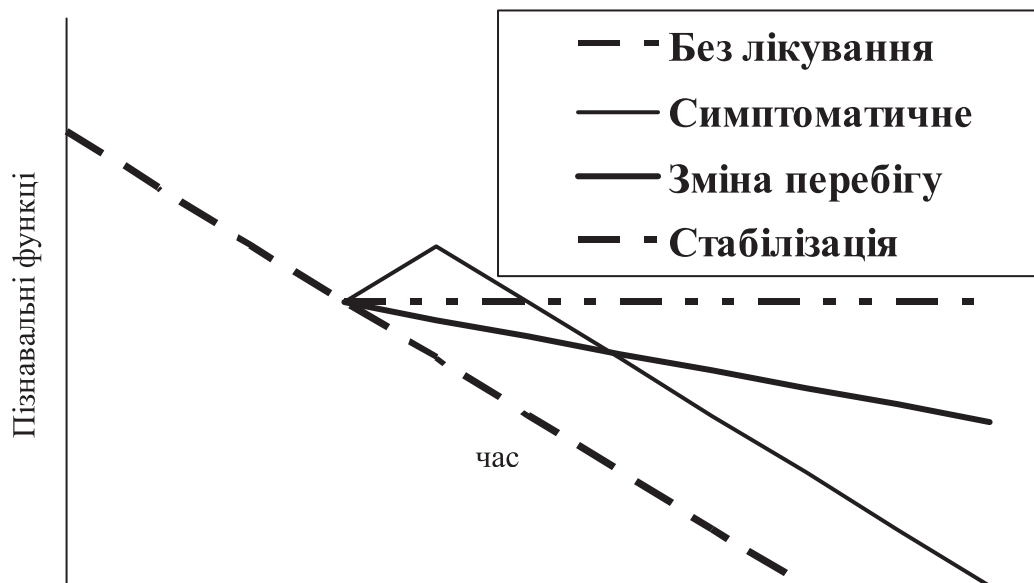
Звичайно оцінку впливу антидементних засобів ускладнюють чотири фактори: нереалістичні очікування, неадекватна оцінка стану, гетерогенний характер захворювання, а також вплив людини, що доглядає за хворим.

На сьогоднішній день основною проблемою є нереалістичні очікування зі сторони людини, що здійснює догляд, пацієнта і лікаря. Результати впливу лікарських препаратів часто є незначними. Потрібно розуміти, що повна редукція всієї психопатологічної симптоматики чи зупинка прогресування захворювання малоімовірні. Тому важливою частиною лікувального процесу є оцінка очікуваних результатів:

- Очікувана тривалість життя осіб, що мають показники по експрес-дослідженню психічного стану (MMSE) більш 24 балів, складає 8 – 12 років, тоді як в осіб з показником менш 18 балів – 3 – 4 роки.
- Лікування хвороби Альцгеймера є симптоматичним, а не етіологічним. Захворювання неухильно прогресує і в певний момент стає вже неефективним. Припинення лікування на будь-якій стадії захворювання приводить до погіршення стану пацієнта в цілому до такого ступеню, ніби перебіг хвороби був природнім, без застосування лікарських засобів.
- Лікарські засоби допомагають не кожному хворому.
- Необхідність догляду за хворим в спеціальному медичному закладі може виникнути пізніше.



Мал.5. Природній перебіг захворювання



Мал.6. Вплив різних видів лікування на перебіг хвороби Альцгеймера

До тих пір, поки доглядальник і/чи пацієнт не усвідомлять, який характер захворювання і чому застосовується те чи інше лікування, користь від впливу фармакологічних препаратів буде незначною. По цій причині під час виконання програми по деменції необхідна рання діагностика захворювання і інформування всіх осіб, доточних до застосування фармакологічних препаратів. Це має особливе значення для спеціалістів, оскільки їх невпевненість може негативно впливати на кінцевий результат лікування.

При оцінці ефективності лікування в клінічних дослідженнях застосовують чутливі шкали, що мають чітку структуровану оцінку, такі як MMSE та ін. Але для практики є важливим користування хоча би шкалою загального клінічного враження і простий запис про це (наприклад, мінімально, помірно, помітно краще чи гірше, або без змін) дає цінну додаткову інформацію.

При оцінці ефективності лікування можна враховувати три результати лікування, кожний з яких вважається позитивним: стійке і помітне покращення, відсутність погіршення і сповільнення погіршення, а також враховувати природній перебіг захворювання (мал.5;6).

За останні 10 – 15 років уявлення про деменції суттєво змінилися і при умовах адекватної комплексної терапії на ранніх етапах захворювання стали можливими відносно довга стабілізація процесу і продовження активного періоду життя пацієнтів.

Література:

1. Бачинская Н.Ю., Романенко А.Л. *Терапевтическая стратегия при болезни Альцгеймера*. // Тези III Національного конгресу геріатрії та геронтологів. – Київ, 2000. – С.54.

2. Влох І.Й., Степаненко Л.В. *Сучасні аспекти лікування хвороби Альцгеймера*. // Науковий вісник. Академія наук вищої школи України. – 2002. - №26. – С.62-66.

3. Влох І.Й., Степаненко Л.В., Сувало Б.П., Кирилюк Я.Ю., Гнатюк С.М., Черник М.Ю. *Арісепт в лікуванні деменції при хворобі Альцгеймера* // Український вісник психоневрології. – 2002 (додаток). – Том 10, вип.1 (30). – С.170.

4. Волошина Н.П. *Дементирующие процессы головного мозга*. - Харьков.: Основа, 1997. - 181 с.

5. Гаврилова С. И. . *Фармакотерапия болезни Альцгеймера*. - Издательство: Пульс. – 2003. - С. 324.

6. Палий Е.М. *Население Украины: проблемы миграции и смертности*. Электронная версия бюллетеня «Население и общество».

7. Пінчук І.Я. *Впровадження реабілітаційних заходів у комплексну систему лікування пацієнтів з хворобою Альцгеймера* // Архів психіатрії.-2001.-№ 3(26).-С.153-155.

8. Полтавська, К. М. *Клініко-неврологічна, нейропсихологічна та електроенцефалографічна характеристика початкових стадій судинної деменції та хвороби Альцгеймера: Автореферат... к. медичних наук, спец.: 14.01.15 - нервові хвороби / К. М. Полтавська. — К. : МОЗ Укр. Нац. мед. академія післядипломної освіти ім. П. Шупика, 2009. — 20 с.*

9. Слабоумие в позднем возрасте: научные исследования и практические мероприятия (Серия технических докладов ВОЗ, №730) // Женева. Всемирная организация здравоохранения. 1987. С.32-37.

10. Степаненко Л.В. *Хвороба Альцгеймера: перспективи розвитку наукових досліджень та лікування* // Аптека Галицька. – 2001. - №12. – С.20.

11. Табачников С.І., Чайковська В.В., Черкасов В.Г., Маркова М.В., Пінчук І.Я. *Напрямок розвитку реабілітаційної геронтопсихіатричної допомоги в Україні* // Медицинские исследования.-2001.-Т.1, № 1.- С. 21-22.

12. Rogers SL, Friedhoff LT and the Donepezil Study group. *The efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease*. J. Dementia. 1996; (7): 293-303.

13. Vlokh I., Stepanenko L., Tabachnikov V., Baysa I., Kiryluk S. *Aricept efficacy in management of Alzheimer Disease*. // Psychiatria Danubina. - Vol. 12, No 1-2. – 2000. - P.153-154.

14. Whyte S., Beyreuther, Masters C.L. *Rational therapeutic strategies for Alzheimer's disease* // Neurodegenerative Diseases - Philadelphia: Saunder Co, 1998. – P. 647 – 664.

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

С.И. Табачников, А.Н.Макаренко, Л.В.Степаненко, А.Н. Дзюба

В статье рассмотрены причины возникновения болезни Альцгеймера, методы лечения и актуальные проблемы, связанные с этой болезнью.

Ключевые слова: диагностика, лечение, старение, болезнь Альцгеймера

ACTUAL PROBLEMS OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE

S.I. Tabachnikov, A.N. Makarenko, L.V. Stepanenko, A.N. Dzuba

The cases of Alzheimer's disease origin, the methods of treatment and actual problems connected with mentioned disease are considered in this article.

Keywords: diagnostic, treatment, aging, Alzheimer's disease

НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.895.4-616.853

М. М.Орос¹, П. Г. Андрух, Г. П. Андрух², У. М. Добростомат³ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ, ЯК ПРЕДІКТОРИ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

КІП «Університет-Україна» (м. Хуст)¹

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України²

Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги³

Ключові слова: епілепсія, депресивні розлади, антиконвульсивна терапія, ефективність, психоактивні речовини

В Україні за останні десять років захворюваність і поширеність нервово-психічних хвороб зросла майже вдвічі. В останні роки спостерігається зростання показників захворюваності на епілепсію, і сьогодні епілепсія є досить поширеним захворюванням. За даними ВООЗ, у світі на епілепсію страждає майже 44 млн. чоловік. Поширеність епілепсії в Україні у 2007 р. становила 65,8 на 100 тис. населення, а захворюваність – 6,7 на 100 тис. населення. Поширеність епілепсії у розвинутих країнах становить 5 – 10 випадків на 1000 населення. Близько третини хворих на епілепсію мають особистісні зміни [2; 3]. Це в свою чергу припускає наявність особливостей в їх індивідуальних стратегіях психологічного подолання кризової ситуації хвороби, особливо зважаючи на те, що 74% хворих – це дорослі люди працездатного віку, які в процесі свого життя стикаються з проблемами у різних сферах життєдіяльності.

Поряд із суто патологічними порушеннями, що пов'язані з хворобою, хворі зазнають утруднень у соціальній адаптації, що їх обумовлено негативним відношенням з боку суспільства. Тому саме ця група хворих досить часто страждає на різноманітні розлади депресивного спектру. Це заслуговує особливої уваги у зв'язку із небезпекою суїциду [1]. Крім того, депресія в хворих на епілепсію є предиктором формування залежності від психоактивних речовин (ПАР).

До сьогоднішнього часу не існує систематизованих даних про поширеність депресивних розладів за епілепсії, тому що в якості джерел отримання епідеміологічних даних використовується здебільшого офіційна статистика, що надходить з вузькоспеціалізованих протиепілептичних центрів, а не широкі популяційні дослідження хворих на епілепсію. Крім того, певну негативну роль відіграє уявлення про існування чи не єдиного модулю емоційних розладів в хворих на епілепсію — а саме епілептичних дисфорій. Але клінічна практика доводить, що саме наявність дисфорій у багатьох випадках маскує існування депресивних розладів, навіть не тільки для епілептологів та лікарів суміжних спеціальностей, але й для самих хворих.

Наприклад, за даними С. Harden, при епідеміологічних дослідженнях серед хворих на епілепсію депресивні розлади зустрічаються в 9 – 22% [4].

В той же час при оцінці поширеності депресії в клінічній вибірці (стаціонар) хворих з епілепсією вона складає 27 – 58%, тобто діагностується майже в кожного третього [3]. За даними G. Baker et al., при дослідженні значної частини дорослої популяції хворих на епілепсію Об'єднаного Королівства у 33% із них було виявлено тривожні розлади, у 25% – депресивні [2]. Разом із зміною настрою внаслідок первинної епілептичної мозкової дисфункції важливу роль в розвитку депресивних розладів відіграє негативна соціальна стигматизація, що веде до обмеження пацієнта у сферах освіти, професійної діяльності, соціальних контактів та використання вільного часу. Психологічним фоном негативним наслідком сприяє думка про невиліковність хвороби та психічну неповноцінність хворих на епілепсію. Це призводить до формування низької самооцінки з переважанням песимістичних установок. Крім цього, відомо, що психічні порушення можуть негативно впливати на емоційний стан хворого та часто стають пусковим моментом розвитку епілептичного нападу, ускладнюючи тим самим перебіг епілептичної хвороби в цілому.

Депресія – це багатопланове захворювання, яке важко піддається діагностиці, а тим більше швидкій та адекватній корекції. Певно, тому деякі дослідження схильні до недооцінки частоти депресивних розладів та актуальності ранньої діагностики маскованої депресивної симптоматики. Разом з тим високий рівень поширеності психічної патології за епілепсії обумовлює підсилення інтересу до вивчення спектру депресивних розладів у цієї групи хворих.

Мета дослідження - встановити частоту та вивчити особливості депресивних розладів у хворих на епілепсію.

Методи та клінічні контингенти. 153 хворих (із яких 82 жінки та 71 чоловік) із діагнозом „епілепсія” було клінічно обстежено із використанням шкали HADS та шкали Гамільтона для встановлення наявності та важкості перебігу депресивних розладів. Усіх хворих було розподілено на декілька груп за такими ознаками:

- ефективність протиепілептичного лікування;
- тип антиконвульсанта, що приймає хворий;

- стать пацієнтів;
- тривалість лікування.

Результати дослідження. Вік хворих коливався у межах від 16 до 58 років. Середній вік досліджуваної групи склав 28,8 р.

За шкалою HADS хворих тестували згідно підрозділу D, який свідчив про важкість саме депресивного, а не тривожного розладу. За цією шкалою відповідно до кількості набраних балів усіх хворих було розділено на три групи:

- від 0 до 7 балів — норма;
- 8 – 10 балів — субклінічно виражена депресія;
- 11 і вище балів — клінічно виражена депресія.

За шкалою Гамільтона, а саме HDRS проходили тестування всі 153 обстежуваних. Згідно результатів обстеження усіх хворих було розподілено на три групи:

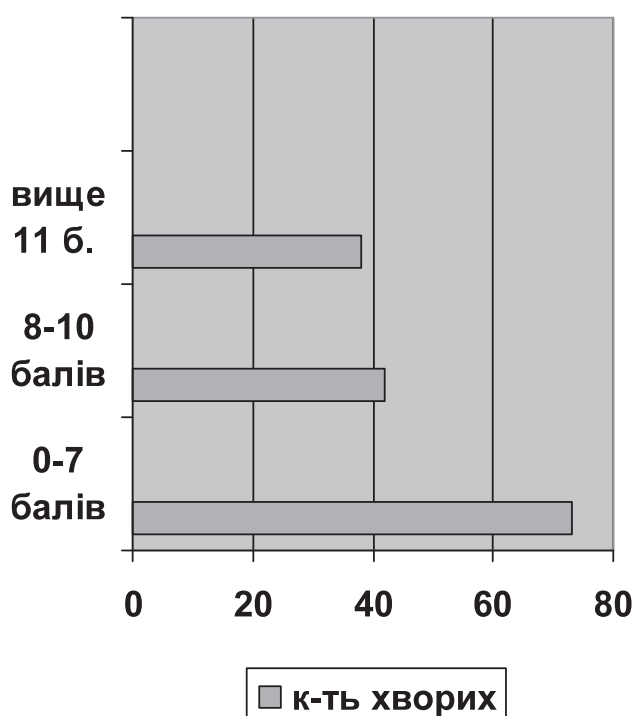
- від 0 до 7 балів, що свідчило про відсутність депресії;
- 7 – 16 балів, що характерно для малого депресивного епізоду;
- від 16 балів і вище, що характерно для великого депресивного епізоду.

Тестування за двома шкалами було обрано для більш ефективної верифікації наявності та ступеня важкості депресивних розладів в обстежуваній групі хворих.

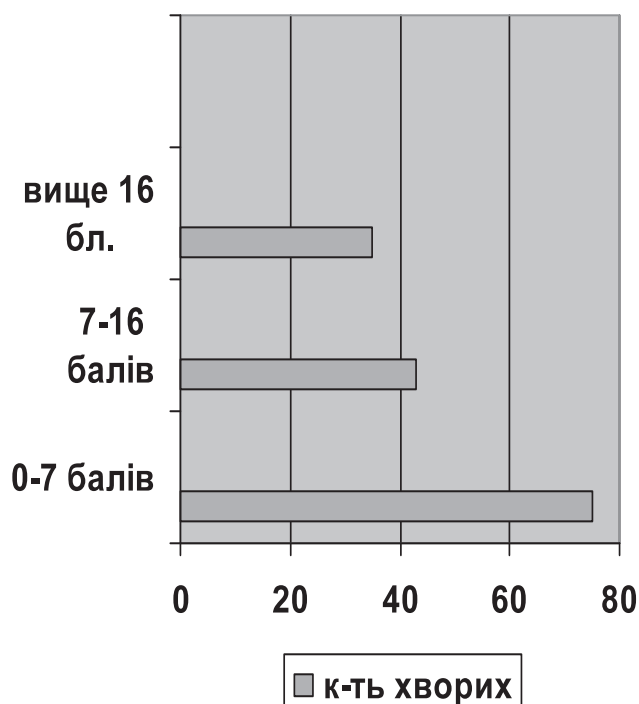
Результати частоти депресивних розладів та особливостей їх перебігу згідно шкал HADS та HDRS наведено в діаграмах 1 та 2 відповідно.

Згідно даних, що їх наведено у діаграмах 1 та 2,

Діаграма 1
Аналіз частоти депресивних розладів у хворих на епілепсію згідно шкали HADS



Діаграма 2
Аналіз частоти депресивних розладів у хворих на епілепсію згідно шкали HDRS



можна стверджувати, що при опитуванні як за шкалою Гамільтона, так і HADS, частота депресивних розладів в обстежуваній групі хворих була майже однакова, — тобто 50,2% та 50,9% відповідно. Ці дані корелюють із рядом закордонних досліджень, що їх було проведено на початку двадцять першого століття (L. Boylan et al., 2004) [3].

У процесі аналізу отриманих даних нами було порівняно результати за шкалами HADS та HDRS, що стосувалося кількості хворих із субклінічною депресією (42 чол.) та малим епізодом депресії (43 чол.), а також проведено порівняння кількості хворих із клінічно маніфестованою депресією (38 чол.) та кількості хворих із великим депресивним епізодом (35 чол.).

Результати цих порівнянь наведено на діаграмі 3.

Аналізуючи вищенаведену діаграму, важливо відзначити, що клінічно виражена депресія зустрічається у 24,8% хворих на епілепсію, а великі депресивні епізоди — у 22,8% хворих. Тобто дані госпітальної шкали депресії та шкали Гамільтона корелюють між собою, що засвідчує об'єктивність проведеного дослідження. Подібні результати було отримано у 2004 році

L. Boylan et al. [3].

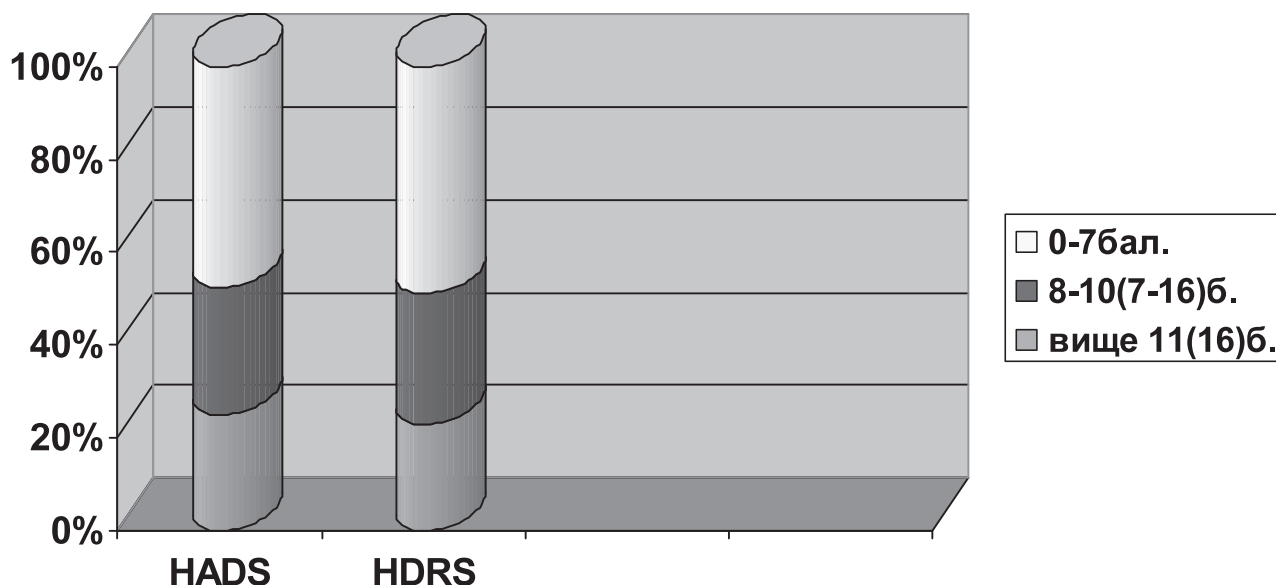
Відомо, що ефективність антиконвульсантів впливає на прояви депресивних розладів у хворих із епілепсією. Тому нами було встановлено частоту появи депресивних розладів у групі пацієнтів із ефективним протиепілептичним лікуванням та із неефективною фармакотерапією.

Для цього всіх 153 пацієнтів було розподілено на дві групи:

- із ефективною дією антиконвульсантів: група складала 89 чол.;

Діаграма 3

Порівняння результатів частоти та важкості депресивних розладів у хворих із епілепсією за шкалами HADS та HDRS



— із неефективною фармакотерапією: група складала 64 чол.

До першої групи згідно критеріїв включення / виключення було віднесено пацієнтів, в яких на 50% зменшилася кількість нападів протягом одного року після початку лікування, корекції дози антиконвульсанта, його заміни на інший чи використання комбінації антиконвульсантів.

До групи із неефективною фармакотерапією було віднесено хворих, в яких протягом року після початку лікування, корекції дози антиконвульсанта, його замі-

ни на інший чи використання комбінації антиконвульсантів не відбувалося зменшення кількості епілептичних нападів чи навіть зросла їх кількість.

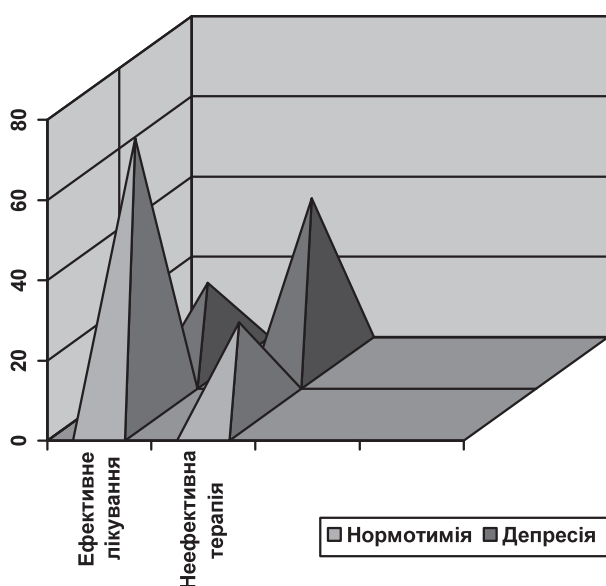
Виходячи із результатів діаграми 4, можна стверджувати, що частота проявів депресивних розладів набагато більша в групі хворих із неефективною фармакотерапією, що кількісно склало 64%. Ці показники погіршувалися за рахунок формування в багатьох хворих на епілепсію залежності від ПАР різного ступеню клінічної виразності, частіше як варіант аутокурації саме депресивних розладів. На противагу цьому випадку при повному контролі нападів або їх мінімальній кількості та позитивній динаміці хвороби частота депресивних проявів у хворих на епілепсію цієї групи досліджуваних склала лише 22,4%. Для хворих на епілепсію з цієї групи вживання ПАР носило частіше епізодичний характер, без формування залежності.

В першій групі — із ефективною протиепілептичною терапією — було зафіксовано три випадки депресивного розладу — у хворих які вже більше трьох років не мали епілептичних нападів. Походження депресії у цьому випадку прийнято пов'язувати із розвитком гальмівних процесів в головному мозку хворих на епілепсію під час ремісії епінападів. Подібні гальмівні процеси є закономірним наслідком попередніх багаторічних процесів збудження і виникають в результаті довготривалої протиепілептичної терапії [5].

Висновок

Враховуючи результати проведеного дослідження, можна стверджувати, що депресивні розлади зустрічаються у кожного другого хворого на епілепсію. Тобто майже 50% хворих на епілепсію мають депресію різного ступеня важкості. У 24% виникає клінічно виражений депресивний розлад, а 22,8% переносять великий депресивний епізод.

Діаграма 4
Порівняння частоти проявів депресії в хворих із епілепсією в залежності від ефективності дії антиконвульсантів



Хворі із неефективною фармакотерапією значно частіше (64%) мають депресивні розлади. На противагу їм у групі хворих, де дія антиконвульсантів ефективна, частота депресії майже в три рази менша, і складає 22,4%.

Звідси витікає висновок про необхідність постійної і ефективної терапії хворих на епілепсію, тому що в цілій низці випадків саме психічні розлади за епілепсії можуть здійснювати більш негативний вплив на загальний стан хворого, ніж самі епіпади. Тому важливим є адекватний та своєчасний підбір як антиконвульсантів, так і антидепресантів для подальшого збереження соціалізації хворого на епілепсію та профілактики формування залежності від ПАР.

Література:

1. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М., 2003. — 423 с.
2. Baker G.A., Jacoby A., Chadwick D.W. The associations of psychopathology in epilepsy: a community study // *Epilepsy Res.* - 1996.—vol. 25.- №1. — P. 29-39
3. Boylan L.S. Peri-ictal behavioral and cognitive changes // *Epilepsy Behav.* -2002.-Vol.3.-№1. — P.16-26.
4. Harden C.L. The comorbidity of depression and epilepsy: epidemiology, etiology, and treatment // *Neurology.* 2002.- Vol.59,(6Suppl.4).-P.48-55.
5. Wolf P. Praxisbuch Epilepsien. Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation. — Stuttgart: Kohlhammer.- 2003.-P.394.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ КАК ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

М.М. Орос, П.Г. Андрух, Г.П. Андрух, У.Н. Добростомат

Статья посвящена медико-психологическому исследованию депрессивных расстройств у больных с эпилепсией. Показано, что больные с неэффективной фармакотерапией значительно чаще (64%) имеют депрессивные расстройства. В противовес им в группе больных, где действие антиконвульсантов эффективно, частота депрессии почти в три раза меньше, и составляет 22,4%. Обоснован вывод о необходимости постоянной и эффективной терапии больных эпилепсией, потому что в целом ряде случаев именно психические расстройства при эпилепсии могут оказывать более негативное влияние на общее состояние больного, чем сами эпилептические приступы. Потому важным является адекватный и своевременный подбор как антиконвульсантов, так и антидепрессантов для дальнейшего сохранения социализации больного эпилепсией и профилактики формирования зависимости от психоактивных веществ.

Ключевые слова: эпилепсия, депрессивные расстройства, антиконвульсивная терапия, эффективность, психоактивные вещества

DEPRESSIVE DISORDERS AMONG PATIENTS WITH EPILEPSY AS PREDICTORS OF ADDICTION FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

М.М. Oros, P.G. Andruk, G.P. Andruk, U.N. Dobrostomat

The article is devoted to medical and psychological study of depressive disorders in patients with epilepsy. Shown that patients with ineffective pharmacotherapy significantly more likely (64%) have a depressive disorder. In contrast to them in the group of patients, where the action of anticonvulsants effectively, the frequency of depression almost three times smaller, and is 22.4%. The conclusion about the need for continuous and effective therapy for patients with epilepsy, because in many cases it is mental disorders in epilepsy may have a greater negative impact on the overall condition of the patient, than ourselves epiattacks. Because it is important an adequate and timely selection of both anticonvulsants and antidepressants for further conservation of socialization with epilepsy and the prevention of dependence on psychoactive substances.

Keywords: epilepsy, depressive disorders, anticonvulsants therapy, effectiveness, psychoactive substances

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

К.В. Аймедов

«ВІДХИЛЕНА» ПОВЕДІНКА, ЯК ПРОВІДНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: патологічна схильність до азартних ігор, схильність до відхиленої поведінки

У сучасному світі азартні ігри – доволі розповсюджене явище і для більшості людей воно не несе за собою небажаних наслідків, але є й ті, у кого такий спосіб відпочинку прогресує у патологічну схильність до азартних ігор (ПСАІ). Це явище є різновидом нехімічної адикції і потребує певної уваги як з боку лікарів, так і всього суспільства, насамперед через наслідки, до яких вона призводить. ПСАІ – адикція від азартних ігор, – це спосіб зміни реальності, втеча від існуючої дійсності з усіма її проблемами й питаннями у «-

світ гри» через зміну свого психічного стану [1 – 4].

Хоча багато авторів висловлюють точку зору на схожість механізмів формування та перебігу хвороб залежності наркотичної та поведінкової природи [5, 6], ще багато аспектів поведінкових адикцій не вивчено, відсутні не тільки чіткі терапевтичні схеми, але й алгоритми формування та перебігу поведінкових хвороб, яких у сучасному світі налічують більше тисячі назв і типів. Якщо предиктори та складові формування алко-гольної залежності (АЗ) у більшості своїй з'ясовані,

Хворі із неефективною фармакотерапією значно частіше (64%) мають депресивні розлади. На противагу їм у групі хворих, де дія антиконвульсантів ефективна, частота депресії майже в три рази менша, і складає 22,4%.

Звідси витікає висновок про необхідність постійної і ефективної терапії хворих на епілепсію, тому що в цілій низці випадків саме психічні розлади за епілепсії можуть здійснювати більш негативний вплив на загальний стан хворого, ніж самі епіпади. Тому важливим є адекватний та своєчасний підбір як антиконвульсантів, так і антидепресантів для подальшого збереження соціалізації хворого на епілепсію та профілактики формування залежності від ПАР.

Література:

1. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М., 2003. — 423 с.
2. Baker G.A., Jacoby A., Chadwick D.W. The associations of psychopathology in epilepsy: a community study // *Epilepsy Res.* - 1996.—vol. 25.- №1. — P. 29-39
3. Boylan L.S. Peri-ictal behavioral and cognitive changes // *Epilepsy Behav.* -2002.-Vol.3.-№1. — P.16-26.
4. Harden C.L. The comorbidity of depression and epilepsy: epidemiology, etiology, and treatment // *Neurology.* 2002.- Vol.59,(6Suppl.4).-P.48-55.
5. Wolf P. Praxisbuch Epilepsien. Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation. — Stuttgart: Kohlhammer.- 2003.-P.394.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ КАК ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

М.М. Орос, П.Г. Андрух, Г.П. Андрух, У.Н. Добростомат

Статья посвящена медико-психологическому исследованию депрессивных расстройств у больных с эпилепсией. Показано, что больные с неэффективной фармакотерапией значительно чаще (64%) имеют депрессивные расстройства. В противовес им в группе больных, где действие антиконвульсантов эффективно, частота депрессии почти в три раза меньше, и составляет 22,4%. Обоснован вывод о необходимости постоянной и эффективной терапии больных эпилепсией, потому что в целом ряде случаев именно психические расстройства при эпилепсии могут оказывать более негативное влияние на общее состояние больного, чем сами эпилептические приступы. Потому важным является адекватный и своевременный подбор как антиконвульсантов, так и антидепрессантов для дальнейшего сохранения социализации больного эпилепсией и профилактики формирования зависимости от психоактивных веществ.

Ключевые слова: эпилепсия, депрессивные расстройства, антиконвульсивная терапия, эффективность, психоактивные вещества

DEPRESSIVE DISORDERS AMONG PATIENTS WITH EPILEPSY AS PREDICTORS OF ADDICTION FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

М.М. Oros, P.G. Andruk, G.P. Andruk, U.N. Dobrostomat

The article is devoted to medical and psychological study of depressive disorders in patients with epilepsy. Shown that patients with ineffective pharmacotherapy significantly more likely (64%) have a depressive disorder. In contrast to them in the group of patients, where the action of anticonvulsants effectively, the frequency of depression almost three times smaller, and is 22.4%. The conclusion about the need for continuous and effective therapy for patients with epilepsy, because in many cases it is mental disorders in epilepsy may have a greater negative impact on the overall condition of the patient, than ourselves epiattacks. Because it is important an adequate and timely selection of both anticonvulsants and antidepressants for further conservation of socialization with epilepsy and the prevention of dependence on psychoactive substances.

Keywords: epilepsy, depressive disorders, anticonvulsants therapy, effectiveness, psychoactive substances

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

К.В. Аймедов

«ВІДХИЛЕНА» ПОВЕДІНКА, ЯК ПРОВІДНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: патологічна схильність до азартних ігор, схильність до відхиленої поведінки

У сучасному світі азартні ігри – доволі розповсюджене явище і для більшості людей воно не несе за собою небажаних наслідків, але є й ті, у кого такий спосіб відпочинку прогресує у патологічну схильність до азартних ігор (ПСАІ). Це явище є різновидом нехімічної адикції і потребує певної уваги як з боку лікарів, так і всього суспільства, насамперед через наслідки, до яких вона призводить. ПСАІ – адикція від азартних ігор, – це спосіб зміни реальності, втеча від існуючої дійсності з усіма її проблемами й питаннями у «-

світ гри» через зміну свого психічного стану [1 – 4].

Хоча багато авторів висловлюють точку зору на схожість механізмів формування та перебігу хвороб залежності наркотичної та поведінкової природи [5, 6], ще багато аспектів поведінкових адикцій не вивчено, відсутні не тільки чіткі терапевтичні схеми, але й алгоритми формування та перебігу поведінкових хвороб, яких у сучасному світі налічують більше тисячі назв і типів. Якщо предиктори та складові формування алко-гольної залежності (АЗ) у більшості своїй з'ясовані,

встановлена їх кореляція не тільки з ймовірністю початку регулярної алкоголізації, а й з тяжкістю перебігу процесу, що вже розвинувся, відповідних досліджень по ПСАІ немає.

Тому, з огляду на вищезазначене, для розв'язання проблеми ПСАІ, нами здійснено вивчення її патопсихологічної складової, провідною ознакою якої є схильність до «відхиленої» поведінки, нами, із використанням методики визначення схильності до поведінки, що відхиляється, розробленою А. Н. Орлом [7], здійснено психодіагностичне дослідження 665 чоловіків, серед яких у 473 (основна група, ОГ) було діагностовано ПСАІ (F63.0), у 114 осіб – АЗ (перша група порівняння, ПГП) та 78 умовно здорових осіб (друга група порівняння, ДГП).

Методика діагностики схильності до відхиленої поведінки (СВП) є стандартизованим тестом-опитувальником, призначеним для виміру готовності (схильності) особи до реалізації різних форм поведінки, що відхиляється. Опитувальник являє собою набір спеціалізованих психодіагностичних шкал, спрямованих на вимір готовності (схильності) до реалізації окремих форм такої поведінки. Шкали опитувальника диференційовані на змістовні та службові. Використані змістовні шкали спрямовані на вимір психологічного змісту комплексу пов'язаних між собою форм девіантної поведінки, тобто соціальних й особистісних установок,

які є базою поведінкових проявів. Службова шкала призначена для виміру: а) схильності досліджуваних надавати про себе соціально-позитивну інформацію; б) оцінки вірогідності результатів опитувальника в цілому; в) для корекції результатів по змістовних шкалах залежно від вираженості установки обстежуваного на соціально-бажані відповіді. Для підвищення точності отриманих результатів даний тест оброблено у двох варіантах згідно рекомендаціям авторів методики [7].

За першим варіантом обробки результатів дослідження тесту кожній відповіді відповідно до ключа привласнювався 1 бал. Далі по кожній шкалі підраховувався сумарний бал, що порівнювався з тестовими нормами. При відхиленні індивідуальних результатів досліджуваного від середнього сумарного балу по шкалі більше чим на 1S, вимірювана психологічна характеристика вважалася вираженою. Якщо індивідуальний сумарний бал досліджуваного був менше середнього на 1S, то вимірювана властивість оцінювалася як мало виражена. Крім того, індивідуальні результати досліджуваних, які належали до «деліквентної» популяції, порівнювалися з тестовими нормами, які розраховані для «деліквентної» підвибірки. Отримані результати за першим варіантом обробки відображені у табл. 1.

За аналізом результатів, викладених в табл. 1, можна стверджувати, що в цілому розподіл дослідже-

Таблиця 1

Розподіл досліджених за схильністю до відхиленої поведінки (бали)

Групи	M/S	Шкали						
		1	2	3	4	5	6	7
ОГ (N=473)	M	2,53	10,29	16,07	11,99	14,68	9,39	14,40
	S	2,15	2,45	3,09	3,75	4,99	3,08	3,29
ПГП (N=114)	M	2,51	10,28	16,06	11,95	14,63	9,35	14,39
	S	2,14	2,44	3,07	3,74	4,95	3,04	3,25
ДГП (N=78)	M	2,26	7,72	9,24	10,37	11,46	8,04	7,19
	S	2,05	2,87	4,55	3,40	4,21	3,29	4,08
Тестові норми методики СВП								
«Нормальна» вибірка								
M		2,27	7,73	9,23	10,36	12,47	8,04	7,17
S		2,06	2,88	4,59	3,41	4,23	3,29	4,05
«Деліквентна» вибірка								
M		2,49	10,27	15,97	10,98	14,64	9,37	14,38
S		2,13	2,42	3,04	2,76	3,94	3,01	3,22

Примітки:

А. 1. Шкала установки на соціально-бажані відповіді; 2. Шкала схильності до подолання норм і правил; 3. Шкала схильності до аддиктивної поведінки; 4. Шкала схильності до самоушкодженної й саморуйнівної поведінки; 5. Шкала схильності до агресії й насилля; 6. Шкала вольового контролю емоційних реакцій; 7. Шкала схильності до деліквентної поведінки.

Б. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

них ОГ та ПГП за схильністю щодо відхиленої поведінки в цілому відповідає «деліквентній вибірці», а особи ДГП – «нормальній вибірці». Так ситуація є цілком передбачуваною, так як пацієнти ОГ та ПГП, в цілому, мали схожі особистісні радикали та поведінку у соціумі. Отримані результати щодо розподілу досліджених ОГ, ПГП та ДГП за СВП з метою надання загальної характеристики по шкалам за рекомендаціями авторів методики, були оброблені за другим варіантом обробки даних. В цьому випадку кожній відповіді у відповідності із ключем привласнювався один бал. Далі по кожній шкалі підраховувався первинний сумарний бал. Потім проводилася корекція у зв'язку з дією чинника «бажаності». Далі проводився переклад «сирих» балів у стандартні Т-бали. При остаточній обробці результатів дослідження використовувалися варіанти коефіцієнтів корекції залежно від значень «сирого» бала відповідно до норм при перекладі «сирих» балів у Т-бали [7].

Результати дослідження розподілу досліджених чоловіків за структурою СВП відображено у табл. 2.

За аналізом даних, представлених у таблиці 2, надана загальна характеристика за шкалами в усіх трьох групах досліджених.

1. Шкала установки на соціальну бажаність (службова шкала). Даною шкалою вимірювалася готовність досліджуваних ОГ, ПГП та ДГП презентувати себе в найбільш сприятливому світлі з погляду «соціальної

бажаності». Так, обстежені усіх трьох груп із показниками 50–60 Т-балів характеризувалися тенденцією надавати соціально-бажані відповіді (ОГ – 37,0 %, ПГП – 35,0 %, ДГП – 20,0 %) ($p < 0,001$). У обстежених із показниками більше 60 балів виявлено схильність щодо дотримання, навіть, малозначущих соціальних норм (ОГ – 33,0 %, ПГП – 35,0 %, ДГП – 60,0 %), навмисне прагнення показати себе в кращому світлі (ОГ – 67,0 %, ПГП – 65,6 %, ДГП – 15,0 %), деякасторожкість щодо обстеження (ОГ – 55,0 %, ПГП – 65,0 %, ДГП – 20,0 %) ($p < 0,001$). Показники у діапазоні 70–89 балів свідчили про високу сторожкість пацієнтів й сумніви щодо вірогідності в цілому результатів дослідження (ОГ – 10,0 %, ПГП – 20,0 %, ДГП – 10,0 %) ($p < 0,001$). Показники нижче 50 Т-балів свідчили, що досліджені були несхильні приховувати власні норми й цінності, коректувати свої відповіді у напрямку соціальної бажаності (ОГ – 10,0 %, ПГП – 10,0 %, ДГП – 10,0 %) ($p < 0,001$). Відзначено також, що більшість досліджених (ОГ – 76,0 %, ПГП – 70,0 %, ДГП – 15,0 %) були нездатні тривалий час додержуватися установки на соціально-бажані відповіді. Одночасно, високі показники по службовій шкалі й по основних шкалах (крім шкали 8) свідчили про дисоціацію у свідомості обстежених між відомими йому й реальними нормам поведінки (ОГ – 60,0 %, ПГП – 55,0 %, ДГП – 15,0 %).

2. Шкала схильності до подолання норм і правил. За допомогою даної шкали вимірювалася схильність

Таблиця 2

Розподіл досліджених за структурою схильності до відхиленої поведінки (бали)

Групи	Бали	Шкали А						
		1	2	3	4	5	6	7
		Сер.б.	Сер.б.	Сер.б.	Сер.б.	Сер.б.	Сер.б.	Сер.б.
ОГ (N=473)	< 50	45	46	37	38	44	48	39
	51–60	55	56	59	58	57	59	58
	61–70	62	64	69	68	65	66	67
	71 >	72	74	75	77	79	74	76
ПГП (N=114)	< 50	46	47	35	39	43	49	38
	51–60	54	55	58	59	56	58	56
	61–70	61	64	68	67	66	67	66
	71 >	71	73	72	76	78	75	77
ДГП (N=78)	< 50	41	42	33	32	39	41	31
	51–60	54	55	55	56	56	52	52
	61–70	61	62	61	63	62	61	62
	71 >	71	72	71	73	71	72	7

Примітки:

А. 1. Шкала установки на соціально-бажані відповіді; 2. Шкала схильності до подолання норм і правил; 3. Шкала схильності до аддитивної поведінки; 4. Шкала схильності до самоушкодження й саморуйнівної поведінки; 5. Шкала схильності до агресії й насилля; 6. Шкала вольового контролю емоційних реакцій; 7. Шкала схильності до деліквентної поведінки.

Б. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

досліджуваного до подолання існуючих норм і правил, або до отримання загальноприйнятих норм, цінностей, зразків поведінки. У досліджених, результати яких лежали у діапазоні 50–60 Т-балів (ОГ – 65,0 %, ПГП – 60,0 %, ДГП – 15,0 %), спостерігалась вираженість даних тенденцій, а саме: нонконформістність установок, схильність протиставляти власні норми й цінності груповим (ОГ – 65,0 %, ПГП – 55,0 %, ДГП – 20,0 %), тенденції «порушувати спокій» (ОГ – 55,0 %, ПГП – 60,0 %, ДГП – 18,0 %), шукати труднощі, які можна було б подолати (ОГ – 15,0 %, ПГП – 22,0 %, ДГП – 23,0 %) ($p < 0,001$). Показники, які перебували у діапазоні 60–70 Т-балів, свідчили про надзвичайну вираженість нонконформістських тенденцій (ОГ – 30,0 %, ПГП – 25,0 %, ДГП – 20,0 %), прояви негативізму (ОГ – 68,0 %, ПГП – 76,0 %, ДГП – 14,0 %) ($p < 0,001$). У досліджених із результатами нижче 50 Т-балів діагностовано конформні установки (ОГ – 54,0 %, ПГП – 52,0 %, ДГП – 12,0 %), схильність до стереотипів й загальноприйнятої поведінки (ОГ – 69,0 %, ПГП – 64,0 %, ДГП – 24,0 %) ($p < 0,001$). За умови сполучення високого інтелектуального рівня у (ОГ – 27,0 %, ПГП – 25,0 %, ДГП – 45,0 %) спостерігалась тенденція приховувати власні реальні норми й цінності.

3. Шкала схильності до адиктивної поведінки. За допомогою даної шкали досліджено готовність у обстежених реалізувати адиктивну поведінку. Результати в діапазоні 50–70 Т-балів (ОГ – 55,0 %, ПГП – 45,0 %, ДГП – 20,0 %) свідчили про схильність досліджених ($p < 0,001$) до уникнення реальності за допомогою зміни власного психічного стану, схильність до ілюзорно-компенсаторного способу вирішення особистісних проблем (ОГ – 92,0 %, ПГП – 87,0 %, ДГП – 13,0 %). Отримані результати свідчили про орієнтацію обстежених на почуттєву сторону життя (ОГ – 88,0 %, ПГП – 76,0 %, ДГП – 34,0 %), наявність так званої «сенсорної спраги» (ОГ – 89,0 %, ПГП – 78,0 %, ДГП – 33,0 %), про гедоністичні орієнтовані норми й цінності (ОГ – 76,0 %, ПГП – 69,0 %, ДГП – 14,0 %). Для досліджених із показниками понад 70 Т-балів (ОГ – 40,0 %, ПГП – 30,0 %, ДГП – 20,0 %) ($p < 0,001$) була характерною наявність вираженої психологічної потреби в адиктивному стані. Результати нижче 50 Т-балів (ОГ – 10,0 %, ПГП – 25,0 %, ДГП – 60,0 %) свідчили про гарний соціальний контроль поведінкових реакцій ($p < 0,001$).

4. Шкала схильності до самоушкоджуючої й саморуйнівної поведінки. Даною шкалою досліджено готовність реалізувати аутоагресивну поведінку. У досліджених результати, які перебували у діапазоні 50–70 Т-балів (ОГ – 40,0 %, ПГП – 30,0 %, ДГП – 15,0 %), свідчили про низьку цінність власного життя, схильність до ризику, виражену потребу в гострих відчуттях ($p < 0,001$). У досліджених із результатами 70 Т-балів та більше (ОГ – 10,0 %, ПГП – 12,0 %, ДГП – 8,0 %), вірогідність результатів була недостовірною ($p < 0,001$). У досліджених, в яких показники були нижче 50 Т-балів (ОГ – 50,0 %, ПГП – 58,0 %, ДГП – 67,0 %),

виявлено відсутність готовності до реалізації саморуйнуючої поведінки, а також відсутність тенденції до соматизації тривоги та схильності до реалізації комплексів провини в поведінкових реакціях ($p < 0,001$).

5. Шкала схильності до агресії та насильства. Даною шкалою досліджено готовність обстежених до реалізації агресивних тенденцій у поведінки. У досліджених з показниками у діапазоні 50–60 Т-балів (ОГ – 55,0 %, ПГП – 45,0 %, ДГП – 20,0 %), мала місце наявність агресивних тенденцій ($p < 0,001$). Відповідно, у досліджених, в яких показники перебували у діапазоні 60–70 Т-балів (ОГ – 20,0 %, ПГП – 25,0 %, ДГП – 15,0 %), спостерігалась агресивна спрямованість особистості у взаєминах з іншими людьми, схильність до вирішення проблем за допомогою насильства, тенденції приниження партнера по спілкуванню, як засіб стабілізації самооцінки, а також наявність садистичних тенденцій ($p < 0,001$). Досліджені із показниками понад 70 Т-балів (ОГ – 10,0 %, ПГП – 15,0 %, ДГП – 15,0 %) характеризувалися недостовірністю відповідей ($p < 0,001$). Показники нижче 50 Т-балів (ОГ – 15,0 %, ПГП – 15,0 %, ДГП – 50,0 %) свідчили про невиражені агресивні тенденції, про неприйнятність насильства як засобу вирішення проблем, про нетиповість агресії як способу виходу із фруструючої ситуації ($p < 0,001$). Низькі показники по даній шкалі у сполученні з високими показниками по шкалі соціальної бажаності характеризували особистість із високим рівнем соціального контролю поведінкових реакцій.

6. Шкала вольового контролю емоційних реакцій. Даною шкалою досліджено схильність обстежених контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій. Так, у тих досліджених, в яких показники за цією шкалою були у межах 60–70 Т-балів (ОГ – 75,0 %, ПГП – 65,0 %, ДГП – 15,0 %), мала місце слабкість вольового контролю емоційної сфери, небажання або нездатність контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій ($p < 0,001$). У таких обстежених виявлено схильність реалізовувати негативні емоції безпосередньо у поведінці, а також несформований вольовий контроль власних потреб і почуттєвих потягів. Досліджені, що мали показники нижче 50 Т-балів (ОГ – 15,0 %, ПГП – 25,0 %, ДГП – 75,0 %), характеризувалися невираженістю тенденцій, міцним самоконтролем поведінкових та емоційних реакцій, почуттєвих потягів ($p < 0,001$).

7. Шкала схильності до деліквентної поведінки. Даною шкалою було надано диференціацію досліджених за правопорушенням (випадки конфлікту із загальноприйнятими засобами життя й правових норм). Даною шкалою досліджено готовність (схильність) підлітків до реалізації деліквентної поведінки - наявність «деліквентного потенціалу», якій може реалізуватися при певних обставинах. Для досліджених з результатами, що перебували у діапазоні 50–60 Т-балів (ОГ – 55,0 %, ПГП – 45,0 %, ДГП – 10,0 %), було характерним наявність деліквентних тенденцій та низький рівень соціального контролю ($p < 0,001$). У досліджених із результатами вище 60 Т-балів (ОГ – 35,0 %, ПГП –

30,0 %, ДГП – 15,0 %) виявлено висока готовність до реалізації деліквентної поведінки ($p < 0,001$). Результати нижче 50 Т-балів (ОГ – 10,0 %, ПГП – 25,0 %, ДГП – 60,0 %) свідчили про невираженість зазначених тенденцій, які у сполученні з високими показниками по шкалі соціальної бажаності свідчили про високий рівень соціального контролю ($p < 0,001$).

Таким чином, узагальнення отриманих результатів дослідження поведінки, що відхиляється, як провідної характеристики патофизиологічної складової ПСАІ, дозволило сформулювати наступні висновки. Так, в результаті дослідження встановлено, що розподіл досліджених ОГ та ПГП за СВП в цілому відповідає «деліквентній вибірці», а обстежені ДГП – «нормальній вибірці». Визначено, що пацієнти ОГ та ПГП у більшості випадків характеризувалися тенденцією надавати соціально-бажані відповіді, навмисним прагненням показати себе в кращому світлі та низької схильністю дотримання, навіть, малозначущих соціальних норм. У обстежених спостерігалася дисоціація у між відомими їм й реальними нормам поведінки (ОГ – 60,0 %, ПГП – 55,0 %, ДГП – 15,0 %) ($p < 0,001$). У них виявлено нонконформізм установок (ОГ – 65,0 %, ПГП – 60,0 %, ДГП – 15,0 %) ($p < 0,001$), а також схильність протиставляти власні норми й цінності груповим (ОГ – 65,0 %, ПГП – 55,0 %, ДГП – 20,0 %) ($p < 0,001$), тенденції «порушувати спокій», прояви негативізму (ОГ – 68,0 %, ПГП – 76,0 %, ДГП – 14,0 %) ($p < 0,001$).

Виявлено, що обстежені були схильні до уникнення реальності за допомогою зміни власного психічного стану (ОГ – 55,0 %, ПГП – 45,0 %, ДГП – 20,0 %) ($p < 0,001$), до ілюзорно-компенсаторного способу вирішення особистісних проблем (ОГ – 92,0 %, ПГП – 87,0 %, ДГП – 13,0 %) ($p < 0,001$). Отримані результати свідчать про орієнтацію обстежених ОГ та ПГП на почуттєву сторону життя, наявність «сенсорної спраги» та орієнтацію на гедоністичні норми й цінності. Для них було характерно сумніви або наявність вираженої психологічної потреби у адиктивному стані.

Також у частини досліджених встановлено схильність до ризику та виражену потребу в гострих відчут-

тях (ОГ – 40,0 % та ПГП – 30,0 %) ($p < 0,001$). У 67,0 % досліджених ДГП виявлено відсутність готовності до реалізації саморуйнуючої поведінки, а також відсутність тенденції до соматизації тривоги та схильності до реалізації комплексів провини в поведінкових реакціях ($p < 0,001$). У частини обстежених виявлено наявність агресивних тенденцій, які характеризувалися схильністю вирішувати проблеми за допомогою насильства, приниження партнеру по спілкуванню, як засіб стабілізації самооцінки, про наявність садистичних тенденцій (ОГ – 55,0 % та ПГП – 45,0 %) ($p < 0,001$). У більшості досліджених виявлено слабкість волевого контролю емоційної сфери та небажання й нездатність контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій (ОГ – 75,0 %, ПГП – 65,0 % та ДГП – 15,0 %) ($p < 0,001$) та деліквентні тенденції та низький рівень соціального контролю (реалізація деліквентної поведінки - наявність «деліквентного потенціалу») (ОГ – 55,0 %, ПГП – 45,0 % та ДГП – 10,0 %) ($p < 0,001$).

Отримані дані були враховані нами про побудові комплексної системи лікування ПСАІ.

Література:

1. Мельник Е. В. Про природу хвороб залежностей (алкоголізм, наркоманія, «комп'ютероманія» та інші) / Е. В. Мельник. – Одеса: вид-во «Черномор'я», 1998. – 400 с.
2. Долгов А. П. Что наша жизнь? Гемблинг!!! // Матеріали VII-ї Української наук.-практ. конф. з участю Міжнародних спеціалістів [«Довженківські читання: лікування та реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин»] / Під ред. Л. В. Волошина. – Вид-во ТОВ «ВП Пляда». – 2006. – 212 с.
3. Егоров А. Ю. Нехимические зависимости [Монография] / А. Ю. Егоров. – СПб.: Речь, 2007. – 190 с.
4. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. / Ц. П. Короленко - Обзорение психиатрии и медицинской психологии, 1991/1. – С. 8-15.
5. Короленко Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск: Издательство «Олсб», 2001. – 251 с.
6. Даренский И. Д. Болезненное пристрастие к азартным играм / И. Д. Даренский, В. С. Акоян // Наркология. – 2006. - № 5. - С. 54-57.
7. Определение склонности к отклоняющемуся поведению (А.Н.Орел) / Клейберг Ю.А. Социальная психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов. – М., 2004. – С. 141-154.

«ОТКЛОНЯЮЩЕЕСЯ» ПОВЕДЕНИЕ КАК ВЕДУЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СКЛОННОСТИ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

К. В. Аймедов

На основании психодиагностического исследования 665 мужчин (473 с патологической склонностью к азартным играм, 114 - с алкогольной зависимостью и 78 условно здоровых лиц), изучены особенности «отклоняющегося» поведения у обследованного контингента. Сделан вывод о том, что склонность к отклоняющемуся поведению является ведущей характеристикой патофизиологической составляющей патологической склонности к азартным играм. Полученные данные легли в основу разработки комплексной системы лечения патологической склонности к азартным играм.

Ключевые слова: патологическая склонность к азартным играм, склонность к отклоняющемуся поведению

«FAIL» BEHAVIOR AS A HOST CHARACTERISTICS PATHOPSYCHOLOGICAL CONSTITUTES PATHOLOGICAL GAMBLING

K.V. Aymedov

On the basis of psychodiagnostic study 665 men (473 with pathological gamblers, 114 - with alcohol dependence and 78 apparently healthy individuals) have been studied especially the "deviant" behavior in the examined contingent. Concluded that the tendency to deviant behavior is a leading characteristic pathopsychological component of pathological gambling. The data obtained formed the basis for developing an integrated system of treatment for pathological gambling.

Keywords: pathological gambling, addiction to deviant behavior

УДК 616.89+616.08

Е.С. Осуховская

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
К АЗАРТНЫМ ИГРАМ**

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: игровая зависимость, игровая аддикция, азартные игры, лудомания, диагностика, нехимическая аддикция

Проблему химической и нехимической зависимости, ввиду эпидемиологического распространения и сложности сопутствующих медицинских, социальных и правовых проблем, по мнению Дмитриевой Т.Б. [1], можно рассматривать в качестве «вызова» современному обществу и социальной психиатрии. Игровая аддикция как вариант нехимической зависимости, на современном этапе является актуальной проблемой как в Украине, так и в зарубежных странах [2]. Официальные статистические данные о распространенности игровой аддикции в Украине отсутствуют, отношение молодежи к азартным играм не изучено, в то время как резко возросший уровень обращаемости пациентов-гемблеров к практикующим психологам и психиатрам позволяет констатировать, что игровая аддикция стала одной из серьезных медико-социальных проблем в украинском обществе. В зарубежных странах проблема игромании стала актуальной около 30-ти лет назад [3;4;5]. Количество гемблеров во взрослой популяции составляет от 0,4 до 3,4%, а в некоторых странах достигает 7,0% [6]. Формируясь, как правило, в социально-активном возрасте, игровая аддикция наносит значительный ущерб психическому и соматическому здоровью человека, и, как следствие, ведет к его социальной дезадаптации [7;8;9;10;11]. По мнению Бухановского А.О. и соавт. [12], имеет место частое вовлечение лиц с игровой аддикцией в криминальную активность, а также их повышенная виктимность. Ряд авторов обращают особое внимание на выраженную зависимость между легализацией игорного бизнеса и количеством лиц, вовлеченных в азартные игры [13]. В Украине игорный бизнес находится на стадии развития: на сегодняшний день 100% игорных заведений принадлежит частным лицам, первые игорные заведения появились в нашем государстве в 1990 году, к 2007 году существовало около 3,5 тыс. игорных заведений и 5 субъектов игорной деятельности. Только в Киеве до 2009 года официально функционировали 64 казино, 214 залов игорных автоматов и букмекерских контор [14]. С постоянно растущим числом технических новшеств, предлагаемых потребителям разных возрастов, увеличивается спектр различного рода приспособлений для игр (компьютер, игровые автоматы, игровые приставки, мобильные телефоны, телевизионные лотереи, программное обеспечение для гемблеров и т.д.). Технический прогресс при этом ассоциируется с экономическими процессами, связанными с распространением игорного бизнеса в Украине [15]. Параллельно возникают

возможности и механизмы для формирования новых видов нехимических аддикций у населения, вовлеченного в азартные игры. Например, уже ставится вопрос о внесении Интернет-аддикции, наряду с другими нехимическими зависимостями, в международную классификацию болезней DSM-V [16]. Необходимо отметить тот факт, что на современном этапе Интернет-пространство становится эффективным средством для популяризации и получения интерактивного доступа к потенциальным участникам азартных игр в условиях законодательного ограничения функционирования игорных заведений. Негативное, провоцирующее воздействие на отношение к азартным играм подростков и молодых людей оказывают рекламные кампании интерактивных казино, проводимые в средствах массовой информации известными личностями: спортсменами, деятелями искусств и т.д.

Впервые диагностические критерии патологического влечения к азартным играм были представлены в DSM-III, DSM-III-R и в DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4-th ed., 1994) в рубрике «Расстройство контроля импульсов, нигде более не классифицируемые» [17]. В МКБ-10 включена «Патологическая склонность к азартным играм» - F 63.0 представленная в разделе F6 «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» под рубрикой F 63 «Расстройства привычек и влечений», наряду с пироманией и kleptomанией [18].

Целью нашего исследования явилось изучение отношения лиц молодого возраста к азартным играм.

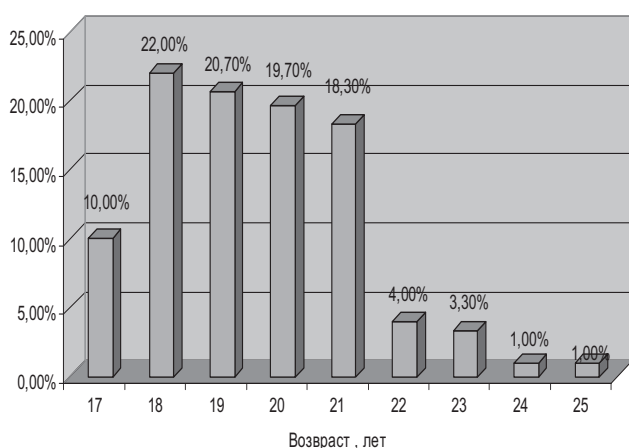
Объект исследования – игровая аддикция. Предмет исследования – психические, поведенческие и адаптивные расстройства у лиц молодого возраста с игровой аддикцией. Методы исследования – социально-демографический, психологический, математико-статистический. Объект исследования: за период с марта 2009 по декабрь 2010 нами было анонимно обследовано 1800 студентов высших учебных заведений с I по V курсы, 450 учащихся школ и лицеев, 350 родителей вышеупомянутых учащихся школ и лицеев гг. Киева и Донецка [19, 20]. Необходимо отметить, что обследовались в равной степени студенты, обучающиеся как по техническому, так и гуманитарному профилю. Был разработан, апробирован и внедрен опросник для анонимного скринингового исследования распространенности игровой аддикции у студентов, в который вошли вопросы, отражающие отношение к азартным играм (опросник SOGS, в опроснике №1 -

№16), характер употребления алкогольных напитков (№39-42), табакокурения (№36-38), самочувствия, активности, настроения (№43), расстройства адаптации [20]. Изучалось также отношение к Интернету. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью статистической программы SPSS 16.0 for Windows. От 1800 студентов ВУЗов было получено согласие на анонимное обследование.

В рамках статьи представлены данные социально-демографической характеристики исследуемых молодых людей 17-25 лет, а также результаты исследования отношения студентов ВУЗов Украины к азартным играм различного вида.

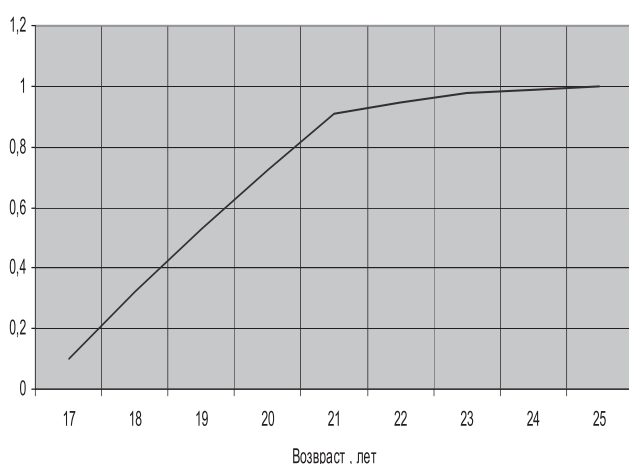
Возрастные группы студентов были представлены следующим образом:

Распределение обследуемых студентов по возрасту



Из графика кумулятивной кривой, приведенной ниже, мы видим, что наиболее равномерное распределение обследованных по возрасту соответствует значению 17 – 21 год:

Кумулятивная кривая

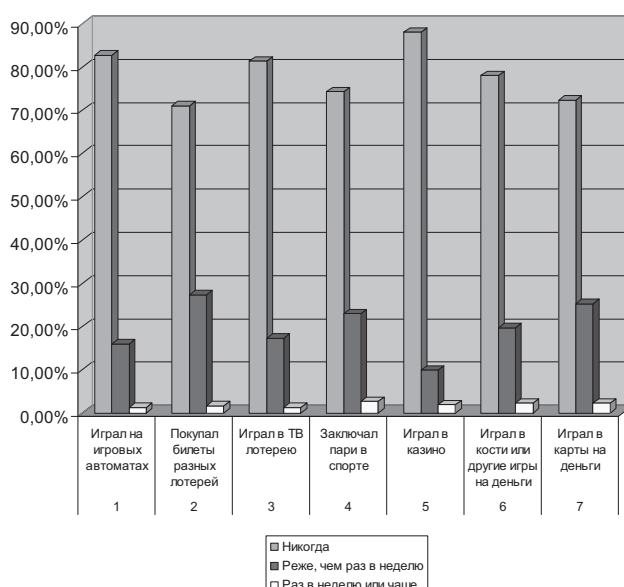


По половому признаку студенты ВУЗов распределились так:



Ниже представлена таблица, в которой нашло отражение отношение студенчества к различным видам игр и диаграмма с наглядным представлением игрового поведения молодежи в возрасте от 17 до 25 лет.

Вопросы:	Никогда		Реже, чем раз в неделю		Раз в неделю или чаще	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Играл на игровых автоматах	1488	82,70	288	16,00	24	1,30
Покупал билеты разных лотерей	1278	71,00	492	27,30	30	1,70
Играл в ТВ лотерею	1464	81,30	312	17,30	24	1,30
Заключал пари в спорте	1388	74,30	414	23,00	48	2,70
Играл в казино	1584	88,00	180	10,00	36	2,00
Играл в кости или другие игры на деньги	1404	78,00	354	19,70	42	2,30
Играл в карты на деньги	1302	72,30	456	25,30	42	2,30



Стандартная ошибка среднего значения в вопросе №1 составила 0,01; во №2 – 0,012; в №3 – 0,010; в №4 – 0,012; в №5 – 0,009; в №6 – 0,011; в №7 – 0,014, что подтверждает получение нами в ходе исследования статистически достоверных результатов. Из приведенных данных видно, что наиболее значимые показатели характерны для таких видов игр: пари в спорте, игра в казино, игра в кости или другие игры на деньги, игра в карты на деньги.

На вопрос «Как часто вы пользуетесь Интернетом?» 0,7% (12 чел.) человек ответили «никогда»; 4,7% (84 чел.) – «1 раз в месяц и реже»; 20% (360 чел.) – «1-2 раза в неделю»; 74,7% (1344 чел.) – «ежедневно». На вопрос «Сколько часов вы проводите в Интернете?» студенты ответили так:

Часы, проводимые в день в Интернете	Абс.	%
0	18	1,0
1	96	5,3
2	834	46,3
3	462	25,7
4	174	9,7
5	132	7,3
6	36	2,0
7	18	1,0
8	24	1,3
10	6	0,3
Всего	1800	100,0

Из таблицы мы видим, что наибольшее количество молодых людей - 46,3% и 25,7% - проводят в Интернете соответственно 2 и 3 часа в день.

Таким образом, полученные в ходе нашего исследования данные позволяют сделать следующие выводы. В Украине впервые исследованы вопросы, касающиеся отношения молодежи к различным видам азартных игр. Наиболее высокие показатели участия в играх связаны с играми, требующими финансовых затрат. Информационные технологии уверенно входят в жизненное пространство молодых людей. С одной стороны, использование данных технологий способствует повышению интеллектуального уровня личности, сти-

мулирует процессы обучения и реализации профессиональных навыков, делает более разнообразным свободное времяпрепровождение, с другой стороны, является мощным инструментом для формирования аддиктивных процессов на психофизиологическом уровне, в частности, нехимических аддикций.

Литература:

1. www.Gazeta.ru/seiense/2006/06/21.
2. Егоров А.Ю. К вопросу о классификации нехимических аддикций // *Материалы Второй научно-практической конференции психиатров и наркологов ЮФО -Ростов-на-Дону*, 2006. - С.183-186.
3. 3 Powell J; Hardoon K; Derevensky J L; Gupta R Gambling and risk-taking behavior among university students. *Substance use & misuse* 1999;34(8):1167-84.
4. 4. Hollander, E., Pallanti, S., Allen, A., et al (2005) Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *American Journal of Psychiatry*, 162, 137-145.
5. Grant, J.E. & Potenza, M.N. (2006). Escitalopram in the treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: An open-label pilot study with double-blind discontinuation. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 203-209.
6. Ениколопов С.Н., Умняшкіна Д.А. Психологические проблемы патологического влечения к азартным играм // *Вопросы психологии* - 2007. - № 3. - С. 82-99.
7. Chambers A., Potenza M. Neurodevelopment, Impulsivity, and Adolescent Gambling // *J. Gambling Studies*. - 2003. - 19: 1. -P.53-84.
8. Cunningham-Williams R.M., Cottier L.B., Compton W.M. et al. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders: results from the St Louis Epidemiological Catchment Area study // *Ara J. Public Health*. - 1998. - 88 - P.1093-1096.
9. Custer R.L. Profile of the pathological gambler // *J. Clin. Psychiatry*. - 1984 - V. 45. - N 12 - Pt 2. - P. 35-38.
10. Delfabbro P., Thrupp L. The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents // *Journal of Adolescence*. - 2003. - V. 26. - N. 3. - P. 313-330.
11. Fisher S. A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents // *Addiction Research*. - 1999 - V. 7. - N 6. - P. 509-539.
12. http://old.consilium-medicum.com/media/psycho/06_04/64.shtml
13. <http://www.npgaw.org/problemgamblinginformation/factsfigures.asp>
14. http://e-news.com.ua/online_conferences/63
15. Осуховская Е.С. Азартные игры (исторический аспект). *Архив психиатрии* - 2009. - №3. - С.71-75.
16. Zelnhausen B. Preliminary Draft of the DSM-V Committee on Cyberdisorders // *Posted to Listserv: Vtrpsy*. 1995.
17. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision DSM-IV-TR*. -Arlington, VA: Am. Psychiatric Ass., 1999.
18. <http://www.mkb10.ru>
19. Осуховская Е.С. Методы исследования патологического влечения к азартным играм. *Архив психиатрии* - 2010. - №4. - С.64-69.
20. Осуховская Е.С. Особенности исследования игровой аддикции у школьников-лицеистов. *Архив психиатрии* - 2011. - № 1. Подана в печать 17.02.2011.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДНОШЕННЯ ДО АЗАРТНИХ ІГОР ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

О.С. Осуховська

У статті наведені дані, що отримані вперше стосовно соціально-демографічної характеристики та вивчення відношення до азартних ігор молоді України віком від 17 до 25 років, студентів вищих навчальних закладів технічного та гуманітарного профілів. Показано, що найбільш високі показники участі в іграх пов'язані з іграми, які вимагають фінансових витрат. Викладено результати вивчення ставлення студентів до Інтернету, тривалість перебування в Інтернеті. Подано факти, що характеризують офіційний статус грального бізнесу в Україні.

Ключові слова: ігрова залежність, ігрова адикція, азартні ігри, лудо манія, діагностика, нехімічна залежність

RESEARCH RESULTS CONCERNING OF ATTITUDE TO GAMBLING THE YOUNG AGE PEOPLE

E.S. Osuhovskaya

The paper presents data on socio-demographic characteristics and learning behavior in youth gaming Ukraine age 17 to 25 years, students of higher educational institutions of technical and humanitarian profiles were obtained for the first time. Shown that the highest rates of participation in games associated with games that require financial costs. The results of the study of attitudes of students to the Internet, time on the Internet. Filed facts that characterize the official status of the gambling business in Ukraine.

Keywords: video game addiction, game addiction, gambling, ludomaniya, diagnostic, non-chemical addiction

УДК 616.895.8

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, И.И. Марценковская, Т.В. Синицкая
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В
УКРАИНЕ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: алкогольная зависимость, подростковый, молодой возраст, сравнительная характеристика

Проблема алкогольной зависимости среди населения разных стран мира, в том числе, и в Украине – является одной из наиболее значимых в медико-социальном плане [3-5]. К сожалению, Украина в этом отношении входит в число стран с достаточно высокими показателями потребления алкоголя на душу населения. Согласно последним данным ВОЗ один украинец в среднем потребляет 15,6 литра чистого алкоголя (спирта в год). Это – пятое место после Молдовы (18,22 л), Чехии (16,45 л), Венгрии (16,27) и России (15,76) [12-17]. В связи со сложившейся неблагоприятной ситуацией в этом плане в стране особую значимость приобретает формирования алкогольной зависимости среди лиц подросткового и молодого возраста, – как будущего основного контингента трудоспособного населения страны.

Согласно тем же данным ВОЗ среди подростков 13-15 лет алкоголь употребляют около 90 %, при этом количество пьющих девушек-подростков за последний год увеличилось вдвое. Согласно данным опроса средний возраст начала употребления алкоголя среди мальчиков снизился до 12,5 лет, девочек – до 12,9. Выпивка стала одним из символов объединения подростков или молодых людей в неформальные группы, обязательным условием признания любого из ее членов. Следует отметить, что на начальных этапах среди алкогольных напитков юноши и девушки предпочитают употреблять относительно легкие алкогольные напитки (преимущественно крепкие сорта пива, джин-тоник или реже другие спиртосодержащие коктейли) [1]. Регулярность употребления алкогольных напитков у большинства достаточно частая (ежедневно или через день). При этом сами подростки не осознают всей серьезности и пагубности своих действий, считают подобное поведение «современным стилем жизни», «модным» и «общепринятым». Поэтому и возможные меры коррекции

медико-социального характера, проводимые в юном возрасте не являются эффективными. В тоже время даже эпизодическое употребление алкоголя в юном возрасте – носит чрезвычайно негативный характер, т.к. еще не сформировалась психофизиологическая устойчивость организма на воздействие спиртосодержащих веществ. В результате практически любое количество и частота употребления алкоголя нарушает состояние психики подростка, поведение, взаимоотношение с окружающими (близкими), сказывается негативно на учебе, а не редко приводит к различным правонарушениям [9]. Наиболее актуальной проблемой в юном возрасте является ранняя алкоголизация, которая и приводит к формированию алкогольной зависимости в возрасте 20-22 лет. Систематическое употребление алкоголя (на стадии пьянства) среди несовершеннолетних тесно связано с их отклоняющимся поведением. В основе этой связи лежит самая главная для подростков опасность алкоголизма – ослабление самоконтроля. Наиболее часто в состоянии опьянения совершаются насильственные преступления. Также молодые люди с большей вероятностью могут стать участниками (активными или пассивными) дорожно-транспортных происшествий или получить непреднамеренную травму в состоянии алкогольного опьянения. По данным статистики только в Киеве в 2008 году подростками в состоянии опьянения совершено 110 преступлений и число подобных случаев, к сожалению, растет.

Исходя из вышеизложенного становится очевидной актуальность возникновения, формирования и динамики алкогольной зависимости среди лиц подросткового и молодого возраста [1].

Цель нашей работы – медико-социологические особенности характеристики формирования алкогольной зависимости у лиц подросткового и молодого возраста в Украине.

RESEARCH RESULTS CONCERNING OF ATTITUDE TO GAMBLING THE YOUNG AGE PEOPLE

E.S. Osuhovskaya

The paper presents data on socio-demographic characteristics and learning behavior in youth gaming Ukraine age 17 to 25 years, students of higher educational institutions of technical and humanitarian profiles were obtained for the first time. Shown that the highest rates of participation in games associated with games that require financial costs. The results of the study of attitudes of students to the Internet, time on the Internet. Filed facts that characterize the official status of the gambling business in Ukraine.

Keywords: video game addiction, game addiction, gambling, ludomaniya, diagnostic, non-chemical addiction

УДК 616.895.8

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, И.И. Марценковская, Т.В. Синицкая
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В
УКРАИНЕ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: алкогольная зависимость, подростковый, молодой возраст, сравнительная характеристика

Проблема алкогольной зависимости среди населения разных стран мира, в том числе, и в Украине – является одной из наиболее значимых в медико-социальном плане [3-5]. К сожалению, Украина в этом отношении входит в число стран с достаточно высокими показателями потребления алкоголя на душу населения. Согласно последним данным ВОЗ один украинец в среднем потребляет 15,6 литра чистого алкоголя (спирта в год). Это – пятое место после Молдовы (18,22 л), Чехии (16,45 л), Венгрии (16,27) и России (15,76) [12-17]. В связи со сложившейся неблагоприятной ситуацией в этом плане в стране особую значимость приобретает формирования алкогольной зависимости среди лиц подросткового и молодого возраста, – как будущего основного контингента трудоспособного населения страны.

Согласно тем же данным ВОЗ среди подростков 13-15 лет алкоголь употребляют около 90 %, при этом количество пьющих девушек-подростков за последний год увеличилось вдвое. Согласно данным опроса средний возраст начала употребления алкоголя среди мальчиков снизился до 12,5 лет, девочек – до 12,9. Выпивка стала одним из символов объединения подростков или молодых людей в неформальные группы, обязательным условием признания любого из ее членов. Следует отметить, что на начальных этапах среди алкогольных напитков юноши и девушки предпочитают употреблять относительно легкие алкогольные напитки (преимущественно крепкие сорта пива, джин-тоник или реже другие спиртосодержащие коктейли) [1]. Регулярность употребления алкогольных напитков у большинства достаточно частая (ежедневно или через день). При этом сами подростки не осознают всей серьезности и пагубности своих действий, считают подобное поведение «современным стилем жизни», «модным» и «общепринятым». Поэтому и возможные меры коррекции

медико-социального характера, проводимые в юном возрасте не являются эффективными. В тоже время даже эпизодическое употребление алкоголя в юном возрасте – носит чрезвычайно негативный характер, т.к. еще не сформировалась психофизиологическая устойчивость организма на воздействие спиртосодержащих веществ. В результате практически любое количество и частота употребления алкоголя нарушает состояние психики подростка, поведение, взаимоотношение с окружающими (близкими), сказывается негативно на учебе, а не редко приводит к различным правонарушениям [9]. Наиболее актуальной проблемой в юном возрасте является ранняя алкоголизация, которая и приводит к формированию алкогольной зависимости в возрасте 20-22 лет. Систематическое употребление алкоголя (на стадии пьянства) среди несовершеннолетних тесно связано с их отклоняющимся поведением. В основе этой связи лежит самая главная для подростков опасность алкоголизма – ослабление самоконтроля. Наиболее часто в состоянии опьянения совершаются насильственные преступления. Также молодые люди с большей вероятностью могут стать участниками (активными или пассивными) дорожно-транспортных происшествий или получить непреднамеренную травму в состоянии алкогольного опьянения. По данным статистики только в Киеве в 2008 году подростками в состоянии опьянения совершено 110 преступлений и число подобных случаев, к сожалению, растет.

Исходя из вышеизложенного становится очевидной актуальность возникновения, формирования и динамики алкогольной зависимости среди лиц подросткового и молодого возраста [1].

Цель нашей работы – медико-социологические особенности характеристики формирования алкогольной зависимости у лиц подросткового и молодого возраста в Украине.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть количественные характеристики распространенности алкогольной зависимости среди лиц подросткового и молодого возраста в Украине.

2. Провести сравнение ряда параметров алкогольной зависимости (непсихотических и психотических вариантов) лиц подросткового и молодого возраста.

3. Выявить особенности характеристик алкогольной зависимости у указанных групп соответственно регионам Украины.

Для проведения работы нами были взяты 2 осново-

полагающие группы лиц с алкогольной зависимостью: 1 – подростки в возрасте 0-17 лет, 2 – молодые люди в возрасте 15-35 лет. В исследовании мы использовали статистические данные МЗ Украины по распространенности алкогольной зависимости среди лиц молодого возраста в Украине за 2008-2010 гг. по разным регионам страны в расчете абсолютных чисел и, соответственно, количество лиц с данной патологией на 100 тыс. населения. Полученные данные представлены следующими таблицами.

Таблица 1

Заболееваемость хроническими алкогольными синдромами (хроническим алкоголизмом) подросткового в возрасте 0-17 лет включительно населения Украины за 2008 - 2010 года

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	3	4	3	0,9	1,18	0,89
2	Винницкая	0	2	0	0	0,64	0
3	Волынская	0	0	0	0	0,00	0
4	Днепропетровская	1	1	3	0,2	0,18	0,53
5	Донецкая	7	5	2	1,0	0,73	0,30
6	Житомирская	2	1	0	0,8	0,39	0
7	Закарпатская	0	0	1	0	0,00	0,35
8	Запорожская	3	4	2	1,0	1,34	0,68
9	Ивано-Франковская	0	0	0	0	0,00	0
10	Киевская	0	1	1	0	0,32	0,33
11	Кировоградская	1	0	1	0,5	0,00	0,56
12	Луганская	5	7	3	1,4	1,98	0,87
13	Львовская	8	3	2	1,6	0,59	0,40
14	Николаевская	3	1	0	1,4	0,46	0
15	Одесская	0	0	1	0	0,00	0,23
16	Полтавская	0	0	1	0	0,00	0,41
17	Ровенская	0	0	1	0	0,00	0,37
18	Сумская	2	3	1	1,0	1,57	0,54
19	Тернопольская	0	0	0	0	0,00	0
20	Харьковская	4	6	6	0,9	1,41	1,43
21	Херсонская	0	1	0	0	0,49	0
22	Хмельницкая	4	2	2	1,5	0,79	0,80
23	Черкаская	3	0	0	1,3	0,00	0
24	Черновецкая	0	0	0	0	0,00	0
25	Черниговская	0	1	2	0	0,56	1,14
26	г.Киев	1	0	0	0,2	0,00	0
27	г.Севастополь	1	1	0	1,7	1,68	0
Украина		48	43	32	0.6	0.53	0,40

Как видно из табл.1 количество лиц с алкогольной зависимостью (вновь выявленные) на протяжении 2008-2010 гг. в расчете на 100 тыс. населения составило соответственно 0,6; 0,53; 0,40. При этом наибольшими оказались показатели в Харьковской области –

1,43; Черниговской – 1,14; далее в Крыму – 0,89; Луганской области – 0,87 и пр.

Характеристика распространенности алкогольной зависимости среди лиц подросткового возраста представлена в таблице №2.

Таблица 2

Распространенность хронических алкогольных расстройств (хронического алкоголизма) подросткового населения в возрасте 0-17 лет включительно за 2008 - 2010 года

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч детского населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	6	5	1	1,8	1,5	0,30
2	Винницкая	0	2	1	0	0,6	0,33
3	Волинская	1	0	0	0,4	0,0	0,00
4	Днепропетровская	5	2	3	0,9	0,4	0,53
5	Донецкая	9	10	4	1,3	1,5	0,59
6	Житомирская	2	1	0	0,8	0,4	0,00
7	Закарпатская	0	0	1	0	0,0	0,35
8	Запорожская	2	2	2	0,7	0,7	0,68
9	Ивано-Франковская	0	0	0	0	0,0	0,00
10	Киевская	0	1	2	0	0,3	0,65
11	Кировоградская	0	0	2	0	0,0	1,12
12	Луганская	7	8	4	1,9	2,3	1,16
13	Львовская	10	9	2	2,0	1,8	0,40
14	Николаевская	1	2	0	0,5	0,9	0,00
15	Одесская	0	0	1	0	0,0	0,23
16	Полтавская	0	0	1	0	0,0	0,41
17	Ровенская	1	0	0	0,4	0,0	0,00
18	Сумская	1	3	2	0,5	1,6	1,07
19	Тернопольская	0	0	0	0	0,0	0,00
20	Харьковская	6	8	7	1,4	1,9	1,67
21	Херсонская	0	1	1	0	0,5	0,49
22	Хмельницкая	4	5	3	1,5	2,0	1,20
23	Черкасская	4	0	0	1,7	0,0	0,00
24	Черновецкая	0	0	0	0	0,0	0,00
25	Черниговская	0	1	2	0	0,6	1,14
26	г.Киев	0	0	0	0	0,0	0,00
27	г.Севастополь	1	5	0	1,7	3,4	0,00
Украина		60	65	39	0,7	0,8	0,48

Как видно из таблицы в расчете на 100 тыс. населения количество больных составило соответственно 2008-2009-2010 гг. 0,7; 0,8; 0,48. Наибольшие показатели наблюдались в Харьковской (1,67); Луганской (1,16); Хмельницкой (1,20); Черниговской (1,14);

Кировоградской (1,12) и т.д. То есть, проявлялось определенное соответствие изучаемых характеристик в первой и второй таблицах по выявлению и распространенности случаев заболевания алкоголизма у подростков.

Характеристика возникновения психотических расстройств в исследуемой группе представлена в таблице №3.

Рассматривая возникновение психотических расстройств алкогольного генеза в исследуемой группе подростков, мы выявили следующее.

Таблица 3

Распространенность острых психотических алкогольных расстройств (алкогольных психозов) подросткового населения Украины в возрасте 0-17 лет включительно за 2008 - 2010 года

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч детского населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	0	0	0	0	0	0
2	Винницкая	0	0	0	0	0	0
3	Волынская	0	0	0	0	0	0
4	Днепропетровская	0	0	0	0	0	0
5	Донецкая	0	0	1	0	0	0,15
6	Житомирская	0	0	0	0	0	0
7	Закарпатская	0	0	0	0	0	0
8	Запорожская	0	0	0	0	0	0
9	Ивано-Франковская	0	0	0	0	0	0
10	Киевская	0	0	0	0	0	0
11	Кировоградская	0	0	0	0	0	0
12	Луганская	0	0	0	0	0	0
13	Львовская	0	0	0	0	0	0
14	Николаевская	0	0	0	0	0	0
15	Одесская	0	0	0	0	0	0
16	Полтавская	0	0	0	0	0	0
17	Ровенская	0	0	0	0	0	0
18	Сумская	0	0	0	0	0	0
19	Тернопольская	0	0	0	0	0	0
20	Харьковская	0	0	0	0	0	0
21	Херсонская	0	0	0	0	0	0
22	Хмельницкая	0	0	0	0	0	0
23	Черкаская	0	0	0	0	0	0
24	Черновецкая	0	0	0	0	0	0
25	Черниговская	0	0	0	0	0	0
26	г.Киев	0	0	0	0	0	0
27	г.Севастополь	0	0	0	0	0	0
Украина		0	0	1	0	0	0,01

Общее число алкогольных психозов в данной группе было незначительным, что говорит о преимуществе распространенности в подростковом периоде непсихотических вариантов алкогольной зависимости в силу достаточно раннего возраста.

В параллельной группе исследуемых лиц молодого (15-35 лет) возраста характеристика изучаемых данных выглядела следующим образом. В представленной таблице 4 виден значительный объем больных с алкогольной зависимостью по Украине (с тенденцией к выраженному росту).

Таблиця 4

**Распространенность хронических алкогольных расстройств (хронического алкоголизма)
среди молодежи в возрасте 15-35 лет в Украине за 2008 – 2010 года**

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч соответствующего населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	4711	4201	3387	791,6	712,5	581,68
2	Винницкая	6287	5683	5 692	1334,0	1218,1	1233,98
3	Волынская	2391	2773	2 811	743,8	865,2	882,08
4	Днепропетровская	8773	9900	9 945	855,8	979,3	1000,69
5	Донецкая	12787	12135	11 978	956,7	921,5	927,14
6	Житомирская	5251	5162	5 330	1393,9	1383,4	1444,37
7	Закарпатская	2546	2560	2 762	636,6	642,6	698,42
8	Запорожская	3788	3843	3 956	700,9	720,1	753,52
9	Ивано-Франковская	2180	2671	2 518	512,6	629,6	596,41
10	Киевская	9009	8893	8 537	1762,2	1758,2	1707,71
11	Кировоградская	2777	2884	3 000	958,4	1012,0	1068,58
12	Луганская	11150	9933	9 783	1600,0	1448,3	1452,52
13	Львовская	5414	5853	6 160	688,2	746,6	790,56
14	Николаевская	1880	2262	2 355	517,2	630,0	665,23
15	Одесская	11573	13779	13 942	1560,5	1871,8	1913,89
16	Полтавская	3518	4168	5 022	807,9	970,2	1187,76
17	Ровенская	3301	3619	3 733	918,4	1010,1	1047,26
18	Сумская	3098	3175	3 226	907,3	944,5	977,38
19	Тернопольская	3344	2586	2 562	1020,0	793,6	792,39
20	Харьковская	10096	11374	10 093	1165,9	1330,1	1201,49
21	Херсонская	2988	3141	3 018	900,5	959,5	934,67
22	Хмельницкая	5157	4936	4 964	1355,1	1307,8	1328,96
23	Черкаская	3433	3584	3 025	934,8	988,3	845,28
24	Черновецкая	2809	2857	2 912	993,0	1013,3	1036,69
25	Черниговская	3952	3614	3 291	1284,0	1187,5	1095,84
26	г.Киев	1643	1544	1 698	173,9	164,1	183,01
27	г.Севастополь	966	964	975	824,0	831,4	854,84
Украина		134822	138094	136675	966,9	1000,3	1003,08

Как видно из таблицы количество больных с данной патологией за период 2008-2010 гг., соответственно 966,9; 1000,3; 1003,08. При этом наибольшие показатели отмечались в Одесской области (1913,89); Киевской (1707,71); Луганской (1452,52); Житомирской

(1444,37); Хмельницкой (1328,96); и Харьковской (1201,49). Характеристика данных количества вновь выявленных больных с алкогольной зависимостью в исследуемой группе отражена в таблице №5.

Таблица 5

**Заболеваемость хроническими алкогольными синдромами (хронический алкоголизм)
среди молодежи в возрасте 15-35 лет в Украине за 2008 – 2010 года**

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч соответствующего населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	636	440	361	106,9	74,6	62,00
2	Винницкая	623	500	477	132,2	107,2	103,41
3	Волынская	325	275	284	101,1	85,8	89,12
4	Днепропетровская	1237	1 195	1 327	120,7	118,2	133,53
5	Донецкая	1236	983	888	92,5	74,6	68,73
6	Житомирская	839	646	474	222,7	173,1	128,45
7	Закарпатская	506	255	306	126,5	64,0	77,38
8	Запорожская	485	519	390	89,7	97,2	74,29
9	Ивано-Франковская	447	394	362	105,1	92,9	85,74
10	Киевская	1483	1 253	1 133	290,1	247,7	226,64
11	Кировоградская	339	277	206	117,0	97,2	73,38
12	Луганская	1086	950	723	155,8	138,5	107,35
13	Львовская	762	579	617	96,9	73,9	79,18
14	Николаевская	383	370	317	105,4	103,1	89,54
15	Одесская	1000	782	553	134,8	106,2	75,91
16	Полтавская	464	415	470	106,6	96,6	111,16
17	Ровенская	616	551	460	171,4	153,8	129,05
18	Сумская	371	346	336	108,7	102,9	101,80
19	Тернопольская	435	353	324	132,7	108,3	100,21
20	Харьковская	812	734	503	93,8	85,8	59,88
21	Херсонская	433	322	269	130,5	98,4	83,31
22	Хмельницкая	907	741	627	238,3	196,3	167,86
23	Черкаская	481	445	283	131,0	122,7	79,08
24	Черновецкая	357	266	238	126,2	94,3	84,73
25	Черниговская	495	356	314	160,8	117,0	104,56
26	г.Киев	157	94	86	16,6	10,0	9,27
27	г.Севастополь	253	215	205	215,8	185,4	179,73
Украина		17168	14256	12533	123,1	103,3	91,98

Как видно из таблицы число вновь выявленных случаев алкогольной зависимости за изучаемый период составило в расчете на 100 тыс. населения соответственно 123,1; 103,3 и 91,98. При этом наибольшими были показатели в Киевской области (226,64); Хмельницкой (167,87); в Севастополе

(179,73); Днепропетровской (133,53); Житомирской (128,45) и областях.

Характеристика распространенности психотических расстройств за изучаемый период представлено в таблице №6.

Таблиця 6

**Распространенность острых психотических алкогольных расстройств (алкогольных психозов)
среди молодежи в возрасте 15-35 лет в Украине за 2008 – 2010 года**

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч соответствующего населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	121	78	63	20,3	13,2	10,82
2	Винницкая	160	110	114	34,0	23,6	24,71
3	Волинская	164	75	60	51,0	23,4	18,83
4	Днепропетровская	35	22	16	3,4	2,2	1,61
5	Донецкая	1123	823	679	84,0	62,5	52,56
6	Житомирская	145	108	60	38,5	28,9	16,26
7	Закарпатская	116	76	39	29,0	19,1	9,86
8	Запорожская	199	152	142	36,8	28,5	27,05
9	Ивано-Франковская	187	128	108	44,0	30,2	25,58
10	Киевская	36	27	21	7,0	5,3	4,20
11	Кировоградская	72	111	117	24,9	39,0	41,67
12	Луганская	523	336	225	75,0	49,0	33,41
13	Львовская	219	118	80	27,8	15,1	10,27
14	Николаевская	132	84	55	36,3	23,4	15,54
15	Одесская	63	61	64	8,5	8,3	8,79
16	Полтавская	156	101	74	35,8	23,5	17,50
17	Ровенская	53	54	58	14,7	15,1	16,27
18	Сумская	30	34	21	7,8	10,1	6,36
19	Тернопольская	93	99	56	28,4	30,4	17,32
20	Харьковская	74	44	39	8,6	5,2	4,64
21	Херсонская	127	117	71	38,3	35,7	21,99
22	Хмельницкая	288	131	117	75,7	34,7	31,32
23	Черкаская	140	110	106	38,1	30,3	29,62
24	Черновецкая	84	75	37	29,7	26,6	13,17
25	Черниговская	162	81	54	52,6	26,6	17,98
26	г.Киев	374	236	222	39,6	25,1	23,93
27	г.Севастополь	64	45	26	54,6	38,8	22,80
Украина		4940	3436	2724	35,4	24,9	19,99

Как видно из таблицы количество алкогольных психозов за истекший период составило в расчете на 100 тыс. населения соответственно 35,4; 34,9 и 19,99. Наибольшее количество психозов наблюдалось в

Донецкой – 52,56; Кировоградской – 41,67; Луганской – 33,41; Хмельницкой – 31,32 областях, что соответствует в целом количественной распространенности лиц с алкогольной зависимостью по стране.

Полученные результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Распространенность алкогольной зависимости в подростковом и особенно в молодом возрасте среди населения Украины имеет широкую распространенность.

2. Алкогольная зависимость в подростковом возрасте дает основу для перехода и стабилизации аналогичной в молодом возрасте, при этом наблюдается выраженная негативная динамика как количественная, так и качественная: рост общего числа больных, включая выявления новых, нарастания осложненных тяжелых форм алкоголизма (алкогольных психозов) и др.

3. За исследуемый период общие показатели алкогольной зависимости у лиц молодого возраста в сравнении с подростковым, продемонстрировали значительный рост; в частности, по данным 2010 года, соответственно 1003,08 (против 0,48) – на 100 тыс. населения; количество алкогольных психозов – 19,9 (против 0,01); число вновь выявленных больных – 91,98 (против 0,40). В абсолютных цифрах число лиц с алкогольной зависимостью 15-35 лет в 2010 году составила 136 675; подросткового возраста – 39.

Безусловно, реальные цифры употребления алкоголя среди лиц подросткового и молодого возраста значительно превосходят данные официальной статистики. Не высокие показатели могут быть связаны с низкой обращаемостью в официальных профильных учреждениях, а также несвоевременным врачебным выявлением данных расстройств.

4. Принимая во внимание значительное количество больных с алкогольной зависимостью указанного возраста в Украине, следует усилить медико-социальные меры по коррекции и профилактике в области данной патологии – проведение в учебных заведениях и молодежной среде соответствующие противоалкогольные информационные пропаганды (усилиями педагогов, психологов, социальных работников и семьи).

5. Корректировать воспитание молодого поколения в духе стремления к здоровому образу жизни; культивированию высоких моральных приоритетов; образовательному и духовному развитию личности.

6. При выявлении случаев систематического употребления алкоголя в подростковом и молодом возрасте – взятие на профилактически учет данных лиц профильными специалистами; при сформировавшейся алкогольной зависимости – комплексные меры по лечению.

Литература:

1. Егоров А.Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия / А.Ю. Егоров // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. – 2006 – (3). – № 1. – С.10–16.
2. Линский И. В. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине / И. В. Линский, А. И. Минко, Э. Б. Первомайский // *Наркология*. – 2005. – № 4. – С. 12–17.
3. Линский И.В. Три десятилетия зависимости от психоактивных веществ в Украине с точки зрения популяционной экологии / И. В. Линский, А. И. Минко, Э. Б. Первомайский [и др.] // *Психическое здоровье*. – Москва, 2006. – № 4. – С. 21–25.
4. Кошкина Е. А. Социальные аспекты, влияющие на приобщение подростков к употреблению психоактивных веществ / Е. А. Кошкина, К. В. Вышинский, Н. И. Павловская [и др.] // *Наркология*. – 2009. – № 10. – С. 10 –14.
5. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине / И. Я. Пинчук // *Журнал АМН України*, – 2010, – т. 16, – № 1. – С. 168–176.
6. Приказ МЗ Украины от 02.06.2009г. № 382 «Об утверждении Временных стандартов оказания медицинской помощи подросткам и молодежи».
7. Приказ МЗ Украины от 02.06.2009г. № 383«Об усовершенствовании организации оказания медицинской помощи подросткам и молодежи».
8. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2007 рр. — К.: МОЗ України, — 2008. — 152 с.
9. Сирота Н. А. Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие для студ. вузов / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. М.: — «Академия», 2008. — 265 с.
10. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. *Alcohol: no ordinary commodity – research and public policy*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
11. Bromet E.J., Gluzman S.F., Paniotto V.I., Webb C.P.M., Tintle N.L., Zakhosha V., Havenaar J.M., Gutkovich Z., Kostyuchenko S., Schwartz J.E. *Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine Findings from the Ukraine World Mental Health survey // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. – 2005. – Vol. 40. – P. 681-690.
12. Bromet E. J., Havenaar J. M., Tintle N. et al. *Suicide ideation, plans and attempts in Ukraine:*
13. *findings from the Ukraine World Mental Health Survey // Psychol. Med*. – 2007. – 37. – P.807–819.
14. Degenhardt L, Chiu WT, Conway K, Dierker L, Glantz M, Kalaydjian A, Merikangas K, Sampson N, Swendsen J, Kessler RC. Does the “-gateway” matter? Associations between the order of drug use initiation and the development of drug dependence in the National Comorbidity Study Replication. *Psychol. Med*. 2009;39:157–167. [PMC free article] [PubMed]
15. Kessler RC, Abelson J, Demler O, Escobar JI, Gibbon M, Guyer ME, Howes MJ, Jin R, Vega WA, Walters EE, Wang P, Zaslavsky A, Zheng H. *Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH CIDI) Int. J. Methods Psychiatr. Res*. 13:122–139. [PubMed]
16. Webb C.P.M., Bromet E.J., Gluzman S., Tintle N.L., Schwartz J.E., Kostyuchenko S., Havenaar J.M. *Epidemiology of heavy alcohol use in Ukraine. Alcohol & Alcoholism*. – 2005. – Vol. 40. – № 4. – P. 327-335.
17. WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. 2nd report (WHO Technical Report Series 944). Geneva: World Health Organization; 2007. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944.pdf [accessed 3 August 2010].
18. World Bank. 2009. *World Development Indicators Online*. Washington, DC: World Bank, Electronic version. <http://www.worldbank.org/>

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО І МОЛОДОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

С.І. Табачников, Є.М. Харченко, І.І. Марценковська, Т.В. Синицька

Проведене медико-соціологічне дослідження поширеності алкогольної залежності серед підліткового та молодого населення України за 2008-2010 роки. Виявлено певні характеристики взаємозв'язку формування вікової алкогольної залежності, представлені статистичні дані, відповідні рекомендації.

Ключові слова: алкогольна залежність, підлітковий, молодий вік, порівняльна характеристика

COMPARATIVE CHARACTERISTIC MEDICAL SOCIOLOGICAL ASPECTS OF ALCOHOL ADDICTION AMONG TEENAGERS AND YOUNG PERSONS IN UKRAINE

S.I. Tabachnikov, E.M. Kharchenko, I.I. Marcenkovskaya, T.V. Synitska

Medical sociological research of prevalence of alcohol addiction among teenagers and young citizens of Ukraine during 2008-2010 was made. The certain characteristics of mutual connection of age alcohol addiction forming were determined, the statistic data and appropriate recommendations are represented.

Keywords: alcohol addiction, teenagers', young age, comparative characteristic

УДК 616.895

О.М.Зінченко

ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ, УНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ В УКРАЇНІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: алкогольна залежність, алкогольні психози, захворюваність, поширеність, наркологічна допомога

Психічне благополуччя за визначенням ВООЗ є важливою складовою поняття здоров'я. На сьогодні психічні та поведінкові розлади, внаслідок вживання психоактивних речовин, в рейтингу соціальних проблем, що стоять перед суспільством займають третє місце після злочинності і безробіття [3, 26]. Результати епідеміологічних досліджень, проведених в багатьох країнах світу свідчать про те, що серед пацієнтів з наркологічними розладами переважають хворі алкоголізмом [1, 4, 5, 6, 9, 11, 13, 24].

Так, згідно даним Міністерства охорони здоров'я і соціального розвитку в Росії у 2009 році зареєстровано 3,25 млн. хворих з психічними та поведінковими розладами, внаслідок вживання психоактивних речовин, з яких близько 81,8% (2658302) – хворі алкоголізмом, 17% (555272) - хворі наркоманією і 1,2% (37090) - пацієнти з токсикоманією [22].

Алкогольна залежність є складною медико-соціальною проблемою сучасного суспільства. Збиток від алкоголю є значним тягарем для окремих осіб, сімей, держави в цілому, і пов'язаний з медичними витратами, зниженням продуктивності праці і, як результат, - підвищенням показників захворюваності [7, 8, 10, 12, 17, 18, 19, 20, 25]. Вживання алкоголю є причиною майже 2 млн. смертельних випадків і 4% хвороб у всьому світі [22].

Одним із індикаторів (складових) алкогольної ситуації як в нашій країні, так і у всьому світі, є вжиток алкоголю. За оцінками експертів ВООЗ, підвищення допустимого рівня споживання алкоголю (із розрахунку 8 л абсолютного алкоголю (безводного спирту) в

рік на душу населення) є надзвичайно небезпечним для здоров'я нації [2].

До «країн-лідерів» по кількості алкоголю, що вживається, на душу населення відносяться Росія (15,6), Ірландія (13,5), Угорщина (13,2), Франція (13,0), Чехія (12,0) [22].

Динаміка вжитку алкогольних напоїв на душу населення в Україні останніми роками свідчить про стабілізацію показника. Проте ця величина відображає лише «вжиток з державних ресурсів». В той же час за даними наукових досліджень значна питома вага при вжитку складає неврахований алкоголь.

У структурі вживаної в Україні алкогольної продукції (в перерахунку на абсолютний алкоголь) більш ніж половина припадає на горілку та міцні напої. У молодіжному середовищі починаючи з 2000 р. спостерігається щорічне збільшення споживання слабоалкогольних напоїв [14, 21].

Настільки ж значимим показником, що характеризує поширеність зловживання алкоголем серед населення, є показники захворюваності та поширеності на алкогольну залежність та алкогольні психози.

Проведений аналіз захворюваності населення України на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю [16] свідчить про щорічні коливання показника захворюваності на хронічні алкогольні синдроми (таблиця 1).

Протягом 2000-2008 рр. захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю залишалася на високому рівні (2008 р. - 109,8 на 100 тис. населення). Разом з тим, в останні 2 роки наміти-

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО І МОЛОДОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

С.І. Табачников, Є.М. Харченко, І.І. Марценковська, Т.В. Синицька

Проведене медико-соціологічне дослідження поширеності алкогольної залежності серед підліткового та молодого населення України за 2008-2010 роки. Виявлено певні характеристики взаємозв'язку формування вікової алкогольної залежності, представлені статистичні дані, відповідні рекомендації.

Ключові слова: алкогольна залежність, підлітковий, молодий вік, порівняльна характеристика

COMPARATIVE CHARACTERISTIC MEDICAL SOCIOLOGICAL ASPECTS OF ALCOHOL ADDICTION AMONG TEENAGERS AND YOUNG PERSONS IN UKRAINE

S.I. Tabachnikov, E.M. Kharchenko, I.I. Marcenkovskaya, T.V. Synitska

Medical sociological research of prevalence of alcohol addiction among teenagers and young citizens of Ukraine during 2008-2010 was made. The certain characteristics of mutual connection of age alcohol addiction forming were determined, the statistic data and appropriate recommendations are represented.

Keywords: alcohol addiction, teenagers', young age, comparative characteristic

УДК 616.895

О.М.Зінченко

ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ, УНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ В УКРАЇНІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: алкогольна залежність, алкогольні психози, захворюваність, поширеність, наркологічна допомога

Психічне благополуччя за визначенням ВООЗ є важливою складовою поняття здоров'я. На сьогодні психічні та поведінкові розлади, внаслідок вживання психоактивних речовин, в рейтингу соціальних проблем, що стоять перед суспільством займають третє місце після злочинності і безробіття [3, 26]. Результати епідеміологічних досліджень, проведених в багатьох країнах світу свідчать про те, що серед пацієнтів з наркологічними розладами переважають хворі алкоголізмом [1, 4, 5, 6, 9, 11, 13, 24].

Так, згідно даним Міністерства охорони здоров'я і соціального розвитку в Росії у 2009 році зареєстровано 3,25 млн. хворих з психічними та поведінковими розладами, внаслідок вживання психоактивних речовин, з яких близько 81,8% (2658302) – хворі алкоголізмом, 17% (555272) - хворі наркоманією і 1,2% (37090) - пацієнти з токсикоманією [22].

Алкогольна залежність є складною медико-соціальною проблемою сучасного суспільства. Збиток від алкоголю є значним тягарем для окремих осіб, сімей, держави в цілому, і пов'язаний з медичними витратами, зниженням продуктивності праці і, як результат, - підвищенням показників захворюваності [7, 8, 10, 12, 17, 18, 19, 20, 25]. Вживання алкоголю є причиною майже 2 млн. смертельних випадків і 4% хвороб у всьому світі [22].

Одним із індикаторів (складових) алкогольної ситуації як в нашій країні, так і у всьому світі, є вжиток алкоголю. За оцінками експертів ВООЗ, підвищення допустимого рівня споживання алкоголю (із розрахунку 8 л абсолютного алкоголю (безводного спирту) в

рік на душу населення) є надзвичайно небезпечним для здоров'я нації [2].

До «країн-лідерів» по кількості алкоголю, що вживається, на душу населення відносяться Росія (15,6), Ірландія (13,5), Угорщина (13,2), Франція (13,0), Чехія (12,0) [22].

Динаміка вжитку алкогольних напоїв на душу населення в Україні останніми роками свідчить про стабілізацію показника. Проте ця величина відображає лише «вжиток з державних ресурсів». В той же час за даними наукових досліджень значна питома вага при вжитку складає неврахований алкоголь.

У структурі вживаної в Україні алкогольної продукції (в перерахунку на абсолютний алкоголь) більш ніж половина припадає на горілку та міцні напої. У молодіжному середовищі починаючи з 2000 р. спостерігається щорічне збільшення споживання слабоалкогольних напоїв [14, 21].

Настільки ж значимим показником, що характеризує поширеність зловживання алкоголем серед населення, є показники захворюваності та поширеності на алкогольну залежність та алкогольні психози.

Проведений аналіз захворюваності населення України на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю [16] свідчить про щорічні коливання показника захворюваності на хронічні алкогольні синдроми (таблиця 1).

Протягом 2000-2008 рр. захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю залишалася на високому рівні (2008 р. - 109,8 на 100 тис. населення). Разом з тим, в останні 2 роки наміти-

Таблиця 1

Динаміка захворюваності на хронічні алкогольні синдроми (хронічний алкоголізм) населення України

Показник	2000 рік	2005 рік	2010 рік
Абс. числа	41045	46604	37745
на 100 тис. населення	83,0	98,95	82,44

лася тенденція до зниження цього показника: у 2009 році він складав 91,48; у 2010 - 82,44 на 100 тис. населення.

Рівень показника захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю має значні регіональні відмінності (рис. 1). Так, у 2010 році серед окремих адміністративних територій найвищий рівень захворюваності населення України на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю зареєстровано у Київській області (186,6 на 100 тис. населення) та м. Севастополі (181,25 на 100 тис. населення).

Високі показники зафіксовано в Хмельницькій (115,42), Рівненській (113,94), Тернопільській (105,38), Миколаївській (104,14), Закарпатській (103,78), Івано-Франківській (102,98) та Житомирській (102,05 на 100 тис. населення) областях.

Найнижчий показник захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю у 2010 році зареєстровано у м. Києві (11,41 на 100 тис. населення).

За даними державної статистичної звітності у 2010 році [16] у медичних закладах країни на диспансерно-

му обліку знаходилося 598962 особи з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, що складає 1308,27 на 100 тис. населення.

Динаміку показника поширеності на хронічні алкогольні синдроми (хронічний алкоголізм) населення України представлено у таблиці 2.

Таблиця 2

Динаміка показника поширеності на хронічні алкогольні синдроми населення України

Показник	2000 рік	2005 рік	2010 рік
Абс. числа	672150	650188	598962
на 100 тис. населення	1359,0	1344,90	1308,27

У 19 регіонах України зафіксовано перевищення середньоукраїнського показника поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, зокрема найбільш високі інтенсивні показники у 2010 році зареєстровані у Хмельницькій (1824,17) та Чернігівській (1709,4) областях (рис. 2).

Одним із індикаторів стану алкоголізації населення є рівень поширеності та захворюваності гострих психотичних алкогольних розладів або алкогольних психозів.

Тенденція до збільшення алкогольних психозів характерна для багатьох економічно розвинених країн і є відображенням розповсюдженості алкогольної залежності в суспільстві [23]. Так, на думку Петракова Б.Д. [15], Murray C.L., Lopes A.D. [27], Fisenberg L. [28], протягом XX століття середньорічний показник поширеності алкогольних психозів в світі збільшився більш ніж в 3,8 рази.

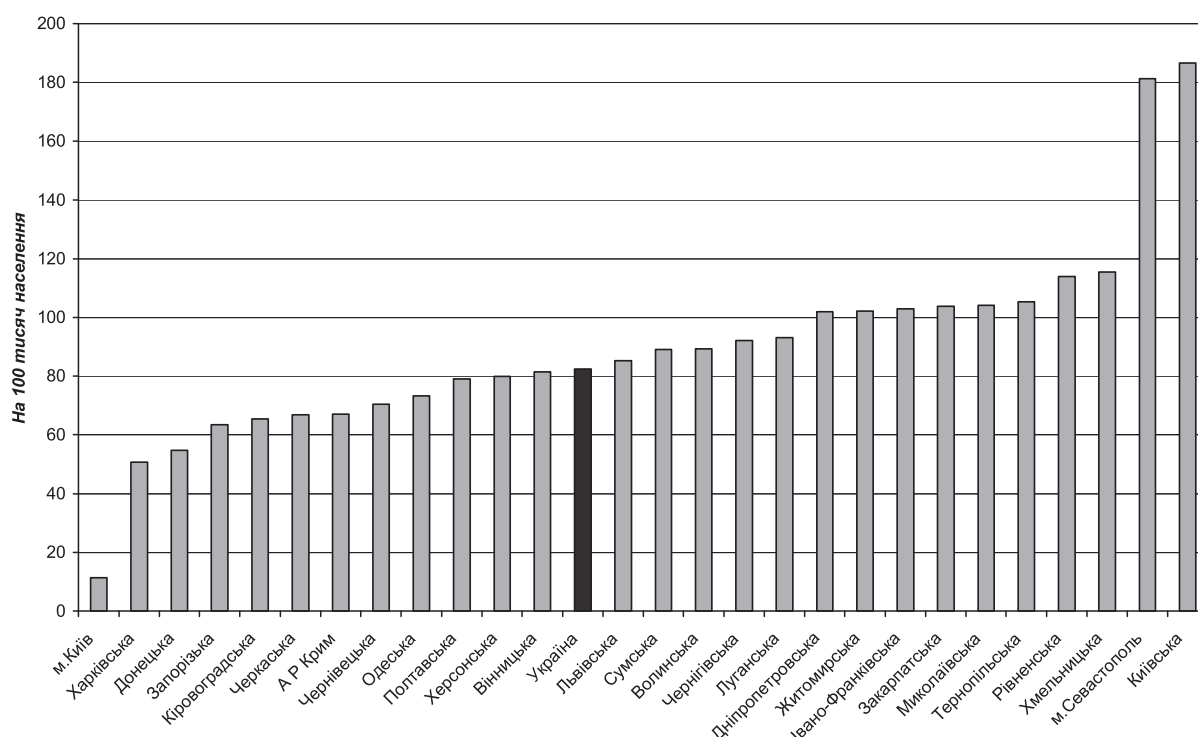


Рис. 1. Рейтинги адміністративно-територіальних одиниць України, складені за зареєстрованою у 2010 році захворюваністю розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю

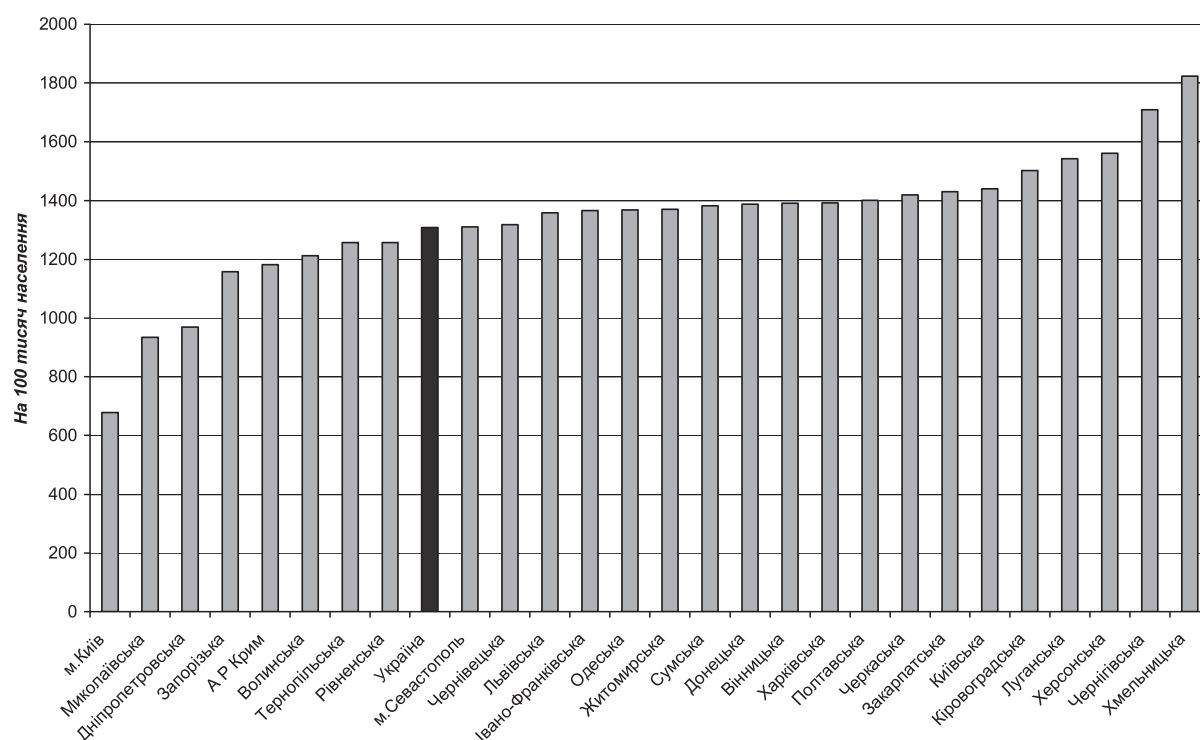


Рис. 2. Рейтинги адміністративно-територіальних одиниць України, складені за зареєстрованою у 2010 році поширеністю розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю

Проведений аналіз захворюваності на алкогольні психози в Україні свідчить про щорічні коливання цього показника. У 2000 році зазначений показник склав 21,0 на 100 тис. населення, у 2010 році - 10,69 на 100 тис. населення, що свідчить про його зниження на 50,9% (табл. 3).

Таблиця 3

Динаміка показника захворюваності на гострі психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози) населення України

Показник	2000 рік	2005 рік	2010 рік
Абс. числа	10659	10421	4894
на 100 тис. населення	21,0	22,13	10,69

Слід зазначити, що у 2004 році було зафіксовано максимальний показник захворюваності на алкогольні психози (22,13 на 100 тисяч населення).

В різних регіонах України відзначалися коливання показника захворюваності на алкогольні психози від максимальних у Донецькій (24,83) області, м. Києві (18,37) та Вінницькій (17,71) області до мінімальних у Київській (2,21), Харківській (2,07) та Дніпропетровській (1,79 на 100 тис. населення) областях (рис. 3).

Як свідчать дані офіційної медичної статистики протягом 2000-2010 рр. показник поширеності алкогольних психозів мав нестабільний характер. З 2000 по 2005 рр. спостерігалася зростання зазначеного показника, а з 2006 року намітилася тенденція до його зниження. За останні 2 роки зазначений показник суттєво зменшився у порівнянні з 2000 роком, і склав у 2009

році - 22,17 на 100 тис. населення і відповідно у 2010 році - 17,78 на 100 тис. населення (табл. 4).

За зареєстрованими даними (рис. 4) найбільша поширеність алкогольних психозів спостерігалась у 2010 році (в порядку зменшення) в Донецькій області, місті Києві, Хмельницькій області, а найменша (в порядку збільшення) — в Дніпропетровській, Київській та Харківській областях.

Проведене нами вивчення даних офіційної медичної статистики свідчить, що протягом 2000-2010 років на фоні стабільно високих показників поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю намітилося зниження захворюваності алкоголізмом і алкогольними психозами. Проте поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю залишається як і раніше високою в більшості регіонів України. В цілому зниження зазначених показників в останні 2 роки можна вважати позитивною тенденцією проте для більш виваженої оцінки ситуації окрім відомостей офіційної статистики необхідно використовувати дані інших самостійних досліджень поширення зловживанням алкоголем в популяції.

Таблиця 4

Динаміка показника поширеності на гострі психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози) населення України

Показник	2000 рік	2005 рік	2010 рік
Абс. числа			
на 100 тис. населення			

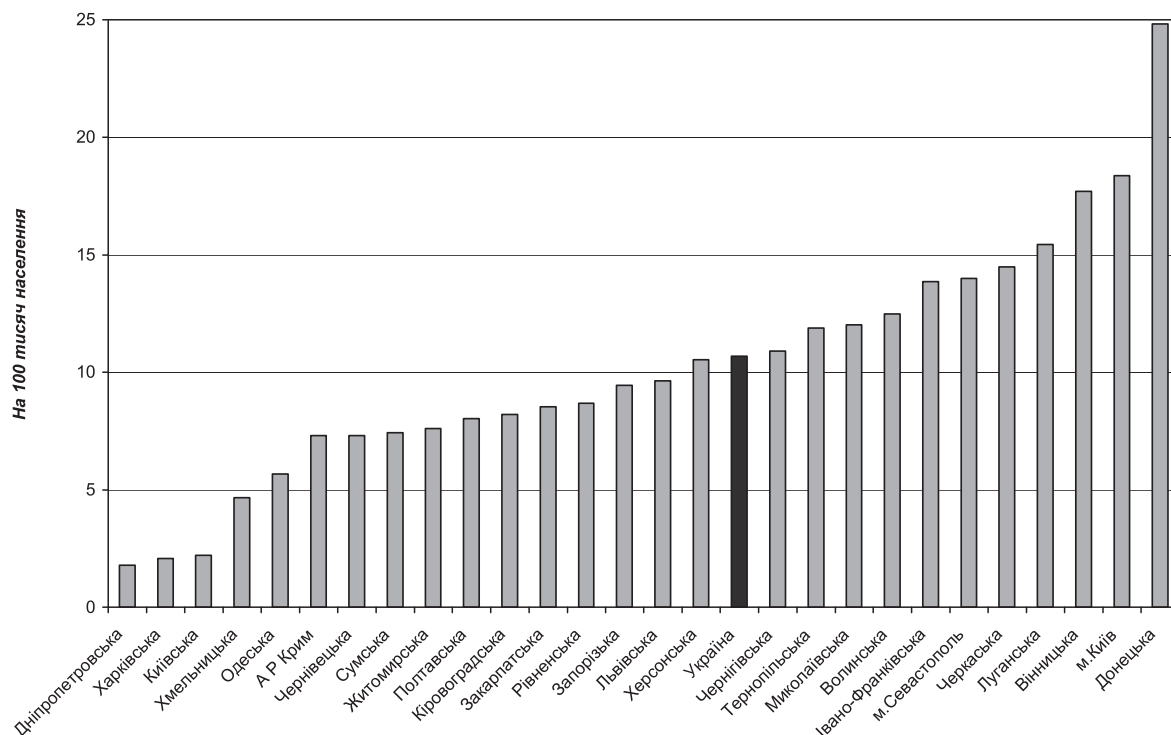


Рис. 3. Рейтинги адміністративно-територіальних одиниць України, складені за зареєстрованою у 2010 році захворюваністю на гострі психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози)

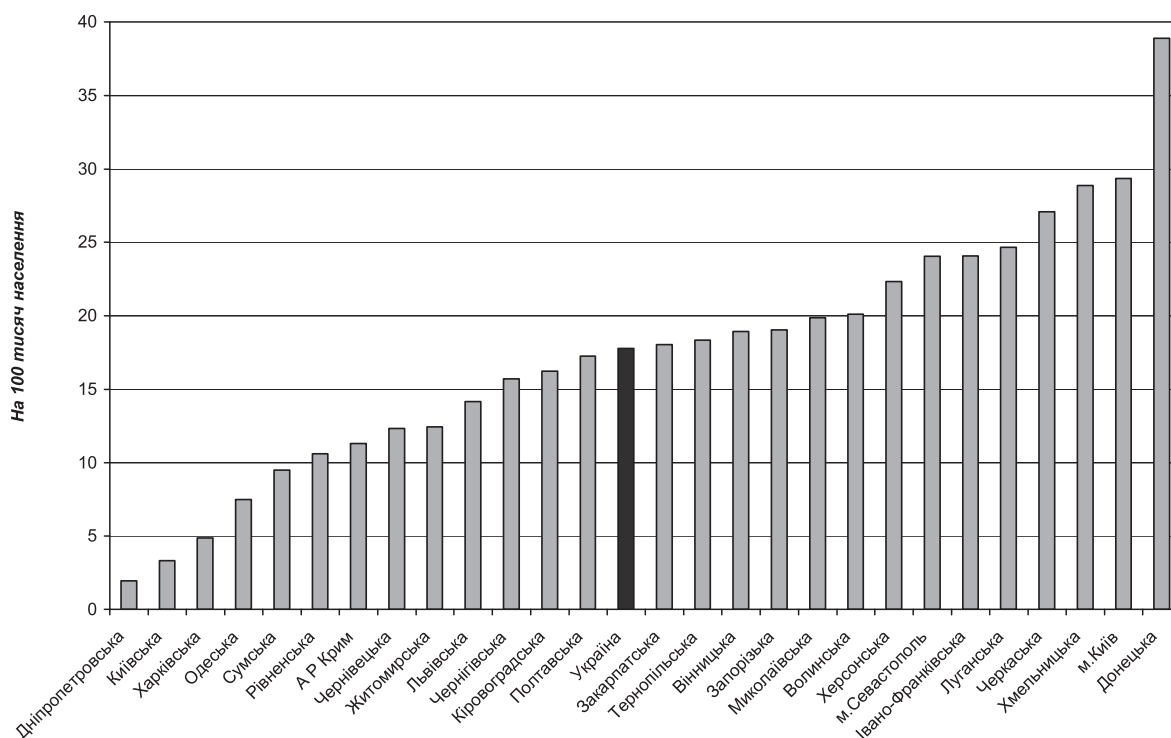


Рис. 4. Рейтинги адміністративно-територіальних одиниць України, складені за зареєстрованою у 2010 році поширеністю гострих психотичних алкогольних розладів

Література:

1. Гофман А.Г., Кожина Т.А., Яшина И.В. Об алкогольной ситуации в России и путях улучшения наркологической помощи // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – № 11. – С. 11-13.
2. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя, Всемирная организация здравоохранения, 2010. – 48 с.
3. Говорин И.В., Сахаров А.В., Гаймоленко А.С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 184 с.
4. Діагностика і терапія психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин /Мінко О.І., Лінський І.В., Самойлова О.С., Мінко О.О., Шараневич І.О.- Посібник для лікарів – Харків: Плеяда. – 2009. – 108 с.
5. Кошкина Е.А., Паронян Н.Д., Павловская Н.К. Оценка алкогольной ситуации в России //Русский медицинский журнал. – 2000. – № 5. – С.41-43.
6. Линский И.В., Минко А.И., Первомайский Э.Б. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине //Наркология. – 2005.- №4. – С. 12-17.
7. Москаленко В.Д. Медицинские последствия алкоголизма и наркомании //Наркология. – 2007. – № 7. – С.52-57.
8. Москаленко В.Д. Социальные последствия алкоголизма и наркомании //Наркология. – 2007. – № 3. – С.25-29.
9. Немцов А.В., Андриенко Ю.В. Самоотчеты населения России о потреблении алкоголя //Наркология. – 2007. – № 5. – С.58-61.
10. Немцов А.В., Левчук Н.М., Давыдов К.В. Связанная с алкоголем смертность в Украине и России (1980-2007 г.г.) //Наркология. – 2010. – № 10. – С. 26-35.
11. О Государственной программе национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 годы. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 11 января 2011 г. № 27.
12. Онищенко Г. Г. О мерах по снижению масштабов употребления алкоголя как одного из условий формирования здорового образа жизни //Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – №3. – С. 3-8.
13. Особенности употребления психоактивных веществ среди населения отдельных регионов России / Кошкина Е. А. [и др.] //Наркология. – 2010. – N 4 (100). – С. 16-24.
14. Отношение к табакокурению и потреблению алкоголя среди студентов Томска /Серебрякова В.Н., Трубаева И.А., Кавешников В.С., Карпов Р.С. //Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – №2. – С. 15-18.
15. Петраков Б.Д. Основные закономерности распространения психических болезней в современном мире и в Российской Федерации //XII съезд психиатров России. – М. – 1995. – С. 98-99.
16. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2000 (2001-2010) рік. Збірник МОЗ. – Київ 2000 (2001-2010) р.
17. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность в Беларуси в период с 1970 по 2005 г.г. //Наркология. – 2007. – № 3. – С.69-70.
18. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность — эпидемиологический аспект взаимосвязи //Здравоохранение Российской Федерации. – 2002. – №5. – С.37-39.
19. Разводовский Ю.Е. Проблемы, связанные с алкоголизмом, в Беларуси в период 1970—2004 гг. //Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – №2. – С.55-56.
20. Разводовский Ю.Е. Продажа алкоголя и эпидемиологические параметры алкоголизма в Беларуси //Наркология. – 2008. – №11. – С.36-43.
21. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України /-О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Н.О. Рингач та ін.. – К.: УСД ім. О.Яременка, 2008. – 152 с.
22. Тезисы доклада министра здравоохранения и социального развития РФ Т.А.Голиковой на конференции «Наркология – 2010» //Наркология. – 2010. – № 10. <http://www.minzdravsoc.ru>
23. Уваров И.А. Современное состояние проблемы алкогольных психозов (аналитический обзор) //Наркология. – 2009. – №1. – С.75-94.
24. Халтурина Д.А. Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии //Наркология. – 2007. – №5. – С.10-18.
25. Чернобровкина Т.В., Артемчук А.Ф., Сосин И.К., Никифоров И.А. Проблемы коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) //Наркология. – 2006. – № 12. – С.47-74.
26. Ягудина Р.И., Ксенко К.Ю. Экономические последствия алкоголизма для Российской Федерации //Фармакоэкономика. – 2009. – №2. – С. 44-48.
27. Murray C.L., Lopes A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. – Boston: Harvard University Press, 1996. – (Global Burden of Disease and injury series, Vol. 1.
28. Fisenberg L. Past, present and future of psychiatry: personal reflections // The Canadian Journal of Psychiatry. – 1997. – Vol. 42, September. – P. 705-713.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

О.Н.Зинченко

В статье представлен анализ статистических показателей состояния распространенности психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя населением Украины за период с 2000 по 2010 года. Выявлено основные особенности заболеваемости и распространенности в регионах Украины.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкогольные психозы, заболеваемость, распространенность, наркологическая помощь

PECULARITIES OF PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL DISORDERS PREVALENCE IN CONSEQUENCE OF ALCOHOL CONSUMING

O.N. Zinchenko

In this article the analysis of statistic data of state of psychological and behavioral disorders prevalence in consequence of alcohol consuming by the citizens of Ukraine during 2000 to 2010 years is represented. The main peculiarities of morbidity rate and prevalence in regions of Ukraine had determined.

Keywords: alcohol addiction, alcohol psychosis, morbidity, prevalence, narcological treatment

УДК 616.89-008

И.С. Рыткис, А.В. Гуркова, А.В. Ченская, В.Г. Сойникова
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
(обзор литературы)

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г.Киев

Ключевые слова: табакокурение, табачная зависимость, распространенность, факторы риска

Здоровый образ жизни – основная задача сегодняшнего дня. Для этого немаловажное значение имеет борьба с всевозможными факторами риска, среди которых не последнее место занимает курение табака (О. С. Радбиль, Ю. М. Комаров, 1988; М.Миллер, 2007 и др.).

Вредное влияние никотина на здоровье человека и высокая степень распространенности курения среди населения делают проблему табакокурения и табачной зависимости одной из наиболее актуальных как для охраны здоровья, так и для общества в целом (И.К. Сосин, Ю. Ф. Чуев, 2003).

С каждым днем эпидемия табакокурения приобретает все большие масштабы, охватывая людей различных возрастных групп.

По оценкам ВОЗ (WHO, 1999; 2000) на 2010 год в мире насчитывалось 1,1 миллиарда людей, курящих табак, среди которых мужчин и женщин соответственно 47% и 12%. По мнению отечественных и зарубежных ученых (WHO, 1997,1999; И.К. Сосин, Ю. Ф. Чуев, 2003), в течении последних десятилетий в распространенности табакокурения произошли некоторые изменения: снизился его уровень в развитых странах, но усилился рост в других государствах.

Табакокурение приводит к смерти каждого десятого взрослого человека в мире, и при сохранении текущих тенденций в области курения к 2020 году табак ежедневно будет причиной 10 млн случаев смертей (- О.В. Татаренко, 2010). Состав табачного дыма сложен, в нем идентифицировано около 500 веществ. Содержание отдельных веществ различно в разных видах табака, и их поступление в организм зависит от вида курения. Основным фармакологически активным веществом служит никотин (острые эффекты) и смола (хроническое действие).

Известно, что при сгорании табака, помимо основного состава дыма, вдыхаемого курильщиком, из выдыхаемого дыма и дыма из обугливающейся части сигареты образуется дополнительное количество ингредиентов. Около 50% сигаретного дыма, содержащего опасные вещества, попадают в воздух, который затем вдыхают окружающие курильщика люди. Таким образом, общество сталкивается с еще одной весьма существенной проблемой - воздействием на некурящих людей продуктов сгорания табака, так называемым пассивным или насильственным курением. По данным Международной организации труда (2008), ежегодно 200 тыс. людей умирают в результате вдыхания вторичного табачного дыма на работе. Около 700 млн детей, или почти половина всех детей мира,

дышат воздухом, загрязненным табачным дымом.

В большинстве случаев навык курения приобретает в подростковом возрасте и к 18-20 годам уже определяется статус курильщика.

Начальным побуждающим фактором курения служит психосоциальный, тогда как фармакологические эффекты неприятны. Однако в дальнейшем под влиянием продолжающихся психосоциальных факторов начинают проявляться «приятные» фармакологические эффекты никотина, в результате чего развивается привыкание. К психосоциальным причинам присоединяется так называемое «фармакологическое удовольствие». Повышается потребление табака и усугубляется вдыхание табачного дыма. По мере взросления курильщика уменьшается значимость психосоциальных факторов и доминирующими становятся желание и потребность в никотине. При поступлении в организм больших количеств никотина у курильщика с целью избежать симптомов отмены постепенно возникает пристрастие к курению, т.е. потребность в поддержании постоянной концентрации никотина в крови.

Таким образом, большинство из тех, кто начал курить из-за желания выглядеть сильным, достаточно взрослым или из-за того, что курят все его друзья, приобретают зависимость к никотину, определяющую стабильность их статуса курильщика.

При эмоциональных стрессах увеличивается число выкуриваемых сигарет. В отношении потребления табака, как и алкоголя, важное значение имеют социальные факторы.

Выделяют следующие виды курения:

1. Нефармакологический: психосоциальный: средство самоутверждения, достижения социального доверия, признания; сенсорно-моторный: процесс курения приносит удовлетворение курильщику.

2. Фармакологический (концентрация никотина в крови регулируется частотой и глубиной затяжек):

- потворствующий (самый частый): с целью получить удовольствие или усилить уже приятную ситуацию; частота курения варьирует в широких пределах;
- седативный: облегчение состояния при неприятной ситуации;
- стимулирующий: поддержка при выполнении умственных задач, концентрации внимания, в напряженной ситуации или при выполнении монотонной работы.

Естественно, что нефармакологические варианты мотивации курения могут наблюдаться при всех фармакологических типах.

Психологическая зависимость к табаку очень выражена; к никотину развивается привыкание и некоторая степень физической зависимости. Преходящие симптомы синдрома отмены выражаются изменениями на ЭЭГ, нарушениями сна и снижением качества выполнения некоторых психомоторных тестов и настроения, повышением аппетита, который трудно объяснить психической или только физической зависимостью. Наблюдаются также изменения функций сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Курение табака является одной из основных причин заболеваемости и смертности, так как лежит в основе широкого спектра заболеваний (Д.Г. Заридзе, Г. Пето, 1989). Достаточно распространенными последствиями ТК и ТЗ является заболевание сердца и сосудов. Курение является одной из основных причин повреждения коронарных артерий, которое может привести к инфаркту миокарда.

Доказано, что у мужчин моложе 45 лет большинство случаев инфаркта миокарда связано именно из ТК и ТЗ. У курильщиков отмечается повышенный риск развития ишемической болезни сердца, атеросклероза, инсульта, аневризмы аорты, повреждения периферических сосудов (CINDI Украина, 2001).

Хроническая обструктивная болезнь легких в 90 % случаев развивается в результате ТК и ТЗ, то есть фактически является болезнью людей, которые курят. Употребление табака приводит к таким заболеваниям дыхательной системы, как эмфизема легких, бронхит, трахеит, бронхиальная астма. На данное время доказано, что у курильщиков пневмония, развивается чаще, чем у людей, которые не имеют этой пагубной привычки. Приблизительно в 85 % случаев рака легких, которые фиксируются за год, можно проследить связь из ТК и ТЗ.

Табак является одним из сильнейших канцерогенов (И.К. Сосин, Ю. Ф. Чуев, 2003). Курение является основной причиной возникновения злокачественных новообразований губы, полости рта, глотки, гортани, пищевода, трахеи, бронхов, поджелудочной железы, почек.

Длительное курение стимулирует секрецию соляной кислоты в желудке, что приводит к повреждению защитного слоя его поверхности. Поэтому среди курильщиков чаще встречается язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки. Кроме того, ТК и ТЗ повышают риск возникновения эзофагита и гастрита, влияют на иммунную систему человека, а именно вызывают ряд изменений в клетках иммунной системы. В частности, повышается количество лейкоцитов и лимфоцитов, нарушается баланс выработки Т-клеток.

Последние исследования показали, что сигаретный дым способствует росту количества иммунных клеток-убийц, что приводит к изменению их естественного соотношения в организме человека. Это в равной степени относится как к сравнительно молодым курильщикам, так и к курильщикам со стажем и, вероятно,

еще больше снижает сопротивляемость организма к раковым заболеваниям.

Кумулятивным влиянием хронической табачной интоксикации является уменьшение ожидаемой в ближайшее время продолжительности жизни (CINDI Украина, 2001).

В мире из более чем 1 миллиарда курильщиков женщины составляют 200 млн. В результате употребления табака ежегодно умирают более 5 млн человек, примерно 1,5 млн из них – женщины (О.В. Татаренко, 2010). Наибольший уровень табакокурения (27%) встречается среди женщин в возрасте от 25 до 44 лет – в репродуктивный период (, 2009).

Распространенность курения среди женщин Украины, по данным отдельных эпидемиологических исследований, до середины 1990-х гг. была несколько ниже, чем среди женщин других стран, и составляла 5 – 15%, а уже в 2005 – 2006 гг. Украина находилась на первом месте по числу курящих женщин среди стран бывшего СНГ (Н.Е. Полищук, 2010).

Некоторые специалисты высказывают мнение (N.Britten, 1996), что одна из причин курения женщин заключается в том, что табачные компании используют тактику маркетинга, включающую рекламу и спонсорство, специально направленную на женщин, и производят специальные женские марки сигарет.

По статистике, 39% женщин умирают в результате болезней, связанных с курением.

Одна из главных опасностей курения – возможное развитие рака легких. 90% случаев данной патологии у женщин связано с этой привычкой. Исследования показали, что курение повышает у женщин риск развития рака легких в 21 раз и вызывает серьезные нарушения работы органов дыхания.

Согласно исследованиям, табакокурение у женщин также может привести к развитию рака шейки матки (риск у курящих женщин увеличивается на 80 %) и рака молочной железы (с увеличением количества выкуриваемых за день сигарет возрастает риск летального исхода).

Курящие женщины, использующие оральные контрацептивы, подвержены риску развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, таких как тромбообразование, инфаркты, инсульты. Этот риск с возрастом увеличивается и поэтому курящим женщинам после 35 лет не рекомендовано принимать данный вид контрацептивов.

У женщин, начинающих курить в подростковом возрасте, повышается риск ранней менопаузы в три раза. Курильщицы часто наблюдают симптомы менопаузы на 2-3 года ранее некурящих женщин. Менструальные проблемы, такие как патологическое кровотечение, аменорея, вагинальные инфекции, являются весьма распространенными жалобами курящих женщин. Ранняя менопауза и менструальные нарушения могут быть результатом токсического воздействия на яичники или значительно сниженного уровня эстрогенов (, 2009).

Курение может стать причиной незапланированной беременности на фоне приема контрацептивов, так как никотин способен нейтрализовать действие гормонов, содержащихся в препаратах или бесплодия.

Курение женщин вносит расстройства в основную функцию женского организма — репродуктивную. Проводятся многочисленные исследования влияния курения на организм беременной женщины и здоровье плода. Данные исследований свидетельствуют, что именно курение является причиной таких заболеваний и расстройств, как истончение, отслойка и предлежание плаценты; ультраструктурные изменения и нарушения плацентарного кровотока; преждевременные разрывы половых оболочек; ранние и поздние токсикозы; выкидыши; преждевременные роды. Кроме того, риск мертворождаемости увеличивается на 20—30 %. Вес новорожденных у курящих матерей в среднем меньше на 10 %. Риск спонтанного аборта у женщин, курящих во время беременности, на 30-70 % выше, чем у некурящих. Уровень смертности младенца при родах у курящих матерей в среднем на 30 % выше, чем у некурящих.

Есть данные о том, что курение матери в течение беременности может привести к никотиновой зависимости у их детей. Причем, вероятность никотиновой зависимости у дочерей является более сильной, чем у сыновей.

Медики также отмечают тот факт, что воздействие никотина негативно влияет на внешний вид женщины. Ведь содержащиеся в табаке вещества не только воздействуют на внутренние органы, но и на кожу, сужая поверхностные сосуды, в результате чего кожа получает меньше питания и гораздо быстрее стареет. Именно кожа курящей женщины выдает ее пристрастие к вредной привычке, так как она находится в состоянии постоянного стресса в связи с кислородным голоданием. Несколько лет постоянного выкуривания пяти сигарет в день вполне хватает для того, чтобы кожа женщины изменилась, потускнела и стала сухой и серой. Морщины у курящих женщин появляются гораздо раньше, чем у некурящих.

Затрагивая проблему курения у женщин, нельзя обойти вниманием факт воздействия пассивного курения на детей. Среди патологий, в отношении которых доказана связь с пассивным курением, выделяются следующие:

- Синдром внезапной детской смерти (K.I. McMartin, M.S. Platt et al., 2002; J. Milerad, A. Vege et al, 1999).
- Бронхиальная астма (K.L. Vork, R.L. Broadwin et al., 2007).
- Легочные инфекции (N. Spencer, C. Coe, 2003; J.C. de Jongste, M.D. Shields, 2003; E. Dyding, T. Sanner, 1999; J.R. DiFranza et al., 2004).
- Более тяжелое течение бронхита и возрастание вероятности осложнений (A. ChatzimiChael et al., 2007).
- Повышенный риск заболевания туберкулезом

(S. Den Boon et al., 2007).

- Болезнь Крона (S.S. Mahid et al., 2007).
- Трудности в обучении, задержка развития, нейробихевиоральные последствия (G.A. Richards, 1996).
- Кариес зубов, увеличение риска развития которого и появления сопутствующих биомаркеров в слюне связаны с пассивным курением (A. Avsar, O. Darka, 2008).
- Воспаление среднего уха (P.D. Bull, 1996).
- Уменьшение содержания витамина С в организме ребенка на 20 %.

Уменьшить число заболеваний, связанных с курением у женщин возможно путем наложения запретов на все формы рекламы; поддержки реализации и строгого обеспечения соблюдения законодательства по абсолютной защите от табачного дыма во всех общественных и рабочих местах; принятия глобальных мер по отстаиванию свободы женщин от табака.

В Украине впервые закон о борьбе с табакокурением был принят в сентябре 2005 года, а в сентябре 2006 года Верховной Радой была ратифицирована Рамочная конвенция ВОЗ о борьбе с табакокурением.

Особенно непоправимый вред здоровью наносит курение в детском и подростковом возрасте, когда из-за интенсивного роста, физиологической перестройки организма повышается чувствительность определенных функций мозга к экзогенным вредностям, изменяется реактивность организма (А.В. Ченская, 2003). Обобщение многочисленных данных позволяет сделать вывод о том, что молодые люди начинают курить во все более раннем возрасте и, как правило, курят много. Установлено, что, чем раньше человек начал курить, тем больше вероятность того, что он станет регулярным курильщиком, и меньше — что бросит курить.

На данный момент существует множество способов лечения табакокурения и табачной зависимости. Среди них являются:

- постепенное уменьшение количества никотина в сигаретах;
- применение градуированных внешних фильтров;
- употребление табака с пониженным содержанием никотина и смолистых веществ;
- уменьшение количества выкуренных сигарет с самомониторингом;
- индивидуальные мероприятия с применением поэтапных врачебных действий;
- направленность на смену чувствительности к табачному дыму с помощью рефлексотерапии;
- поведенческие программы с использованием техники стимулирующего контроля и самоконтроля;
- заместительные формы терапии и др.

Все средства и методы лечения табакокурения и табачной зависимости разделяются на две формы: фармакологическую и нефармакологическую (CINDI Украина, 2001). Основой фармакологических методов является употребление алкалоидов Н-холиномимети-

ческого действия, которые имеют заместительный эффект. Подобно никотину они обеспечивают вытеснение алкалоида табака из его связей с биохимическими субстратами организма. К ним относятся цитизин, лобелин, анабазин (Р.Д.Сафаев,2009).

Другое направление заключается в подборе средств, которые имитируют действие никотина, входящего в состав табачного дыма. К ним относятся жевательная резинка с никотином (никоретте) и никотин в растворе, никотин для трансдермального употребления.

Ряд ученых ведут активный поиск и разработку эффективных лекарственных средств, направленных на помощь в отказе от курения. Создана никотиновая вакцина, действие которой заключается в том, что иммунная система курильщика начинает вырабатывать антитела, которые связывают поступающий в кровоток никотин, не позволяя ему проникнуть в мозг и реализовать свой эффект. Таким образом, выкуренная сигарета перестает облегчать симптомы абстиненции и приносить удовольствие.

Однако ранние клинические исследования пока не подтверждают, что вакцина будет достаточно эффективной для полного отказа от курения.

Недавно появился новый фармацевтический препарат варениклин, специально разработанный для отказа от курения. Его действие основано на полном блокировании активации никотином системы синтеза никотина, которая лежит в основе развития эффекта получения удовлетворения от курения с последующим формированием зависимости (В.Г. Кукес, В.Ф.Маринин, Е.В. Гаврисюк, 2009).

Особое место занимают препараты, при назначении которых процесс курения табака сопровождается неприятными ощущениями в виде сухости во рту, изменением вкуса табачного дыма, головокружением, тошнотой, и таким образом внушается и закрепляется отвращение (аверсия) к табаку. К таковым относятся раствор азотнокислого серебра, медного купороса для полоскания рта, танин, эметин.

Сегодня все шире в терапии табачной зависимости применяется фитотерапия (препарат валербе, который содержит валериану, а также препараты, которые содержат ферменты, витамины группы В и др.).

К нефармакологическим видам лечения табачной зависимости относятся: метод выработки отвращения к курению путем “быстрого курения”; нанесение электрического разряда в момент вытягивания сигареты из пачки; контролируемое снижение количества выкуренных сигарет.

В эту группу входит применение психотерапии, гипноза, рефлексотерапии.

Из числа больных с синдромом зависимости, вызванным употреблением табака, только незначительная их часть способна самостоятельно отказаться от курения. В то же время, короткие ремиссии, частые рецидивы, которые присущи этому заболеванию, значительно осложняют решение проблемы курения таба-

ка среди населения. Несмотря на многочисленность средств и способов лечения, эффективность терапии синдрома зависимости, вызванного употреблением табака, остается до настоящего времени очень низкой. После лечения у значительной части больных наступает рецидив. В связи с этим проблемы поддержания длительной ремиссии, предупреждения рецидивов курения приобретают актуальное значение (В.Г. Сойникова, 2003).

Для того, чтобы наглядно увидеть изменения, происходящие с организмом после отказа от курения, Американское общество по борьбе с раковыми заболеваниями создало шкалу с ключевыми временными периодами, демонстрирующими эти изменения, а именно через 20 минут, прошедших с момента выкуривания последней сигареты, организм начинает процесс восстановления; давление и пульс стабилизируются и приходят в норму; улучшается циркуляция крови, температура конечностей (кистей рук и ступней ног) возвращается к норме.

Примерно через 8 часов после отказа от курения уровень оксида углерода в крови падает, а уровень кислорода существенно увеличивается. Курение препятствует нормальному функционированию мозга и мышц за счет снижения уровня кислорода до минимального уровня. Так называемое «дыхание курильщика» (неприятный запах из ротовой полости, хрипы, кашель) становится менее выраженным.

Через 24 часа тело функционирует в практически нормальном режиме. Отказ от курения в течение 24 часов уменьшает ваши среднестатистические шансы на сердечный приступ и повышает пережить его, если он все-таки случится. Уровень оксида углерода крови окончательно приходит в норму. Слизь и токсичные инородные вещества, накопившиеся за время вредной привычки, начнут выводиться из легких, дышать станет гораздо легче. Нервные окончания, поврежденные в процессе курения, начнут восстанавливаться.

Через 72 часа бронхиолы станут менее напряженными, процесс дыхания станет более свободным. Уменьшится риск тромбообразования, свертываемость крови придет в норму. 0-2 недель до 3 месяцев воздержание от курения, жизненная емкость легких увеличится на 30%.

С восстановлением функционирования легких уменьшится риск развития простудных и инфекционных заболеваний.

Спустя год без никотина риск кардиологических заболеваний уменьшается вдвое по сравнению с курильщиками.

Через 2 года без сигарет риск сердечного приступа снижается до обычного уровня.

Через 5 лет после отказа от вредной привычки бывший курильщик, на чью долю приходилась в среднем пачка сигарет в день, в два раза снижает риск смерти от рака легких. Риск развития рака ротовой полости, горла или пищевода также снижается в два раза по сравнению с показателями среднестатистического

курильщика.

Примерно через 10 лет с момента отказа от вредной привычки показатель вероятности смерти от рака легких находится на том же уровне, что и у некурящего человека. Риск возникновения других раковых заболеваний, таких как рак почек, поджелудочной железы и мочевого пузыря заметно снижается.

После 15 лет с момента выкуривания последней сигареты риск возникновения сердечных заболеваний соответствует показателям некурящего человека.

Табак и употребление его человеком имеет очень богатую историю, и человечество должно приложить все усилия, чтобы эта история была как можно короче, ведь от этого зависит будущее нашей планеты.

Литература:

1. Доклад о политике по борьбе против табака в Европейском регионе. – Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002. – 64 с.
2. На пути к Европе без табака. Доклад о политике по борьбе против табака в Европейском регионе, 1997-2001 гг. Пресреализ ЕРБ ВОЗ 02/02, Копенгаген и Варшава, 15.02.2002 г. // Главный врач. – 2002. – № 3. – С. 11-12.
3. Холмогорова Г.Т. В XXI век без табака «Профилактика заболеваний и укрепление здоровья». – 1999. – Т2, № 5. – С. 39-42.
4. Смирнов В.К. Клиника и терпение табачной зависимости. – Москва: ООО «Союзинформбиология «Калина», 2000. – 96 с.
5. Сосин И.К. Табакокурение как клиническая разновидность ингаляционной токсикомании // Международный журнал (Харьков). – 1998. – Т4 - №3. – С. 99 – 103.
6. Новый психотерапевтический подход в терапии табачной зависимости / С.И. Табачников, Л.А. Глуценко, О.А. Панченко, И.И. Мясникова // «Медико-социальные аспекты охраны психического здоровья». Тез. докл. Всесоюзная конференция. – Томск, 1991. – Т.1. – С.196.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТЮТЮНОПАЛІННЯ І ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ (огляд літератури)

I.S. Rytkis, O.V. Hurkova, A.V. Chenska, V.G. Soynikova

У статті наведені дані розповсюдженості та поширеності тютюнопаління та тютюнової залежності в Україні та за кордоном, а також методи терапії.

Ключові слова: тютюнопаління, тютюнова залежність, розповсюдженість, фактори ризику

ACTUAL PROBLEMS OF TOBACCO SMOKING AND TOBACCO ADDICTION (literature review)

I.S. Rytkis, O.V. Hurkova, A.V. Chenska, V.G. Soynikova

The data of prevalence and abundance of tobacco smoking and tobacco addiction in Ukraine and abroad and also methods of therapy are represented in this article.

Keywords: tobacco smoking, tobacco addiction, prevalence, risk factors

УДК [616.89-008.441.13+616.89-008.441.3]-08-084

С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Г.А. Пріб, Г.Є. Трофімчук, Т.В. Синіцька

РЕЗУЛЬТАТИ АПРОБАЦІЇ УНІФІКОВАНОЇ КАРТИ ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ ІЗ ХІМІЧНОЮ ТА НЕХІМІЧНОЮ АДИКЦІЯМИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: хімічна та нехімічна адикції, апробація уніфікованої карти обстеження

В останній період залежність від алкогольних напоїв та азартних ігор стала однією з серйозних соціальних і медичних проблем у суспільстві, як в Україні, так і за кордоном. Виявлено, що серед науковців існує суперечливість поглядів на залежність від алкоголю та азартних ігор. До теперішнього часу немає повного опису клінічної картини поєднаної алкогольної з ігровою залежністю, варіантів перебігу, синдрому патологічного потягу до них. Показників якості життя та соціального функціонування осіб із подвійною залежністю не досліджено, а комплексні, лікувально-профілактичні програми для різних категорій осіб з поєднаною залежністю від алкоголю та азартних ігор взагалі відсутні.

Літературні дані стосовно даного нозологічного поєднання свідчать про те, що алкогольна та ігрова

залежності є спорідненими розладами, які часто комбінуються або взаємозаміщуються, демонструючи біологічну спорідненість різних хвороб залежної поведінки [1-2], являючи собою розлади адиктивного спектру, вони формуються у осіб зі специфічною особистісною структурою (поєднання психічного інфантілізму, прогностичної некомпетентності, певних типів акцентуацій характеру та ін.) [3-5]. Важливим фактором у їх формуванні є спадковість, обтяжена хворобами залежної поведінки. У гемблерів, що не страждають на алкогольну залежність, вельми часто наголошуються яскраві особливості реакції на прийом спиртного [6-8]. Початок систематичної гри часто пов'язаний з алкоголізацією (або її повним припиненням). В цілому ігрова залежність за наявності супутнього алкоголізму має

курильщика.

Примерно через 10 лет с момента отказа от вредной привычки показатель вероятности смерти от рака легких находится на том же уровне, что и у некурящего человека. Риск возникновения других раковых заболеваний, таких как рак почек, поджелудочной железы и мочевого пузыря заметно снижается.

После 15 лет с момента выкуривания последней сигареты риск возникновения сердечных заболеваний соответствует показателям некурящего человека.

Табак и употребление его человеком имеет очень богатую историю, и человечество должно приложить все усилия, чтобы эта история была как можно короче, ведь от этого зависит будущее нашей планеты.

Литература:

1. Доклад о политике по борьбе против табака в Европейском регионе. – Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002. – 64 с.
2. На пути к Европе без табака. Доклад о политике по борьбе против табака в Европейском регионе, 1997-2001 гг. Пресреализ ЕРБ ВОЗ 02/02, Копенгаген и Варшава, 15.02.2002 г. // Главный врач. – 2002. – № 3. – С. 11-12.
3. Холмогорова Г.Т. В XXI век без табака «Профилактика заболеваний и укрепление здоровья». – 1999. – Т2, № 5. – С. 39-42.
4. Смирнов В.К. Клиника и терпение табачной зависимости. – Москва: ООО «Союзинформбиология «Калина», 2000. – 96 с.
5. Сосин И.К. Табакокурение как клиническая разновидность ингаляционной токсикомании // Международный журнал (Харьков). – 1998. – Т4 - №3. – С. 99 – 103.
6. Новый психотерапевтический подход в терапии табачной зависимости / С.И. Табачников, Л.А. Глуценко, О.А. Панченко, И.И. Мясникова // «Медико-социальные аспекты охраны психического здоровья». Тез. докл. Всесоюзная конференция. – Томск, 1991. – Т.1. – С.196.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТЮТЮНОПАЛІННЯ І ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ (огляд літератури)

I.S. Rytkis, O.V. Hurkova, A.V. Chenska, V.G. Soynikova

У статті наведені дані розповсюдженості та поширеності тютюнопаління та тютюнової залежності в Україні та за кордоном, а також методи терапії.

Ключові слова: тютюнопаління, тютюнова залежність, розповсюдженість, фактори ризику

ACTUAL PROBLEMS OF TOBACCO SMOKING AND TOBACCO ADDICTION (literature review)

I.S. Rytkis, O.V. Hurkova, A.V. Chenska, V.G. Soynikova

The data of prevalence and abundance of tobacco smoking and tobacco addiction in Ukraine and abroad and also methods of therapy are represented in this article.

Keywords: tobacco smoking, tobacco addiction, prevalence, risk factors

УДК [616.89-008.441.13+616.89-008.441.3]-08-084

С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Г.А. Пріб, Г.Є. Трофімчук, Т.В. Синіцька

РЕЗУЛЬТАТИ АПРОБАЦІЇ УНІФІКОВАНОЇ КАРТИ ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ ІЗ ХІМІЧНОЮ ТА НЕХІМІЧНОЮ АДИКЦІЯМИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: хімічна та нехімічна адикції, апробація уніфікованої карти обстеження

В останній період залежність від алкогольних напоїв та азартних ігор стала однією з серйозних соціальних і медичних проблем у суспільстві, як в Україні, так і за кордоном. Виявлено, що серед науковців існує суперечливість поглядів на залежність від алкоголю та азартних ігор. До теперішнього часу немає повного опису клінічної картини поєднаної алкогольної з ігровою залежністю, варіантів перебігу, синдрому патологічного потягу до них. Показників якості життя та соціального функціонування осіб із подвійною залежністю не досліджено, а комплексні, лікувально-профілактичні програми для різних категорій осіб з поєднаною залежністю від алкоголю та азартних ігор взагалі відсутні.

Літературні дані стосовно даного нозологічного поєднання свідчать про те, що алкогольна та ігрова

залежності є спорідненими розладами, які часто комбінуються або взаємозаміщуються, демонструючи біологічну спорідненість різних хвороб залежної поведінки [1-2], являючи собою розлади адиктивного спектру, вони формуються у осіб зі специфічною особистісною структурою (поєднання психічного інфантілізму, прогностичної некомпетентності, певних типів акцентуацій характеру та ін.) [3-5]. Важливим фактором у їх формуванні є спадковість, обтяжена хворобами залежної поведінки. У гемблерів, що не страждають на алкогольну залежність, вельми часто наголошуються яскраві особливості реакції на прийом спиртного [6-8]. Початок систематичної гри часто пов'язаний з алкоголізацією (або її повним припиненням). В цілому ігрова залежність за наявності супутнього алкоголізму має

більш виражену клінічну картину, відрізняється більшою прогредієнтністю [9-11].

Мета дослідження – за допомогою уніфікованої карти обстеження виявити характерні особливості психічної сфери осіб із хімічною та нехімічною адикціями.

Задачами дослідження були розробка та апробація уніфікованої карти обстеження осіб із хімічною та нехімічною адикціями.

Нами була розроблена спеціальна уніфікована карта обстеження осіб із хімічною та нехімічною адикціями, проведено загальний кореляційний взаємозв'язок між показниками уніфікованої карти, за блоками показників (соціально-демографічний, клініко-діагностичний, клініко-психопатологічний) у дослідженого контингенту. Для виконання даного етапу усім соціально-демографічним показникам були присвоєні коди, а саме: 002. Стать (чоловіча – 1, жіноча – 2); 003. Дата народження, повних років; 004. Домашня адреса; 005. Освіта: (початкова – 1; неповна середня – 2; повна середня – 3, середня спеціальна – 4; неповна вища – 5; вища – 6); 006. Сімейний стан: 1 – неодружений/а; 2 – одружений/а; 3 – вдівець/а; 4 – розлучений/а; 5 – одружений/а, але живуть окремо; 6 – розлучений /а, але живуть разом; 007. Кількість шлюбів, включаючи теперішній; 008. Склад сім'ї на теперішній час; 009. Відносини у сім'ї (задовільні – 1, незадовільні – 2); 010. Матеріально-побутові умови (задовільні – 1, незадовільні – 2); 011. Шкідливі звички (не має – 0; паління – 1; надмірне вживання алкоголю – 2; вживання нарко-

тичних речовин – 3); 012. В якому віці почали палити, вживати алкогольні або наркотичні речовини; 013. Місце роботи, спеціальність; 014. Стресові умови праці (ні – 0; так – 1), незначні (фізична праця, не пов'язана з частими емоційними навантаженнями та індивідуальною відповідальністю), помірні (фізична праця, пов'язана з індивідуальною відповідальністю), виражені (розумова праця, пов'язана з емоційним навантаженням та особистою відповідальністю), значно виражені (розумова праця, пов'язана з постійним емоційним напруженням і високою відповідальністю); 015. Наявність в анамнезі ЧМТ (ні – 0; так – 1);

016. Наявність в анамнезі важкого отруєння (ні – 0; так – 1); 017. Дата первинного встановлення DS. Соціальні фактори захворювання (ні – 0; так – 1); 018. Погіршення взаємовідносин у сім'ї; 019. Погіршення відношення до хворого у трудовому колективі; 020. Обмеження можливості професійного та кар'єрного зростання, вибору кращого місця роботи, досягнення більш високого положення у суспільстві; 021. Обмеження спілкування, формування відчуття ізоляції; 022. Обмеження працездатності; 023. Формування відчуття ізоляції; 024. Інші зміни соціального статусу у зв'язку з соматичним захворюванням. Тіснота внутрішньогрупових взаємозв'язків між показниками соціально-демографічного блоку уніфікованої карти відображено у таблиці 1.

Представлені у таблиці 1 дані свідчать, що існує позитивний кореляційний зв'язок між усіма показниками. Встановлені негативні (зворотні) кореляційні зв'язки у даному блоці, які заперечували статистичний

Таблиця 1

Тіснота кореляційних зв'язків між показниками соціально - демографічного блоку уніфікованої карти

Код	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013
002	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
003	0,79	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
004	0,78	0,92	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–
005	0,87	0,89	0,81	X	–	–	–	–	–	–	–	–
006	0,69	0,93	0,77	0,74	X	–	–	–	–	–	–	–
007	0,81	0,91	0,77	0,73	0,82	X	–	–	–	–	–	–
008	0,62	0,69	0,87	0,80	0,81	0,88	X	–	–	–	–	–
009	0,65	0,91	0,86	0,61	0,66	0,76	0,83	X	–	–	–	–
010	0,66	0,95	0,68	0,63	0,67	0,77	0,65	0,88	X	–	–	–
011	0,79	0,88	0,75	0,72	0,75	0,72	0,77	0,79	0,70	X	–	–
012	0,69	0,93	0,89	0,68	0,77	0,89	0,68	0,77	0,89	0,68	X	–
013	0,87	0,80	0,77	0,69	0,93	0,87	0,80	0,69	0,93	0,87	0,80	X
Код	014	015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	–
014	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
015	0,71	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
016	0,78	0,70	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–
017	0,79	0,91	0,69	X	–	–	–	–	–	–	–	–
018	0,89	0,88	0,83	0,82	X	–	–	–	–	–	–	–
019	0,70	0,983	0,76	0,71	0,74	X	–	–	–	–	–	–
020	0,88	0,92	0,72	0,70	0,81	0,68	X	–	–	–	–	–
021	0,63	0,68	0,82	0,82	0,82	0,81	0,86	X	–	–	–	–
022	0,69	0,92	0,89	0,68	0,67	0,79	0,82	0,78	X	–	–	–
023	0,69	0,97	0,69	0,66	0,60	0,72	0,68	0,81	0,98	X	–	–
024	0,76	0,82	0,77	0,74	0,71	0,71	0,70	0,72	0,71	0,88	X	–

достовірності у кількісному та якісному вимірі та вносили статистичну похибку були виключені із уніфікованої карти.

Наступним шляхом виходячи із мети та завдання даного етапу дослідження стало проведення аналізу тісноти кореляційних взаємозв'язків між показниками клініко-діагностичного блоку уніфікованої карти обстеження. Для виконання даного етапу усім показникам клініко-діагностичного блоку були присвоєні коди, а саме:

Об'єктивні критерії стану здоров'я: 025. Оцінка стану здоров'я за даними професійного огляду: 1 – здоровий, 2 – хронічні форми захворювання відсутні, але наявні функціональні зміни, часті гострі респіраторні захворювання, 3 – хронічні форми захворювання, 4 – хронічні форми захворювання з вираженим зниженням функціональних можливостей організму, 5 – інвалідність.

Загальні відомості: 026. Спадковість: 1 – невротичні стани, 2 – психопатії, 3 – біполярний розлад, 4 – реактивні депресії та психози, 5 – сенільні та пресенільні психози, 6 – маніакально-депресивний психоз, 7 – алкогольна залежність, 8 – наркотична залежність, 9 – ігрова залежність, 10 – психічні розлади судинного

генезу, 11 – інші психічні захворювання.

Вегетативні психосоматичні симптоми: (ні – 0; так – 1): 027. Розлади засинання; 028. Розлади глибини і тривалості сну; 029. Сонливість вдень; 030. Лабільність пульсу; 031. Підвищений АТ; 032. Знижений АТ; 033. Ортостатичні порушення; 034. Запаморочення; 035. Кардіалгії, дизритмії; 036. Вегетативний біль, в тому числі головний; 037. Ларингоспазм; 038. Підвищення апетиту; 039. Зниження апетиту; 040. Диспсихічні розлади; 041. Дизуричні розлади; 042. Лабільність вазомоторів; 043. Гіпергідроз; 044. Зниження лібідо; 045. Зниження потенції; 046. Розлади менструального циклу; 047. Переваження вегетативно-судинних реакцій (симпатичні – 1; парасимпатичні – 2).

Тіснота внутрішньо групових взаємозв'язків між показниками клініко-діагностичного блоку уніфікованої карти відображено у таблиці 2.

Представлені у таблиці 2 данні свідчать, що існує позитивний кореляційний зв'язок між усіма показниками клініко-діагностичного блоку уніфікованої карти. Встановлені негативні (зворотні) кореляційні зв'язки у даному блоці, які заперечували статистичній достовірності у кількісному та якісному вимірі та вносили статистичну похибку, були виключені із уніфікованої

Таблиця 2

Тіснота кореляційних зв'язків між показниками клініко-діагностичного блоку уніфікованої карти

Код	025	026	027	028	029	030	031	032	033	034
025	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–
026	0,78	X	–	–	–	–	–	–	–	–
027	0,79	0,91	X	–	–	–	–	–	–	–
028	0,83	0,83	0,88	X	–	–	–	–	–	–
029	0,64	0,98	0,75	0,71	X	–	–	–	–	–
030	0,88	0,92	0,74	0,73	0,81	X	–	–	–	–
031	0,61	0,65	0,83	0,82	0,82	0,88	X	–	–	–
032	0,64	0,93	0,89	0,63	0,64	0,79	0,82	X	–	–
033	0,68	0,99	0,66	0,64	0,65	0,77	0,65	0,83	X	–
034	0,73	0,78	0,74	0,75	0,76	0,76	0,73	0,73	0,70	X
Код	035	036	037	038	039	040	041	041	043	044
035	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–
036	0,77	X	–	–	–	–	–	–	–	–
037	0,72	0,93	X	–	–	–	–	–	–	–
038	0,82	0,83	0,81	X	–	–	–	–	–	–
039	0,73	0,973	0,72	0,76	X	–	–	–	–	–
040	0,89	0,92	0,73	0,77	0,87	X	–	–	–	–
041	0,64	0,61	0,85	0,88	0,88	0,85	X	–	–	–
042	0,69	0,93	0,86	0,69	0,69	0,74	0,80	X	–	–
043	0,64	0,945	0,67	0,61	0,61	0,723	0,68	0,81	X	–
044	0,70	0,88	0,77	0,72	0,73	0,72	0,72	0,71	0,72	X
Код	045	046	047	–	–	–	–	–	–	–
045	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–
046	0,72	X	–	–	–	–	–	–	–	–
047	0,92	0,72	X	–	–	–	–	–	–	–

карти.

Наступним шляхом виходячи із мети та завдання даного етапу дослідження стало проведення аналізу тісноти кореляційних взаємозв'язків між показниками психологічного блоку уніфікованої карти обстеження. Для виконання даного етапу усім показникам психологічного блоку були присвоєні коди, а саме: 048. Преморбідні особливості особистості (гармонійна – 1; соціально-адаптована – 2; гіперстенічна – 3; тривожно-помислива – 4; ригідна – 5; емоційно-лабільна – 6; істероїдна – 7; збудлива – 8; інтровертована – 9; параноїальна – 10); 049. Тип відношення до хвороби (тривожний – 1; іпохондричний – 2; неврастенічний – 3; меланхолічний – 4; апатичний – 5; сенситивний – 6; егоцентричний – 7; паранояльний – 8; гармонійний – 9; ергопатичний – 10); 050. Тип пристосувальної поведінки (конструктивний – 1; регресивний – 2; дезадаптивний – 3; дезорганізований – 4; конфліктний – 5; аграваційно-рентний – 6); 051. Тест реактивної та особистісної тривожності Спілберга-Ханіна (РТ;ОТ); 052. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); 053. Діагностика стану агресії (Опитувальник Басса-Дарки); 054. Визначення особистісно-характерологічних акцентуацій (методика С. Шмішека);

055. Шкала загальної оцінки функціонування (в балах). Тіснота внутрішньо групових взаємозв'язків між показниками психологічного блоку уніфікованої карти відображено у таблиці 3.

Представлені у таблиці 3 дані свідчать, що існує позитивний кореляційний зв'язок між усіма показниками психологічного блоку уніфікованої карти. Встановлені негативні (зворотні) кореляційні зв'язки у даному блоці, які заперечували статистичній достовірності у кількісному та якісному вимірі та вносили статистичну похибку, були виключені із уніфікованої карти.

Наступним чином, виходячи із мети та завдання даного етапу дослідження стало проведення аналізу тісноти кореляційних взаємозв'язків між показниками нейрофізіологічного, неврологічного, соматичного блоків та ускладнень уніфікованої карти обстеження. Для виконання даного етапу усім показникам нейрофізіологічного, неврологічного, соматичного блоків та ускладнень були присвоєні диференційні коди. Тіснота внутрішньо групових взаємозв'язків між показниками нейрофізіологічного (табл. 4), неврологічного (табл. 5), соматичного блоку та ускладнень (табл. 6), уніфікованої карти.

Таблиця 3

Тіснота кореляційних зв'язків між показниками психологічного блоку уніфікованої карти

Код	048	049	050	051	052	053	054	055
048	X	—	—	—	—	—	—	—
049	0,79	X	—	—	—	—	—	—
050	0,78	0,92	X	—	—	—	—	—
051	0,87	0,89	0,81	X	—	—	—	—
052	0,69	0,93	0,77	0,74	X	—	—	—
053	0,81	0,91	0,77	0,73	0,82	X	—	—
054	0,62	0,69	0,87	0,80	0,81	0,88	X	—
055	0,65	0,91	0,86	0,61	0,66	0,76	0,83	X

Таблиця 4

Тіснота кореляційних зв'язків між показниками нейрофізіологічного блоку уніфікованої карти

Код	048	049	050	051	052	053	054	055
048	X	—	—	—	—	—	—	—
049	0,76	X	—	—	—	—	—	—
050	0,77	0,95	X	—	—	—	—	—
051	0,81	0,83	0,82	X	—	—	—	—
052	0,62	0,92	0,72	0,71	X	—	—	—
053	0,83	0,91	0,73	0,79	0,84	X	—	—
054	0,64	0,67	0,84	0,88	0,87	0,81	X	—
055	0,66	0,97	0,85	0,671	0,62	0,79	0,82	X

Таблиця 5

Тіснота кореляційних зв'язків між показниками неврологічного блоку уніфікованої карти

Код	048	049	050	051	052	053	054	055
048	X	—	—	—	—	—	—	—
049	0,66	X	—	—	—	—	—	—
050	0,77	0,91	X	—	—	—	—	—
051	0,89	0,82	0,82	X	—	—	—	—
052	0,62	0,95	0,73	0,73	X	—	—	—
053	0,88	0,88	0,74	0,74	0,88	X	—	—
054	0,63	0,63	0,85	0,85	0,89	0,82	X	—
055	0,65	0,93	0,87	0,66	0,61	0,73	0,84	X

Таблиця 6

Тіснота кореляційних зв'язків між показниками соматичного блоку та ускладнень уніфікованої карти

Код	048	049	050	051	052	053	054	055
048	X	—	—	—	—	—	—	—
049	0,77	X	—	—	—	—	—	—
050	0,78	0,95	X	—	—	—	—	—
051	0,89	0,86	0,84	X	—	—	—	—
052	0,60	0,97	0,74	0,76	X	—	—	—
053	0,82	0,98	0,76	0,72	0,89	X	—	—
054	0,63	0,69	0,84	0,81	0,88	0,86	X	—
055	0,64	0,92	0,83	0,62	0,67	0,73	0,82	X

Представлені у таблиці 6 данні свідчать, що існує позитивний кореляційний зв'язок між усіма показниками нейрофізіологічного, неврологічного, соматичного блоку та ускладнень уніфікованої карти. Встановлені негативні (зворотні) кореляційні зв'язки у даному блоці, які заперечували статистичній достовірності у кількісному та якісному вимірі та вносили статистичну похибку були виключені із уніфікованої карти.

За результатами дослідження взаємного впливу між показниками соціально-демографічного, клініко-діагностичного, психологічного, нейрофізіологічного, неврологічного, соматичного блоку та ускладнень відокремлено основні конструкції взаємозв'язків, за статистичним рівнем достовірності можна було використовувати для подальшого використання у дослідженні. Отримані за результатами досліджень кореляційні взаємозв'язки диференційовані за напрямком впливу.

Зворотній вплив – коли показники діють один на одного, що призводить до зростання або зниження їх параметрів.

Напрямок (вплив за зміною напрямку): $\uparrow\uparrow$ зростання однієї із складових зв'язку; $\downarrow\downarrow$ - зниження однієї із складових зв'язку; $\uparrow\downarrow$ - взаємний вплив із зростанням однієї та зниженням іншої складових зв'язку.

Горизонтальний або вертикальний вплив – коли показники діють один на одного посилюючи або

послаблюючи силу дії іншого.

Напрямок (вплив за силою дії): $\rightarrow\rightarrow$ - посилення дії складової зв'язку; $\leftarrow\leftarrow$ - послаблення дії складової зв'язку; $\leftrightarrow\leftrightarrow$ - взаємна дія із зростанням одної та зниженням іншої дії складової зв'язку.

Для підрахунку кореляційного взаємозв'язку за напрямком впливу розроблено схему їх кодування, яке відображено у матриці кодування взаємозв'язків таблиці 7. З даних таблиці 7 видно, що розподіл взаємозв'язків має декілька варіантів, яким відповідають формули: формула 1 – зміна показників вертикально – показників залежності від ПАР горизонтально; формула 2 – зміна показників горизонтально – показників залежності від ПАР вертикально; формула 3 – зміна показників вертикально - показників залежності від ПАР вертикально; формула 4 – зміна показників горизонтально - показників залежності від ПАР горизонтально.

Усі викладені взаємозв'язки між показниками представлені у таблиці 7 мали статистичну достовірність зв'язку ($p < 0,01$) у інших комбінаціях взаємозв'язків між показниками блоків статистично достовірних зв'язків не виявлена ($p > 0,05$).

Узагальнюючи викладений вище аналіз загальних кореляційних взаємозв'язків між показниками уніфікованої карти, за блоками показників (соціально-демогра-

Таблиця 7

Матриця класифікаційного ряду кореляційних взаємозв'язків

Класифікатор ряду	Формула							
	1		2		3		4	
	П	П1	П	П1	П	П1	П	П1
A	→	↑	↑	→	→	↑	→	↑
B	→	↓	↓	→	←	↑	→	↓
C	→	↕	↕	→	↔	↑	→	↕
D	←	↑	↑	←	→	↓	←	↑
E	←	↓	↓	←	←	↓	←	↓
F	←	↕	↕	←	↔	↓	←	↕
G	↔	↑	↑	↔	→	↕	↔	↑
H	↔	↓	↓	↔	←	↕	↔	↓
I	↔	↕	↕	↔	↔	↕	↔	↕

Примітки: 1. П – показники обстеження у межах достовірної норми.
2. П1 – показники обстеження у межах завищення значущості.

фічний, клініко-діагностичний, нейрофізіологічного, неврологічного, соматичного блоків та ускладнень) у дослідженого контингенту можна зазначити наступне:

Вивчення показників, які будуть оцінюватися за допомогою уніфікованої карти при виконанні дослідження, надало змогу розділити їх на три групи:

1. Показники, які відповідають статистичній достовірності щодо досліджуваного параметру. Данні відібрані показники відповідають меті та завданням дослідження, є чутливі щодо обстежуваного контингенту (вік, соціальний статус, та ін.). Співвідношення даних показників у блоці та їх розташування є оптимальним для отримання повних та динамічних даних щодо досліджуваного параметрів. Показник достовірності щодо чутливості між запитаннями у даній групі склав від $p \leq 0,05$ до $p \leq 0,001$;

2. Показники, які відповідають статистичній достовірності щодо досліджуваного параметру, але із середньою чутливістю до якості відповіді. Данні відібрані показники також відповідають меті та завданням дослідження, але внаслідок зниженої чутливості можуть використовуватися лише до кількісних показників обстежуваного контингенту. Співвідношення даних показників у блоці та їх розташування є достатнім для отримання даних по окремим кількісним параметрам; Показник достовірності щодо чутливості між запитаннями у даній групі склав $p \leq 0,05$;

3. Показники, які не відповідають статистичній достовірності щодо досліджуваних параметрів із низькою чутливістю до якості відповіді. Данні показники відповідають меті та завданням дослідження, але внаслідок низької чутливості не можуть використовуватися як із якісними, так й із кількісними показниками у дослідженні. Співвідношення даних показників у блоці та їх розташування призводять до статистичної похибки та є недостатніми для оцінки параметра. Показник достовірності щодо чутливості між запитаннями у

даної групі склав $p > 0,05$. Дані показники були виключені із уніфікованої карти дослідження.

Таким чином аналіз загальних кореляційних взаємозв'язків між показниками уніфікованої карти, за блоками показників (соціально-демографічний, клініко-діагностичний, нейрофізіологічного, неврологічного, соматичного блоків та ускладнень) надав змогу відокремити значущі (провідні) показники, які у наступному етапі дослідженні будуть оцінені на внутрішній зв'язок у блоці та групову відповідність щодо достовірності досліджуваного параметра.

Висновки

1. Результати аналізу загальних кореляційних взаємозв'язків між показниками уніфікованої карти (підрозділ 3.1), за блоками (соціально-демографічний, клініко-діагностичний, нейрофізіологічного, неврологічного, соматичного блоків та ускладнень) надав змогу відокремити значущі (провідні) показники.

2. Дослідження відокремлених провідних (значущих) показників уніфікованої карти (підрозділ 3.2) за блоками (соціально-демографічний, діагностичний, клініко-психопатологічний) встановило наступне:

2.1. Усі відібрані провідні (значущі) показники є показниками, які із високою вірогідністю та статистичною достовірністю відображають зміст досліджуваного параметру;

2.2. Усі відібрані провідні (значущі) показники є показниками, які із високою вірогідністю та статистичною достовірністю надають можливість якісно та кількісно оцінити досліджуваний параметр, включаючи оцінювання параметра на недостовірність «неправдива відповідь»;

2.3. Усі відібрані показниками у внутрішньо блоковому розташуванні не викликають труднощів у застосуванні, є логічними та статистично достовірними, що нівелює похибку при статистичній обробці отриманих даних блоку;

2.4. Усі відібрані провідні (значущі) показники є показниками, які у міжблоковому співвідношенні є логічного побудовані, статистично достовірними, що нівелює виникнення похибки при статистичній обробці отриманих даних карти.

3. Остаточний варіант уніфікованої карти обстеження осіб із хімічною та нехімічною адикціями (на моделі алкогольної та ігрової залежностей) є апробованим дослідницьким інструментом, побудованим на аналізі виявлених загальних кореляційних взаємозв'язків між дослідженими показниками за блоками із відокремленням значущих (провідних) показників.

4. Відібрані методики експериментально-психологічного дослідження є невід'ємною складовою уніфікованої карти, яка була апробована, на відповідність меті та завданням дослідження. Уніфікована карта та методична батарея експериментально-психологічних методик є єдиним інструментом, який розроблений на основі принципів доказової медицини, що дозволяє застосовувати його у науковому дослідженні як діагностичний та клінічний інструмент із метою вивчення та з'ясування ролі соціальних і демографічних факторів, чинників ризику, а також параметрів якості життя у різних категорій пацієнтів із поєднаними алкогольною і ігровою залежностями.

Література:

1. Бухановский А.О. и соавт. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Пособие для врачей. - Ростов-на-Дону, 2002. - 60с.
2. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Патологический гемблинг : клинико-патогенетические аспекты // Российский психиатрический журнал – 2007- №5 - С.35-43
- Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебн. пособ. -М., МЕДпресс. -2001. - 432 с.
3. Менделевич В. Д. Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы) // Российский психиатрический журнал – 2003-№ 1 - с. 5-9
4. Постнов В.В., Дереча В.А. Духовный поиск как вариант нехимической аддикции у больных алкоголизмом в ремиссии// Новые методы лечения и реабилитации в наркологии// Сб. мат. междунар. конф. Под. общ. ред. проф. В.Д. Менделевича. – Казань, 2004. - С. 287-291
5. Тукаев Р.Д., Антипова О.С. Гемблинг : клинические варианты и подходы к психотерапии // Материалы международной конференции «Игровая зависимость: мифы и реальность». -М., 2006. - С.132-137
6. Hoyle R.H. Personality processes and problem behavior // J Pers, 2000 - Vol. 68(6). -pp. 953-66
- Orford J. Addiction as excessive appetite // Addiction, 2001 - Vol. 96(1). -pp. 15-31
7. Slutske W.S, Eisen S, True W.R. et al. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men // Arch Gen Psychiat -2000 – 57- P. 666-673
8. Zuckerman M; Kuhlman DM. Personality and risk-taking: common biosocial factors // J. Pers. -2000 - Vol. 68(6). -pp. 999-1029
9. Comings D.E., Gade-Andavolu R., Gonzalez N. et al. The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling // Clin Genet - 2001 - 60: 2 – P. 107-116.

РЕЗУЛЬТАТЫ АПРОБАЦИИ УНИФИЦИРОВАННОЙ КАРТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ И НЕХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЯМИ

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Г.А. Приб, Г.Е. Трофимчук, Т.В. Синицкая

Разработано и апробировано унифицированную карту обследования лиц с сочетанными (алкогольной и игровой) зависимостями. Даны рекомендации касательно понимания разных аспектов медико-социальной проблемы данных аддикций.

Ключевые слова: химическая и нехимическая аддикции, апробация унифицированной карты обследования

RESULTS OF APPROBATION OF UNIFYING CARD OF SURVEY OF PERSONS WITH NON-CHEMICAL ADDICTION

S.I. Tabachnikov, Ye.N. Kharchenko, G.A. Prib, G.Ye. Trofimchuk, T.V. Synitskya

Worked out and approbated the unifying card of survey of persons with combined (alcohol and gaming) addictions. Given the recommendations concerning of different aspects understanding of medical and social problems of mentioned addictions.

Keywords: chemical and non-chemical addictions, approbation of unifying survey card

УДК 616.8-085.2/.3:616-06 - 617.7:613.83

І.К. Сосін¹, О.Ю. Гончарова¹, В.В. Шаповалов (мол.)², В.В. Правдін³, В.О. Шаповалова², Ю.В. Васина², В.В. Шаповалов², М.О. Овчаренко⁴, К.В. Тіщенко³, Л.П. Олесова⁵**ІНТЕГРОВАНА ТЕРАПІЯ ОПІОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ, УСКЛАДНЕНОЇ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВНАСЛІДОК ФЕНОМЕНУ НАРКОАСОЦІЙОВАНОГО ЗЛОВЖИВАННЯ ПРЕПАРАТАМИ КОДЕЇНУ ІЗ ЛЕВОМІЦЕТИНОМ****(на моделі клінічного спостереження)**¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків²Національний фармацевтичний університет, м. Харків³ООО «Солар – Україна», м. Харків⁴Луганський обласний наркологічний диспансер, м. Луганськ⁵Харківський обласний наркологічний диспансер, м. Харків**Ключові слова:** опіоїдна залежність, кодеїноманія, Левоміцетин, ад'ювантні ефекти, ускладнення, втрата зору

За останнє десятиліття фармацевтичний ринок України значно поповнився арсеналом лікарських препаратів вільного безрецептурного доступу в аптечній мережі, до складу яких входять малі дози (8-10-15 мг) Кодеїну. Як правило, ці препарати мають досить швидку і ефективну протикашльову, протибольову, заспокійливу дію, у зв'язку з чим, користуються великим попитом у населення, особливо в періоди сезонних епідемій простудних захворювань.

Разом з тим, як свідчить наркологічна і фармацевтична практика, та наукові публікації, наявність препаратів, що містять опіоїдний наркотик Кодеїн і можливість його неконтрольованого придбання в аптеках, зумовило легку безперешкодливу реалізацію підвищеного аддикційного інтересу до них (в цілях наркотизації) наркозалежних пацієнтів, а також осіб, які первинно приєднуються до наркотиків. Тобто препаратами, які містять Кодеїн, зловживають як в рамках сформованої монозалежності ("кодеїнізм"), так і в якості доповнення при поєднаній (полінаркоманічної) залежності, наприклад, як наркотична добавка до ін'єкційного введення опіоїдів, кустарно виготовлених з екстракту макової соломки, або героїну.

Враховуючи, що дози Кодеїну в разових формах даних препаратів невеликі (тобто терапевтичні), наркозалежні для досягнення наркотичних ефектів поглинають велику кількість таблетованих форм комплексного складу, досягаючи токсичних дозувань складових препаратів. При цьому можливе передозування не тільки Кодеїну, але й інших складових комбінованих препаратів даного класу. Так, відомо, що хронічне зловживання препаратів, що містять Кодеїн, до складу яких входить також Натрію гідрокарбонат (сода), веде до важких відхилень ендоекологічного гомеостазу рідких середовищ організму.

Виявилося, що з метою посилення і хімічної пролонгації наркотичних ефектів Кодеїну, наркозалежні вдаються до одночасного їх сумісного прийому з антибіотиком Левоміцетином, незважаючи на те, що останній не має наркогенного потенціалу. Сучасна наркологія зіт-

кнулася з маловивченою проблемою кодеїнових пацієнтів, які втратили зір в результаті зловживання Левоміцетином на фоні хронічної кодеїнової інтоксикації.

Уточнення та розгадку цього феномену дає аналіз наявної наукової інформації про основні ("найбільш популярні") препарати, що містять Кодеїн (Кодтерпін, Кодеісан, Терпінкод та ін.) і їх хімічний ад'ювант ("підсилювач ефектів Кодеїну") – антибіотик Левоміцетин.

Кодеїн (Codeinum)- алкалоїд опію ("алкалоїд фенантренового ряду"). Похідні - Кодеїну фосфат (Codeiniphosphas). Синоніми: Codeinumphosphoricum, Codeinephosphate – містить 80% Кодеїну. За характером фармакологічної дії Кодеїн, як наркотичний анальгетик, близький до морфіну, але його знеболювальні властивості виражені слабкіше. Кодеїн є агоністом опіоїдних рецепторів. Всі препарати, до складу яких входить Кодеїн, володіють здатністю активно гальмувати кашльовий центр і застосовуються в медичній практиці головним чином як протикашльові засоби. Відома практика призначення Кодеїну, як седативного засобу, іноді в комбінації з іншими седативними препаратами, снодійними засобами і бромідами. Так, з Амідопірином і Анальгіном Кодеїн комбінується для посилення їх безпечності дії.

Рекомендована терапевтична доза Кодеїну для дорослих становить для прийому всередину від 0,01 до 0,03 г на прийом; дітям залежно від віку 0,0010-0,0075 г на прийом. Вища доза Кодеїну для дорослих: разова - 0,05 г, добова - 0,2 г. Форма випуску: порошок, готові таблетки, сиропи різного складу. Доза Кодеїну в різних лікарських препаратах коливається від 0,008, 0,010 до 0,015 г. Найбільш часто іншими складовими цієї групи протикашльових препаратів є: Натрію гідрокарбонат (0,25 г), Терпінгідрат - 0,25 г (або 0,30 г);

З побічних явищ, які констатуються інструкцією, найбільш небезпечним є реальна можливість препарату визивати патологічну залежність («кодеїнізм»).

Кодтерпін (Codterpinum). Це один з поширених препаратів в аптечній мережі з наявністю в його складі Кодеїну в дозі від 10 до 15 мг. До складу Кодтерпіну

входять також Терпінгідрат - 0,30 г, Натрію гідрокарбонат - 0,25 - 0,30 г. Приймають препарат як протикашльовий засіб по 1 таблетці 2 рази на день. Даний препарат має аналогічні побічні дії: тривале застосування викликає звикання (ослаблення або відсутність ефекту при повторному використанні, тобто зростання толерантності і формування пристрасті (лікарської, ятрогенної залежності - "кодеїнізму"). По даним аналізу звернень до наркологів за наркологічною допомогою, Кодтерпін користується великим попитом у наркозалежних пацієнтів, очевидно тому, що вміст у ньому Кодеїну може бути відносно вище - 15 мг в одній таблетці.

Кодеісан (Codeisan) - комбінований препарат, протикашльова дія якого зумовлена Кодеїном і компонентами що входять до його складу. Його, як і інші препарати даного класу, відносять до групи наркотичних анальгетиків. Зменшує збудливість кашльового центру і перериває рефлекс, які порушують тривалий кашель. Володіє анальгетичними та седативними властивостями. У меншій мірі, порівняно з Морфіном, пригнічує дихання, рідше викликає міоз, нудоту і запор. Посилює дію анальгетиків, снотворних та седативних препаратів. У терапевтичних концентраціях Кодеісан може викликати гіперемію шкіри і відчуття тепла, що супроводжуються підвищенням потовиділенням і сверблячкою.

До складу Кодеісану входять також Термопсису екстракт, Натрію гідрокарбонат і Корінь солодки.

Інструкція для медичного застосування Кодеісану в розділі особливих вказівок попереджає про те, що при тривалому прийомі препарату або необґрунтовано часто повторюваних курсів лікування, можливо формування наркотичної залежності, асоційованої з кодеїновою складовою.

Безумовно, негативні наслідки тривалого зловживання Кодеісаном обумовлені не тільки самим Кодеїном, але й що входять в його склад іншими активними субстанціями.

Терпінкод - також комбінований протикашльовий препарат на основі Кодеїну, який містить також традиційний Терпінгідрат, що володіє відхаркувальною дією.

Форма випуску - таблетки по 10 або 20 штук в упаковці. Склад: Кодеїну - 0,008 г; Терпінгідрату - 0,25 г; Натрію гідрокарбонату - 0,25 г;

Препарат призначають внутрішньо по 1 таблетці 2-3 рази на добу. Максимальний ефект настає через 30-60 хвилин і триває протягом 2-6 год. Максимальна тривалість лікування без консультації лікаря - 5 діб. Вищі дози Кодеїну для дорослих усередину: разова - 0,05 г, добова - 0.2 г.

Інструкція з медичного застосування препарату Терпінкод в порядку особливої вказівки, також попереджає, що тривале лікування може викликати ятрогенну залежність від Кодеїну. Препарат також відомий серед наркозалежних як легкодоступний "аптечний наркотик". На думку спеціалістів фармації, даний препарат є лідером продажу серед класу ліків, що містять Кодеїн.

Серед особливих вказівок, наявних в інструкціях з медичного застосування Терпінкоду, наголошується, що препарат за рахунок Кодеїну підсилює дію на нервову систему етанолу, а також анальгетиків, снодійних та седативних засобів.

Специфічним для зловживаючих великими дозами Терпінкодом, є ураження нирок Терпінгідратом, що проявляється у вигляді токсико-алергічного інтерстиціального нефриту. Також терпінгідрат викликає алергічні реакції у вигляді уражень шкіри.

Є також не менш важливі вказівки про те, що при одночасному прийомі з Левоміцетином сповільнюється біотрансформація Кодеїну в печінці, продовжується дія Кодеїну.

В аптечній мережі у вільному (безрецептурному) доступі є безліч інших препаратів, у т.ч. і в формі сиропів, до складу яких входить Кодеїн. Препарати відносяться до списку Б. Більшість препаратів дозволені до застосування в якості засобів без рецептурної відпустки. Разом з тим, у ряді країн намітилася тенденція - віднесення препаратів із Кодеїном до переліку комбінованих наркотичних засобів, що підлягають відпуску в аптечних установах за рецептами лікаря.

Слід зазначити, що для наркозалежних споживачів препарати, які містять Кодеїн, є взаємозамінними.

Левоміцетин (Laevomycetinum), один з синонімів - Хлорамфенікол. Є антибіотиком широкого спектру дії. Механізм антимікробної дії Левоміцетину пов'язаний з порушенням синтезу білків мікроорганізмів. Лікарська стійкість до препарату розвивається досить повільно, при цьому, як правило, перехресної толерантності до інших хіміотерапевтичних засобів не виникає.

Левоміцетин легко всмоктується з шлунково-кишкового тракту. Після прийому всередину максимальна концентрація в крові створюється через 2-3 години; протягом 4-5 годин після одноразового прийому лікувальної дози в крові зберігається терапевтично активна концентрація, потім відбувається значне зниження концентрації. Препарат добре проникає в органи і рідини організму та через гематоенцефалічний бар'єр.

Є докази, що концентрація Левоміцетину при призначенні його всередину створюється (депонується) в скловидному тілі (прозорій масі, яка заповнює порожнину очного яблука), рогівці (прозорій оболонці ока), райдужній оболонці, водянистій волозі ока; у кришталік препарат не проникає. Дана обставина, можливо, має причетність до патогенезу дискретної втрати зору у хворих на опіюїдну залежність, асоційованої з тривалим ад'ювантним зловживанням Левоміцетином.

Левоміцетин виводиться переважно з сечею, головним чином у вигляді неактивних метаболітів (продуктів обміну); частково - з жовчю і калом. В кишечнику під дією кишкових бактерій відбувається гідроліз (розкладання за участю води) Левоміцетину з утворенням неактивних метаболітів.

Показанням до застосування є широке коло інфекційних захворювань. Левоміцетин застосовують внутрішньо в таблетках і капсулах, місцево - у вигляді

водяних розчинів і мазей. Усередину у вигляді таблеток або капсул приймають зазвичай за 30 хвилин до їжі (у разі нудоти або блювоти - через годину після їжі). Разова доза для дорослих - 0,25-0,5 г, . добова - 2 г. В особливо важких випадках можна призначати препарат в дозі до 4 г на добу (під суворим наглядом лікаря і контролем за станом крові і функцією нирок). Добову дозу таблеток і капсул приймають в 3-4 прийоми. Таблетки тривалої дії призначають тільки дорослим: у перші дні хвороби по 1,3 г (2 таблетки 2 рази на день). Курс лікування Левоміцетином становить 7-10 днів. За показаннями можна, за умови доброї переносимості і відсутності змін у кровотворній системі, продовжити лікування до 2 тижнів.

Слід враховувати, що Левоміцетин може мати токсичний шкідливий вплив на кровотворну систему. Важкі ускладнення з боку кровотворної системи найчастіше пов'язані із застосуванням великих доз Левоміцетину і з тривалим прийомом.

Великі дози Левоміцетину протягом тривалого застосування надають токсичне ураження нервової системи, психомоторні розлади (психомоторне збудження - підвищена рухова і мовна активність, яка, як правило, змінюється зворотною реакцією), сплутаність свідомості, головний біль, периферичні полінейропатії, порушення психіки; при тривалому застосуванні може викликати неврит зорового нерву з загрозою втрати зору. Аналогічні ускладнення, як наслідок левоміцетинової інтоксикації, реєструються і відносно слуху.

Левоміцетин блокує печінкові ферменти, які метаболізують опіоїди, зокрема, Кодеїн, тим самим, збільшуючи його період напіввиведення.

Друга категорія ускладнень характеризується, крім зазначених вище симптомів, наявністю токсичного гепатиту.

Враховуючи викладене, клінічне застосування Левоміцетину в даний час фахівці рекомендують обмежувати, уникати, по можливості, повторних курсів лікування. Пропонується для зменшення побічних явищ по ходу лікування Левоміцетином і після його закінчення превентивне введення вітамінів групи В і Нікотинової кислоти, призначення також Димедролу по 0,025-0,050 г на прийом 3 рази на день.

Таким чином, всі комбіновані лікарські препарати на основі Кодеїну, володіють наркотичними властивостями, спроможні викликати кодеїнову залежність (кодеїнізм). Додавання наркозалежними в свої індивідуальні схеми наркотизації Левоміцетину пояснюється їх прагненням підсилити і пролонгувати ефекти Кодеїну, утримуючись при цьому на колишній дозі Кодеїну і навіть знижуючи її.

Враховуючи дозо- і хронозалежні ефекти і ускладнення вживання Кодеїну і Левоміцетину, лікування опіоїдної залежності, ускладненої нейроофтальмологічною патологією внаслідок феномену наркоасоційованого зловживання препаратами Кодеїну із Левоміцетином, повинно бути інтегрованим та охоплювати основні патогенетичні ланцюги даної модифікованої

форми аддикції. Дана проблема і була ідентифікована в якості творчої задачі при розробці нашої корисної моделі.

Тактика і стратегія лікування кодеїнової наркоманії на етапі зняття синдрому відміни базується на тому, що Кодеїн є опіоїдом, а тому на дану форму залежності можуть екстраполюватися відомі в наркології препарати і схеми фармакологічної і еферентної немедикаментозної детоксикації, які є традиційними в клінічній наркології і застосовуються при опіоїдній залежності.

Сучасні підходи до лікування синдрому відміни опіоїдів, (в т.ч. кодеїну) і коморбідних сомато-неврологічних ускладнень базуються на використанні комплексної диференційованої фармакотерапії, спрямованої на основні патогенетичні ланки цієї гострої патології та даної форми наркотичної залежності. В комбіновану терапію включаються плазмозаміщуючі детоксикаційні розчини для крапельного введення, вітамінотерапія, гепатопротектори, серцеві та анальгетичні засоби, транквілізатори, снодійні, антидепресанти, нейролептики [2].

Застосовується також комбіноване традиційне медикаментозне лікування абстинентного синдрому при опіоїдній залежності, яке доповнюється парентеральним введенням б-адреноблокатора Пірроксану, в разовій дозі 15-45 мг. Таблетована форма препарату діє повільніше, але має більш сильну переважно соматовегетативну і нормалізуючу потяг дію. [1]. Недоліком методу є необхідність контролю за артеріальним тиском в процесі лікування: підвищення систолічного тиску вище 130-140 мм в абстиненції - показник для відміни препарату, оскільки свідчить про перенапруженні виснаженою симпатичної іннервації

Ряд авторів рекомендують ультрашвидку детоксикацію при синдромі відміни опіоїдів під загальною анестезією [3]. Метод ефективний, але передбачає призначення підвищених доз антагоністів опіоїдних рецепторів (налоксону, налтрексону), що пов'язане з певним ризиком ускладнень. До недоліків ультрашвидкої детоксикації відноситься також неможливість прискореної елімінації депонованої в організмі наркотичної речовини.

Добре зарекомендувала себе комплексна нанотехнологічна детоксикація при опіоїдній залежності (на етапі купірування синдрому відміни опіоїдів) методом мембранного плазмафезу і фармакологічної терапії. Цей метод відрізняється тим, що з метою прискореної і якісної елімінації токсичних речовин, підвищення клінічної ефективності та скорочення терміну лікування, здійснюють мембранний плазмафез 1 - 2 сеанси з інтервалом в 3 дні (наприклад, за допомогою апарату "Гемофенікс" і мембранного фільтру "Роса", пори якого в діаметрі не перебільшують 400 нанометрів) з обсягом дозованої ексфузії плазми крові в об'ємі від 600,0 до 1000,0 мл, а через 12-14 годин, при рецидивуванні болючого синдрому та інших ознак синдрому відміни, додатково проводять контактну-компресійним способом (1 раз на день, на протязі 3-5 днів) трансдермальне опромінюван-

ня локальних болючих зон і крапок акупунктури, комбінованою магнітно-лазерною методикою з параметрами: експозиція на одну крапку - 2 - 2,5 хв., 4 - 6 крапок на один сеанс, загальна експозиція 10 - 12 хв., діапазон лазерного опромінювання - інфрачервоний, довжина хвилі 860 - 890 нм, (0,86-0,89 мкм), потужність 5-10 мВт, магнітна індукція 40 - 50 мТл. [4].

До недоліків відомих методів відноситься той факт, що вони не враховують нерідкі випадки поєднаного зловживання препаратами на основі Кодеїну з Левоміцетином. Останній блокує печінкові ферменти, які метаболізують Кодеїн, що значно підсилює і пролонгує (Кодеїну) кодеїнові наркотичні ефекти. А оскільки дана форма наркотизації з використанням наркоасоційованої комбінації (Кодеїн + Левоміцетин) продовжується тривалий час, то у наркозалежних виникають важкі ускладнення у вигляді втрати зору. Відомо, що Левоміцетин вибірково кумулюється в скловидному тілі ока з можливою втратою зору при досягненні мегадоз антибіотику Левоміцетину. Очевидно, що в патогенезі формування сліпоти бере участь запальний, а потім і дегенеративний (демієлізація) процес в зорових нервах як наслідок хронічної кодеїнової і левоміцетинової інтоксикації в рамках адикції, а також втратою прозорості оптичних середовищ ока.

Терапевтично адекватним також вважається метод лікування залежності від комбінованих фармацевтичних препаратів, до складу яких входить Кодеїн [5], який передбачає здійснення диференційовані комплексної медикаментозної схеми: по-перше, традиційне застосування анальгетиків, нейролептиків, антидепресантів, снодійних, ноотропних препаратів у великих дозах, ін'єкції вітамінних препаратів, гепатопротектори, антагоністи опійних рецепторів, і, по-друге, на фоні цієї терапії вводиться розчин Унітіолу. При даній терапії купірування синдрому відміни настає на третій неділі активного лікування. Отже, недоліком слід вважати доволі тривалий термін лікування та короткочасні ремісії у більшості випадків.

Наш спосіб, який базується на застосуванні комбінованого терапевтичного впливу на фоні традиційної детоксикаційної терапії, включає:

1. Мембранний плазмаферез (апарат "Гемофенікс", мембранний фільтр "Роса"), один сеанс у три дні, на курс 2-5 сеансів з ексфузією за кожен сеанс від 600 до 1000 мл плазми. Безпосередньо у зв'язці з мембранним плазмаферезом, на етапі премедикації (тобто до плазмаферезу), а також після даної процедури, щодня вводили 5% розчин Піридоксину гідрохлорид (вітаміну В₆) у дозі 2,0 мл внутрішньом'язово або внутрішньовенно, протягом від 10 до 15 днів.

2. Капіляростабілізуючий засіб L-лізину есцинат в ампулах: 0.1% 5-10 мл на 100,0 мл Натрію хлориду 0,9% внутрішньовенно крапельно, одноразово на добу. Термін застосування препарату - 5-8 діб.

3. Трансorbitальний лікарський електрофорез (за Бургіньоном) 2,5% розчину Тіаміну бромід (вітаміну В1) з аноду, експозиція 15-20 хвилин, щоденно; курс

10-12 процедур.

4. Ретінолу ацетат (вітамін А), перорально по одній капсулі 3 - 4 рази щоденно, курс 7-10 днів; лікувальні дози від 15000 МО до 20000 МО на добу.

5. У проміжках між введенням лікарських препаратів та прийомом їжі призначається ентеросорбент Атоксіл (Кремнію діоксид), добова доза якого в приготуванні extempore на воді суспензії становить 10-12 г, яку розподіляють на 3 - 4 пероральних прийоми, курс - 3-5 днів.

Мембранний плазмаферез в передбачуваному Способі терапевтично інтегрується з Піридоксином і відповідає багатьом завданням детоксикації при тривалому поєднаному зловживанні Кодеїном і Левоміцетином. Мабуть, це один з інтенсивних способів виведення з організму і знешкодження депонованого Левоміцетину. Відомо також, що зменшення концентрації препарату в крові можливо шляхом гемосорбції.

Вітамін В₆ даної комбінованої терапії розглядається як антидот при токсичному впливі Левоміцетину. Встановлено, що Піридоксин ефективний при тривалому застосуванні Левоміцетину для попередження і лікування офтальмологічних ускладнень. Піридоксин збільшує діурез і підсилює дію діуретиків. Враховуючи те, що вітаміни В₁ і В₆ з лікувально-ін'єкційної (маніпуляційної) технології не можна змішувати, вітамін В₁ вводиться електрофоретичним шляхом, а вітамін В₆ - внутрішньом'язово або внутрішньовенно.

Вітамін А, що відноситься до жиророзчинних вітамінів, грає важливу роль в окислювально-відновлювальних процесах (внаслідок великої кількості ненасичених зв'язків), бере участь у синтезі мукополісахаридів, білків, ліпідів, широко застосовується в офтальмологічній практиці.

Атоксіл відомий як ефективний засіб при проведенні детоксикаційної терапії.

Про ефективність розробленого методу лікування свідчить наступна клінічна ілюстрація.

Пацієнт Ч.В.Л., чоловіча стать, вік 25 років. Надійшов у жовтні 2010 р. в наркологічне відділення обласного наркологічного диспансеру у супроводі матері для проходження стаціонарного лікування за рекомендацією і направленням районного нарколога.

Скарги на пов'язану із споживанням наркотиків (комбінований опіоїдКодтерпін в поєднанні з антибіотиком Левоміцетином) і підтверджену об'єктивно втрату зору (пацієнта супроводжує його мати в якості поводири), порушення сну, загальну слабкість, ("ламання" в формі генералізованих суглобово-м'язового болю), потяг до наркотичної речовини.

Анамнез життя. Народився в родині робітників, батьки розійшлися, батька не знає, виховувався матір'ю і вітчимом. Ранній розвиток без особливостей. Закінчив школу і технікум, освіта середня спеціальна, водій. В армії не служив. Працював за фахом з 19 років, "робота дуже подобалася, їздив на вантажній машині на далекі відстані, наприклад, в Тюмень, добре заробляв, але дуже сильно втомлювався".

Був засуджений за злочин у 2006 році. Курить 10-15 сигарет в день.

Туберкульоз, вірусний гепатит, алергії, цукровий діабет, венеричні захворювання заперечує. Черепно-мозкових травм не було.

Неодружений, проживає з матір'ю і вітчимою в районному центрі, в приватному будинку.

Анамнез захворювання. Наркотичні речовини (опіюїд Кодеїн, який міститься у комбінованому препараті Кодтерпін) почав вживати близько двох років тому (з 23-х років) одразу регулярно. «Почалося з того, що сильно втомився після далекої поїздки, не міг заснути, було якесь напруження - друзі порадили випити Кодтерпін. Випив кілька таблеток - спокійно заснув, вранці був бадьорий, відпочив, зміг наступного дня знову проїхати близько тисячі кілометрів. Став приймати Кодтерпін регулярно, спочатку щоб відпочити після рейсу, а потім вже і за кермом протягом дня - 5-6 таблеток, міг їхати і день, і ніч, майже не їв, жив на одних таблетках, працював без вихідних, мало спав». Протягом двох місяців виробився регулярний ритм наркотизації, толерантність зросла до 20 таблеток на добу по 5 таблеток на прийом 4 рази, перорально. Через півроку став відзначати, що 20 таблеток «вже мало», добова доза зросла до 30 таблеток Кодтерпіну, знову став «активним, багато працював, купив другу машину». Ще через кілька місяців став відзначати, що «вже звик до 30 таблеток, брак або відсутність яких сприяли прояву втоми, слабкості, порушень сну, зниження настрою, підвищеної дратівливості». Пацієнт дізнався від знайомих наркозалежних про те, що є два способи і посилення пролонгації ефекту Кодтерпіна: а) «розтерті в порошок і розчинені у воді таблетки Кодтерпіну вводять внутрішньовенно»; б) «потрібно вживати Кодтерпін разом з Левоміцетином, тоді буде довше тримати і сильніше діяти при тій же або меншій дозі Кодтерпіну». З двох «рекомендацій» пацієнт вибрав друге (Левоміцетин), категорично відмовившись від ін'єкцій, оскільки розумів, якщо він «почне колотися, стане наркоманом». Пацієнт перейшов на щоденний прийом Кодтерпіну по (30 таблеток) з Левоміцетином (10 таблеток) на добу, перорально. В результаті цього, відзначав поліпшення самопочуття, підвищення працездатності, іноді навіть на зниженій дозі Кодтерпіну («вистачало і 20 таблеток»).

У січні 2010 року мав місце епізод, коли «вранці випив звичайну дозу наркотичної речовини, вийшов на вулицю, завів машину і відчув різку слабкість в ногах і зниження зору, не зміг керувати машиною, повернувся додому «на дотик», ліг спати і проспав близько 20 годин». Після пробудження з'явився суглобо-м'язовий біль, слабкість, закладеність носа «нежить без простуди»). Гострота зору відновилася спонтанно. Перед рейсом випив 5 таблеток Кодтерпіну і 4 таблетки Левоміцетину, був в змозі керувати машиною і їхати по маршруту, протягом дня додатково вживав наркотичні речовини, всього Кодтерпіну 30 таблеток і Левоміцетину 10 таблеток, проїхав більше тисячі кілометрів без відпо-

чинку. Після чого в дорозі зробив зупинку, щоб трохи відпочити і поспати. Однак після нетривалого сну в машині відзначив повну втрату зору, слабкість в ногах. Був змушений по телефону викликати допомогу, був доставлений додому, оскільки не міг самостійно пересуватися через відсутність зору.» Думав що потрібно відіспатися», зв'язував свій стан з сильною втомою, знаходився вдома, вживав Кодтерпін і Левоміцетин регулярно, відповідно до сталого ритму наркотизації.

Через два тижні, коли стан не покращився, звернувся в офтальмологічне відділення обласної клінічної лікарні, де йому виставили діагноз: Токсичний неврит обох очей. Периферичний нейро-судинний синдром обох нижніх кінцівок. Синдром залежності від опіюїдів. VOD=0,03 н.к., VOS = 0,04 н.к. OU спокійні, правильне положення, руху в повному обсязі, середовища прозорі. На очному дні диск зорового нерву гіперемійований, межі змашені. OCT OU визначається перипаплярне збідніння нервових волокон з назального боку. Периметрія - концентричне звуження поля зору на червоний колір. Отримував в очному відділенні комплексне лікування: Неогемодез, Актотегін, Нікотинова кислота, Вазонит, Детралекс, Аскорбінова кислота, Глюкоза, Моваліс, Кортексин, Лазикс. Обстеження і лікування не було проведено в повному обсязі тому, що за порушення режиму і самовільні відходи хворого з відділення, був виписаний. Зі слів пацієнта відразу ж відновив вживання наркотиків, але в менших дозах, проте через місяць - колишній ритм наркотизації відновився. Через дев'ять місяців після лікування в офтальмологічному відділенні на наполегливе прохання матері звернувся до нарколога за місцем проживання, був госпіталізований в обласний наркологічний диспансер.

Останній прийом Кодтерпіну (10 таблеток) вчора, тобто напередодні госпіталізації, Левоміцетину 5 таблеток («знизив вдома дозу за кілька днів до надходження»).

Таким чином, на протязі двох років пацієнт щоденно в середньому приймав по 20 таблеток Кодтерпіну (- від 5 до 30 на день). 20 таблеток це 0,16 г кодеїну фосфату (у перерахунку на Кодеїн), 5 г Акватерпіну (Терпінгідрат), 5 г Натрію гідрокарбонату.

За два роки наш пацієнт прийняв приблизно 116,8 г Кодеїну фосфату (у перерахунку на Кодеїн), 3650 г Акватерпіну (Терпінгідрат), 3650 г Натрію гідрокарбонату. На протязі року щоденно приймав також по 10 таблеток Левоміцетину у середньому по 5 г (від 2,5 до 6,5 г на день), за рік приблизно 1825 г Левоміцетину.

Отже, на протязі останнього року активної наркотизації хворий прийняв 116 г Кодеїну, більш ніж 3,5 кілограми Терпінгідрату та Натрію гідрокарбонату, та майже 2 кілограми Левоміцетину.

Соматичний статус: Правильної статури, зниженого харчування. Склери ін'єктовані. Шкірні покриви і видимі слизові бліді, обличчя блідо-сірого кольору, висипу і синців немає. Слідів від самоін'єкцій немає, венозний доступ для в повному обсязі. Лімфатичні

вузли не збільшені. Дихання везикулярне, хрипів немає. ЧСС 60 хв., АТ 120/60 мм.рт.ст. При аускультативній серцеві тони чисті, ритмічні. При пальпації живіт м'який, безболісний. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 1,5 - 2 см., симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Стул і діурез в нормі.

Неврологічний стан: Зіниці D=S, фотореакція знижена, конвергенція ослаблена, слабкість правого відвідного нерва, зір практично відсутній, гострота зору різко знижена, пересувається із сторонньою допомогою. Обличчя симетричне, язик по середній лінії. Рефлекси з рук, ніг D>S. Гіпестезія на стопах і до середини гомілок. Хворий ослаблений, емоційно дратівливий.

Психічний стан: Речовому контакту доступний, орієнтований в місці, часі й власній особистості. На запитання відповідає по суті. Порушень сприйняття і мислення не виявляє, мова вповільнена по темпу, розмовляє неохоче, дратівливий. Потребує постійної допомоги поводитися (практично втратив зір). Рухомо спокійний. Критика до свого стану формальна, усвідомлює, що він наркозалежний, на лікування налаштований позитивно, оскільки вважає, що після «лікування від наркотиків», зір відновиться.

На підставі скарг, анамнестичних даних, об'єктивного огляду хворого виставлений діагноз: Синдром залежності від опіоїдів, стан відміни. Токсичний неврит обох очей.

Результати обстеження.

Клінічний аналіз крові. Гемоглобін 146 г/л, лейкоцити 3,3 г/л, ШОЕ 3 мм/год, паличкоядерні 2%, сегментоядерні 42%, еозинофіли 10%, базофіли 2%, лімфоцити 37%, моноцити 7%, цукор крові 4,2 ммоль/л.

Біохімічний аналіз крові. Білірубін: загальний 10,5 ммоль/л, прямий 2,1 ммоль/л, непрямий 8,4 ммоль/л, АЛТ 0,59 ммоль/год./л, АСТ 0,32 ммоль/год./л, ЛФ 978,4 нмоль/с/л, ГГТ 0,69 мккат/л, загальний білок 67,0 г/л, тимолова проба 0,88 од, в-ліпопротеїди 17 у.од, загальний холестерин 3,88 ммоль/л., гематокрит 43%, згортання крові 3,05 хв. - 3,35 хв. Антитіла до ВІЛ не виявлено.

Методика САН ("Самопочуття, Активність, Настрій"), відповідно, 4,7; 4,4; 3,8 бала, Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна: ситуативна тривожність 61 бал, особистісна тривожність 56 балів.

З метою детоксикації і купірування стану скасування опіоїдів проведено лікування: Реосорбілакт, Глутаргін 4%, L-лізину есцинат, Рибоксин, Пірацетам, вітаміни групи В, вітамін С, Феназепам, Сібазон, Труксал.

У перші дні абстиненції стан пацієнта погіршився, відзначалася астения, інтенсивний суглобо-м'язовий біль, особливо в гомілковостопних суглобах, зниження зору "взагалі нічого не бачу", порушення сну, закладеність носа, чхання, діарея, відсутність апетиту, зниження настрою, дратівливість, потяг до наркотиків, бажання виїхати додому. Пацієнт не приховував, що відразу ж відновить наркотизацію і "мені відразу ж стане краще".

На тлі проведеної терапії з 5 дня лікування наміти-

лася позитивна динаміка, проте стан продовжував залишатися важким, бажання перервати лікування у пацієнта не зникало. Після психотерапевтичної бесіди пацієнт дав інформовану згоду на проведення мембранного плазмаферезу, як найбільш ефективного, і безпечного методу еферентної терапії.

Проведено два сеанси мембранного плазмаферезу на апараті "Гемофенікс", з плазмофільтром "Роса" з інтервалом у три дні. Видалено сумарно 1600 мл плазми за 2 процедури (за 800 мл за кожен сеанс).

Плазмаферез здійснювався на фоні щоденного одноразового внутрішньовенного введення 5% розчину Піридоксину гідрохлорид у дозі 2,0 мл (на курс № 10); пацієнт отримав також курс лікування капіляро-стабілізуючим препаратом L-лізіну есцинат 0,1% розчин - 5 мл препарату розводили у 100 мл натрію хлорид, 0,9% розчину для ін'єкцій і вводили внутрішньовенно крапельно один раз на добу (тривалість застосування препарату у даного пацієнта - 7 діб); здійснювався трансорбітальний електрофорез (за Бургіньоном) 2,5% розчину Тіаміду бромід (вітамін В₁), з аноду, за 15-20 хв., щоденно, курс 12 процедур; призначений також Ретінолу ацетат (вітамін А), перорально по 3 рази щоденно, курс 10 днів, лікувальна разова доза 5000 МО (або 0,00275 г.), добова доза 15000 (або 0,00825). Інтегрована терапія доповнювалася ентеросорбентом Атоксил (Кремнію діоксид), добова доза якого в приготовленій extempore на воді суспензії становила 10-12 г, яку розподіляли на 3-4 перорального прийому, курс - 5 днів.

Після першого сеансу плазмаферезу вже до кінця процедури пацієнт відзначив значне поліпшення стану, з'явилося почуття апетиту, сонливість, зменшилися больові відчуття.

Біохімічний аналіз крові. Білірубін: загальний 10,5 ммоль/л, прямий 2,1 ммоль/л, непрямий 8,4 ммоль/л, АЛТ 0,47 ммоль/год./л, АСТ 0,32 ммоль/год./л, ЛФ 1174,0 нмоль/с/л, ГГТ 0,69 мккат/л, загальний білок 65,0 г/л, тимолова проба 1,1 од, в-ліпопротеїди 30 у.од., загальний холестерин 4,14 ммоль/л.

Після другого сеансу стан значно покращився, потяг до наркотичних речовин заперечував, больові відчуття куповані, сон і апетит достатні, зберігалися явища астенії, зниження настрою. Зазначив часткове відновлення зору, у відділенні почав пересуватися сам, "без сторонньої допомоги", "спочатку почав бачити світлі плями, потім силуети людей".

Черговий клінічний аналіз крові: гемоглобін 142 г/л, лейкоцити 5,3 г/л, ШОЕ 4 мм/год, паличкоядерні 3%, сегментоядерні 59%, еозинофіли 8%, базофіли 1%, лімфоцити 24%, моноцити 5%, цукор крові 4,2 ммоль/л. Біохімічний аналіз крові: білірубін: загальний 8,4 ммоль/л, прямий 2,1 ммоль/л, непрямий 6,3 ммоль/л, АЛТ 1,18 ммоль/год./л, АСТ 0,54 ммоль/год./л, ЛФ 1174 нмоль/с/л, ГГТ 0,59 мккат/л, загальний білок 67,0 г/л, тимолова проба 1,97 од, в-ліпопротеїди 42 у.од, загальний холестерин 4,6 ммоль/л.

Методика САН (“Самопочуття, Активність, Настрій”), відповідно, 6,0; 5,7; 5,6 балів, Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна: ситуативна тривожність 43 балів, особистісна тривожність 52 бали.

Виписаний на 15 день в задовільному стані, пацієнтові рекомендовано подальше спостереження у нарколога та нейроофтальмолога.

Катамнез 5 місяців. Наркотики не споживає. Мотивації повної відмови від наркотиків і здорового способу життя стійкі. Роботу шофером припинив. В даний час не працює. Зір - на тому відновленому рівні, який мав місце при виписці з наркологічного стаціонару: сторонньої допомоги при пересуванні та виконанні цілеспрямованої психомоторної активності не потребує.

Таким чином, запропонована ефективна інтегрована терапія опіоїдної залежності, ускладненої нейроофтальмологічною патологією внаслідок феномену поєднаного зловживання Кодеїну із Левоміцетином, шляхом загальноприйнятої в наркології диференційованої детоксикаційної фармакотерапії, яка поєднується з метою підвищення ефективності терапії та скорочення терміну лікування, з наступною інтегрованою терапією:

1) **мембранний плазмаферез** (на курс 2–5 сеансів) з ексфузією за кожний сеанс від 600 до 1000 мл плазми (апарат «Гемофенікс», фільтр «Роса») на фоні щоденного одноразового внутрішньом'язового або внутрішньовенного введення 5% розчину Піридоксину гідрохлорид в дозі 2,0 мл (на курс № 10–14);

2) **капіляростабілізуючий препарат** L-лізіну есцинат 0.1% розчин -5-10 мл препарату розводять у 100 мл натрію хлориду, 0,9% розчину для ін'єкцій і вводять

внутрішньовенно крапельно один раз на добу (тривалість застосування препарату становить 2-8 діб);

3) **трансorbitальний електрофорез (по Бургіню-ну)** 2,5% розчину Тіаміду бромід (вітаміну B₁), з аноду, по 15-20 хв., щоденно, курс 10-12 процедур;

4) **Ретінолу ацетат** (вітамін А), перорально по одній капсулі щоденно, курс 7–10 днів; лікувальні дози по 5000 МО 3 – 4 рази на добу (загальною добовою дозою 15000 – 20000 МО).

5) **ентеросорбент Атоксил** (Кремнію діоксид), добова доза якого в приготовленій extempore на воді суспензії становить 10-12 г, яку розподіляють на 3-4 перорального прийому, курс - 3-5 днів.

Література:

1. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. - М.: ВАТ “Издательство “Медицина”, 2008. - 640 с.
2. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. Краткое пособие. Под ред. Н.М. Жарикова. - М.: Медицина, 2000. - 352 с.
3. Сироп'ятов О.Г., Дзеружинська Н.О., Яновський С.С. та ін. Диагностика і лікування наркотичної залежності при сумісному використанні канабіноїдів та опіатів. Методичний посібник. - Київ – Сімферополь: Оріадна, 2010. - 46 с.
4. Спосіб комплексної нанотехнологічної детоксикації при опіоїдній залежності. Патент на корисну модель № 52855 від 12 липня 2010. (21) Реєстраційний номер заявки и 2010 03564. (22) Дата подання 29.03.2010. (71) Винахідники: Сосін І.К., Шаповалов В.В. (-мл), Гончарова О.Ю., Шаповалова В.О., Чуєв Ю.Ф., Шаповалов В.В., Черних В.П. (51) МПК (2009); А61М 1/36; А61Н 3900. Опубл. 10.09.2010. Бюл № 17
5. Шевцова Ю.Б. О зависимости от лекарственных средств, содержащих кодеин // Наркология. - 2007. - № 6. - С. 68-70.

ИНТЕГРИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ФЕНОМЕНА НАРКОАССОЦИИРОВАННОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ КОДЕИНА И ЛЕВОМИЦЕТИНА

(на модели клинического наблюдения)

И.К.Сосин, Е.Ю.Гончарова, В.В.Шаповалов (мл), В.В.Правдин, В.А. Шаповалова, Ю.В. Васина, В.В. Шаповалов, Н.А.Овчаренко, К.В.Тищенко, Л.П.Олесева

В работе рассмотрены вопросы повышения эффективности лечения опийной зависимости, осложненной нейроофтальмологической патологией в виде утраты зрения вследствие феномена сочетанного наркомотивированного злоупотребления Кодтерпином и Левомитсетин (на модели клинического наблюдения).

Ключевые слова: опийная зависимость, кодеиноманья, Левомитсетин, адьювантные эффекты, осложнения, потеря зрения

INTEGRATED THERAPY FOR OPIOID DEPENDENCE, COMPLICATED NEUROOFTALMOLOGICHESKOY PATHOLOGY DUE TO ABUSE DRUGS PHENOMENON NARKOASSOTSHIROVANNOGO CODEINE AND LEVOMITSETIN

(on a model of clinical observation)

I.K. Sosin, E. Yu. Goncharova, V.V. Shapovalov (j), V.V. Pravdin, V.A. Shapovalova, Y.V. Vasina, V.V. Shapovalov, N.A. Ovcharenko, K.V. Tishchenko, L.P. Olesova

The paper discusses issues of increasing the effectiveness of treatment for opioid dependence, complicated neurooфтalmologicheskoy pathology in the form of loss of vision due to the phenomenon of combined narkomotivirovannogo abuse Kodterpinom and Levomitsetin (to model the clinical observation).

Keywords: opium addiction, codein addiction, Levomicetin, adjuvant effects, complications, blinding

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.89-08-039.76

А.Е. Гатицька

ПСИХОТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ У КРУПНОМУ ЦЕНТРІ ДОНБАСУ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: алкогольна залежність, психоактивні речовини, розповсюдженість, поширеність, соматичні захворювання, комплексне лікування, психотерапія, аурикулорефлексотерапія, ефективність

Актуальність теми. Алкогольна патологія в структурі інших форм залежності від психоактивних речовин, продовжує залишатися домінуючою не тільки в Україні, але й у багатьох країнах світу (Москаленко В.Ф., Вієвський А. Н., Табачников С.І., 2000; Claude R., 2000; Волошин П.В., Минко А.І., Лінський І.В. і ін., 2001; Иванец Н. Н., 2002; Бітенський В.С., Аймедов К.В., 2002; Сосін І.К., Гончарова Е.Ю., Чуєв Ю.Ф. 2008 та ін.).

Епідемічна поширеність зловживання алкогольними напоями, його популяційна масштабність і вітальний характер складають реальну загрозу здоров'ю націй і дозволяють, на думку багатьох авторів, віднести рішення завдань по мінімізації рівня захворюваності алкогольною залежністю (АЗ) в ряд основних і таких, що мають поєднане медичне і соціальне значення (Лисицин Ю.К., Сидоров П. И., 1990; Мінко А.И., 2001; Разводовський Ю.Е., 2002; Артемчук А.П., 2005; Баркалов Б.А., 2009).

За даними експертів ВООЗ, Україна входить до числа 6 з 50 країн Європи, у яких темпи зростання числа пацієнтів із зазначеною вище нозологією неухильно прогресують. У свою чергу, згідно з результатами статистичних досліджень МОЗ України, станом на 01.01.2009 р., загальна кількість зареєстрованих осіб з АЗ склала більш ніж один мільйон.

Більш докладно всі ці дані наведено в аналітико-статистичному довіднику за період з 1990 по 2008 рр. (Лінський І.В., Мінко А.І., Дьяченко Л.І., Мусієнко Г.О., Петриченко О.О., 2009).

У свою чергу традиції, що існують (алкоголізація "із приводу", ряд соціальних факторів, масові фрустраційні стани, тривожні й депресивні розлади) відносяться до психологічних передумов зловживання алкоголем (Сосін І.К., Гончарова Е.Ю., Чуєв Ю.Ф., 2008). Спадкування АЗ від найближчих родичів підтверджено даними генеалогічних досліджень (Анохіна І.П., 2001; Москаленко В.Д., 2003).

При цьому ситуація яка склалася в нашій країні ускладнюється тим, що, по-перше, відомості офіційної статистики не повною мірою відбивають дійсне положення алкоголізації населення, а по-друге, існує незмінна диспозиція формування АЗ у вигляді

сукупності соціальних, психологічних і генетичних факторів. Серед соціальних умов виділяють фінансові труднощі громадян, відсутність соціальних гарантій і захищеності, з одного боку, а з іншого - збільшення державного й приватного виробництва, імпорту алкогольних напоїв, залежність бюджету країни від їхньої реалізації, надходження у торгівлю неякісного алкоголю, його масову наступальну рекламу, порушення правил продажу неповнолітнім (Т.Д. Бахтєєва, С.І. Табачников, Н.О. Марута, О.М. Зінченко, 2011).

Необхідно відмітити, що в Україні на сьогоднішній день відзначена також істотна трансформація ряду аспектів алкогольних проблем: зміна нозологічної структури залежності у зв'язку зі збільшенням переваги слабоалкогольних напоїв у порівнянні із традиційними міцними, чітка повсюдна тенденція до формування АЗ у молодому віці; частота залежності в осіб жіночої статі; поява терапевтично резистентних, зловживальних форм зловживання, ріст числа алкогольних психозів та інші (Сосін І.К., 2002, 2008).

Таким чином, узагальнюючи медичні й соціальні наслідки АЗ, можна відзначити, що, незважаючи на те, що офіційна статистика відбиває неповну картину явища, її дані свідчать про тенденцію до поширення зазначеного захворювання серед населення багатьох країн миру.

Парадигма соціального й медичного в проблемі АЗ вимагає системного суспільно-медичного підходу не тільки до їхньої профілактики й діагностики, що представляється важливим, але й пошуку нових ефективних шляхів лікування зазначеної категорії хворих.

Означена обставина зумовлює актуальність вибраної нами теми.

Мета дослідження. На основі соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних стадій та психодіагностичних методів дослідження розробити та впровадити в практику лікувальних закладів наркологічного профілю, а також в навчальний процес медичних вузів країни модифікаційні методи психотерапії у комплексному лікуванні хворих з

алкогольною залежністю в амбулаторних умовах в крупному промисловому центрі Донбасу.

Матеріали і методи дослідження. Відповідно до мети і завдань роботи нами було обстежено 280 чоловіків хворих на алкогольну залежність, які звернулись в Донецький медичний центр у період 2007 – 2009 рр. Основну групу склали 120 пацієнтів. У дві групи порівняння увійшли хворі з АЗ по 80 чоловік.

При цьому був застосований комплекс методів: соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, експериментально-психологічний, катамнестичний і статистичний.

Всі хворі давали інформовану згоду на лікування і заздалегідь проходили ретельне обстеження у лікарів: терапевта, невропатолога, нейрофізіолога (при необхідності), а також біохімічні дослідження (загальний аналіз крові, сечі, печінкові проби та інші). У програму дослідження були включені лише хворі, в яких відповідно до МКБ-10 був діагностований синдром алкогольної залежності (група F-10.2). Частіше по медичну допомогу пацієнти зверталися у віці від 21 року до 60 років. Аналіз соціальних і демографічних даних показує, що жителів з крупного індустріального міста, а також невеликих міст, включаючи пгт, в основній групі було 103 чоловік (85,8 %), а в двох групах порівняння (n=160) – 140 чоловік (87,5 %). У селі проживали в основній групі 17 чоловік (14,1 %), в групах порівняння – 20 чоловік (12,5 %). По рівню освіти в основній групі було з вищим – 45 чоловік (37,5 %), з середнім і середнім спеціальним – 70 чоловік (58,3 %), з неповним середнім – лише 5 чоловік (4,1 %). В той же час в групах порівняння було з вищою освітою – 52 людини (32,5 %), з середнім і середнім спеціальним 103 людини (64,3 %) і неповним середнім – 5 чоловік (3,2 %).

За загальним трудовим стажем хворі з АЗ розподілилися: до 10 років – 75 чоловік (26,7 %); до 20 років – 119 чоловік (42,5 %); до 30 років – 45 чоловік (16,0 %); до 40 років – 36 чоловік (12,8 %) і понад 45 років – 5 чоловік (1,8%).

Залежно від мотиву звернення по медичну допомогу хворі основної групи розподілилися таким чином: бажання і надія на лікування було лише у 31 пацієнта (25,8 %); у зв'язку з родинними неприємностями через пияцтво у 44 чоловік (36,7 %); через службові конфлікти – 31 чоловік (25,8 %) і у зв'язку з проблемами здоров'я – 14 чоловік (11,6 %).

Аналогічні мотиви були і в групах порівняння (n=160) відповідно: 32 чоловіка (20 %); 56 чоловік (35 %); 50 чоловік (31,2 %); 20 чоловік (12,5 %), інші причини – 2 чоловіка (1,2 %).

По родинному статусу: одружених було 135 (48,3 %); розлучених – 90 чоловік (32,1 %); неодружених – 25 чоловік (8,9 %); вдівців – 30 чоловік (10,7 %). З числа обстежених (n=280) 150 чоловік (53,6 %) лікувалися первинно, а 130 чоловік (46,4 %) – звер-

талися до лікарів наркологів і психотерапевтів неодноразово.

Для психодіагностичного, клініко-психопатологічних досліджень та вивчення емоційно-вольової сфери, використовували традиційні методики: опитувальник Ч.Д. Спілбергера (Spillberger СП.Д., 1966, 1970, 1972) - Ю.Л. Ханіна (1976, 1978; 2000), К. Леонгарда – Г. Шмішека (2000 р.), «Тип відношення до хвороби» (2003), шкалу «САН» (2001), методику В.Д. Менделєвича (2005), вироблення простіших елементів волі по Е.І. Ігнат'єву та інші.

Аналіз клінічної картини алкогольної залежності, як в основній (n=120), так і в групах порівняння (n=160) дозволив нам виділити загальні закономірності, характерні для розвитку даного захворювання. Так, більшість пацієнтів (94,3 %) вперше в житті спробували алкоголь у віці від 12 до 20 років. Систематично вживали спиртні напої досліджувані частіше у віці від 21 до 30 років. Спадковий чинник займав провідне місце серед основних причин захворювання (до 80 %). За типом спиртного напою (p<0,01), яким віддавалась перевага, на першому місці були (горілка, самогон та інші і лише одне пиво вживали тільки 24 людини (8,6 %).

Патологічний потяг до алкоголю був стрижневим синдромом алкогольної залежності і спостерігався у всіх досліджуваних хворих в 100 % випадків.

З найбільш характерних клінічних ознак в досліджуваних основної та груп порівняння, нами виділені в першу чергу: висока толерантність до спиртних напоїв (від 500,0 горілки до 2000,0 – 3000,0 і більше грам); втрата захисного блювотного рефлексу; психологічна і фізична залежність від алкоголю; запої, похмілля, похмільний синдром; знижений настрій; агресивність, амнестичні форми сп'яніння у вигляді палімпсестів, початок алкогольної деградації особи і інші (p<0,01).

Розподіл хворих з АЗ відображує переважання середньопрогресивного типу перебігу алкогольної залежності в основній групі – 80 чоловік (66,7 %) і в групах порівняння відповідно: 55 чоловік (68,8 %) і 58 чоловік (72,5 %).

В той же час, пацієнти з малопрогресивним типом течії АЗ склали: у основній групі – 40 чоловік (33,3 %) і в групах порівняння відповідно: 25 чоловік (31,2 %) і 22 чоловік (27,5 %).

Психологічні чинники грають велику роль в забезпеченні соматичного, психічного здоров'я і адаптації особи. З метою об'єктивізації даних, що відображають психологічні характеристики тих, що знаходилися під спостереженням хворих з АЗ та вибору адекватних методів психотерапії, ми провели психодіагностичні дослідження. Так, для виявлення акцентуації характеру, нами обстежені хворі основної і двох груп порівняння по методиці К. Леонгарда - Г. Шмішека (2000). Встановлено, що у всіх досліджуваних частіше наголошувалися педантичний і збудливий типи акцентуації характеру. До

того ж, в осіб з педантичним типом акцентуації характеру (основна група) спостерігали: нерішучість; постійні сумніви в результаті лікування; боязнь прийняти яке-небудь рішення; тривогу; побоювання; занепокоєння і самоаналіз. Особи із збудливим типом акцентуації характеру (38 ± 3) відрізнялися запальністю, аж до люті, злопам'ятністю, а інколи безпричинним тужливим настроєм ($P < 0,01$). Значно рідше у досліджуваних пацієнтів спостерігалися демонстративний, тривожний і застряючий типи акцентуації характеру.

Деадаптації сприяє не лише наявність акцентуації характеру, але і дисгармонійні межі особистості. При використанні методики В.Д. Менделєвича (2005) нами встановлено, що серед хворих основної групи частіше зустрічалися такі дисгармонійні межі особистості, як боязкість, песимізм, брехливість, невірність, черствість та ін. В той же час для хворих з груп порівняння характерними були: злісність; агресивність; непорядність; безсоромність; відсутність певної життєвої позиції.

Такі дезадаптивні межі особистості, як нереальне сприйняття дійсності і небажання адаптуватися до неї, наголошувалися в першу чергу у пацієнтів з ситуативною згодою на протиалкогольне лікування. У хворих основної групи з позитивною установкою на тверезий спосіб життя після проведеного комплексного лікування спостерігали: організованість; охайність; ввічливість; упевненість в собі; терплячість; ощадливість і ін.

Для дослідження рівня тривоги як стану, нами використана шкала реактивної і особистісної тривоги Ч.Д. Спілберґера – Ю.Л. Ханіна.

Отримані дані показують, що у всіх обстежених хворих (основної і двох груп порівняння) до початку лікування був високий рівень реактивної тривоги, за винятком пацієнтів із збудливим типом акцентуації, які в 38 ± 3 % випадків реагували на обставини, що склалися станом помірно вираженої тривоги. Рівень особистісної тривожності був високим майже у всіх обстежених з тривожною, емотивною, дистимічною і афективно-екзальтованою акцентуацією і більш ніж у половини хворих із застряючою акцентуацією характеру. Таким чином, показник особистісної тривоги істотно залежав від типу акцентуації характеру.

Для характеристики функціонального стану хворих нами використана шкала САН (А.Ф. Бізяєв, 2001), яка дозволяє визначити суб'єктивні показники самопочуття, активності і настрою в обстежених. Отримані дані показують, що до лікування вони були понижені у всіх хворих основної групи і груп порівняння. Але після проведеного комплексного лікування (медикаментозна терапія + психотерапія + IPT) ці показники були близькі до норми ($P < 0,01$), тоді як в групах порівняння вони практично не змінилися.

Для здобуття розгорнутої характеристики системи стосунків, пов'язаних із захворюванням, а також

цілісного типу реагування на хворобу, нами використаний опитувальник «Тип відношення до хвороби». При аналізі даних встановлено, що серед обстежених основної групи ($n=120$) частіше спостерігалися ергопатичний, obsесивно-фобічний, неврастенічний, ейфоричний і іпохондричний типи реагування на хворобу. ($P \leq 0,05$).

У групах порівняння ($n=160$) найбільше відзначали анозогнозичний, апатичний, меланхолічний, іпохондричний, параноїальний та егоцентричний типи реагування на хворобу ($P < 0,01$).

Експериментально-психологічна методика психомоторних компонентів волі заповнювали і розширювали об'єм інформації про стан психофізичних механізмів волі серед хворих основної та груп порівняння ($n=280$).

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволили нам виявити певну залежність функціонального, емоційного стану і відношення до хвороби в осіб з АЗ і виходячи з цього правильно побудувати психотерапевтичну тактику і терапевтичні підходи до комплексного лікування у даного контингенту пацієнтів.

Слід зазначити, що лікувальний процес АЗ в амбулаторних умовах має ряд своїх особливостей, обумовлених, в першу чергу, неоднорідним складом пацієнтів - від хворих з асоціальними тенденціями і кримінальним минулим до осіб з другою стадією (легкий і середній ступінь тяжкості).

У зв'язку з вищевикладеним нами розроблений і впроваджений модифікований варіант психотерапії з аурикулорефлексотерапією. При виборі методів психотерапії, найбільш важливим, на наш погляд, являється клінічний підхід з урахуванням етіології, патогенезу, нозологічної приналежності і багаторівневої терапевтичної дії.

Робота з хворими також будувалася на основі принципів системності, комплексності, індивідуальності, етапності, особових особливостей, клінічної картини захворювання, емоційно-стресової дії на організм хворого, а також короткостроковості.

Розроблений нами модифікований варіант з аурикулорефлексотерапією складався з 3-х етапів (підготовчий, основний і завершальний) з урахуванням терапевтичних завдань, що міняються, психотерапевтичної дії та спрямованості.

Перший етап (тривалість - від трьох до п'яти днів) полягав в ознайомленні з хворим і його близькими родичами (батьки, дружина, діти та ін.), відборі пацієнтів, діагностику захворювання (залежно від стадії, ступені тяжкості і з урахуванням свідчень і протипоказань для лікування), напряму на консультацію до вузьких фахівців, а також лабораторне, нейрофізіологічне (при необхідності) і психодіагностичні дослідження. Однією з умов для проведення антиалкогольного лікування було утримання

пацієнтів від прийому алкоголю не менше 3^х - 5^х

днів. Інакше ми проводили за згодою пацієнтів дезінтоксикаційну, загальнозміцнюючу, тонізуючу або гіпотензивну терапію (для хворих з артеріальною гіпертонією), а також лікування, спрямоване на усунення безсоння, тривоги, депресії і профілактики гострих алкогольних психозів. При виражених депресивних станах і тривоги в період абстиненції частіше призначали соннапакс, феназепам, амітриптілін або афобазол, гліцин з біотредіном, вітаміни групи В і С, регідрон та ін. Усі вищезгадані препарати застосовувалися нами у поєднанні з роз'яснювальною і непрямую психотерапією, а також навіюванням наяву або гіпнозом - відпочинком. Завдання психотерапії зводилися до усунення негативної емоційної реакції на пропонований метод і терміни лікування, перемикання уваги пацієнта на тверезницький спосіб життя, правильному режиму праці, відпочинку і живлення, формуванню готовності до антиалкогольного лікування.

На цьому етапі пацієнт разом зі своїми близькими родичами заповнював розроблену нами спеціальну уніфіковану карту в яку вносили дані про звичаї сім'ї і найближчого оточення, вік і обставини залучення до алкогольних напоїв, толерантності та ін.. Як правило, досліджувані хворі давали нам правильні відомості про наростання кількості вживаного алкоголю, про час переходу до міцніших алкогольних напоїв і втрати захисного блювотного рефлексу. Для діагностики АЗ уточнювали наявність або відсутність алкогольного абстинентного (похмільного) синдрому (його тяжкість, тривалість, сомато-вегетативні, неврологічні і психічні порушення). У присутності родичів виявляли характерологічні особливості пацієнта, з'ясовували, як позначається зловживання алкоголем на стосунках в сім'ї і на роботі, коли уперше хворий звернувся по медичну допомогу, а також обставини, що привели його на лікування. Після ретельного збору анамнезу, клініко-психопатологічного, експериментально-психологічного психодіагностичного обстеження здійснювали психотерапевтичну бесіду з хворими і його близькими родичами на якій роз'яснювали суть і закономірність розвитку АЗ, обговорювали соматичні, неврологічні і психічні ускладнення при цьому захворюванні, а також особові і соціальні проблеми.

Особливу увагу звертали на згубний вплив алкоголю на статеву сферу і потомство, на те, що пияцтво робить людину схильною до захворювань і сприяє швидшому старінню, скорочує життя. Підкреслювали, що алкоголізм руйнує сім'ю і неминуче призводить до втрати поваги оточення, вказували хворому на виявлені у нього ознаки АЗ, а також порушення з боку внутрішніх органів і нервової системи, внаслідок зловживання алкоголем. При цьому переконували пацієнта в тому, що наявні у нього симптоми, безумовно, свідчать про АЗ і в зв'язку з цим про необхідність лікування. Під час бесіди коротко давали інформацію про метод ліку-

вання, пояснювали основні цілі і завдання терапії. Відмічали, що для проведення лікування потрібна його добровільна згода. Індивідуальну роз'яснювальну психотерапію проводили диференційовано з урахуванням характерологічних особливостей хворого, клініки алкогольної залежності і його терапевтичної установки.

На другому етапі (3-10 днів) лікувальний процес хворим основної групи (n=120 чоловік) розпочинали з проведення їм модифікованого нами варіанту психотерапії у поєднанні з аурикулорефлексотерапією та емоційно-вольовим тренуванням (ЕВТ). Пацієнтам першої групи порівняння (n=80 чоловік) проводили тільки психотерапію, а другій (n=80 чоловік) - аурикулорефлексотерапію.

Сеанс ЕСП основній групі проводили на високому емоційному рівні шляхом використання коротких емоційних фраз, висловлених безапеляційно.

На цьому етапі застосовували телісно-орієнтовану психотерапію з продовженням імперативної сугестії та оволодіння ЕВТ. Це дозволяло нам досягти формування стійкої домінанти на свідомо-несвідомому рівні з потужними емоційно-вегетативними корелятами. В процесі навіювання блокували патологічний потяг до алкоголю з метою формування стійкої поведінкової програми утримання від алкоголю.

Після проведення психотерапії кожному досліджуваному хворому основної групи (n=120) які були у віці від 20 до 70 років, вводили в нульові точки обох вушних раковин одноразові П-образні виготовлені нами магнітні голки (патент на корисну модель № 41251 від 12.05.2009 р. та № 43138 від 10. 08.2009 р.), які мають один гострий кінець і занурювали їх до початку дуги, а друга гілка голки залишалася лежати на поверхні шкіри, після чого покривали її лейкопластиревою наклейкою тілесного кольору. Введені голки залишали у вушній раковині на 3-10 днів.

Витягувалися голки самим пацієнтом згідно нашої інструкції або їх близькими родичами. Поверхню вушних раковин вони протирали перекисом водню.

Завершальний етап (3-11 місяців) був спрямований на закріплення установок тверезості, проведення підтримувальних сеансів терапії пацієнтам що знаходилися в ремісії.

Основними завданнями цього етапу було: адаптація пацієнта до реальних життєвих умов; зміцнення установок на тверезість і досягнення позитивних соціально-значимих цілей в житті; мотивування членів сім'ї пацієнта на власне одужання; попередження рецидивів.

Підтримувальна програма включала індивідуальну і сімейну психотерапію яка була одним із важливих компонентів комплексної терапії АЗ, а також ЕВТ на який було зроблено особливий акцент.

Основними її завданнями були: виявлення пору-

шень в структурі сімейної взаємодії; реконструкція сімейних стосунків; адаптація сім'ї до режиму тверезості; зміцнення установок хворого на тверезість, досягнення позитивних соціально-значимих цілей в житті.

При цьому використовували роз'яснювальну, раціональну, непрямую і короткострокову психотерапію подружньої пари, методику системної інтервенції, корекцію індивідуальних психологічних проблем у членів сім'ї. Наявність дисфункцій в сім'ї і ретельний аналіз її складових був важливий не лише для лікування, але і прогнозу ефективності терапії.

Розбір приватних сімейних проблем здійснювали в ході психотерапевтичних бесід, основними завданнями яких було отримання інформації, спрямованої на допомогу у визначенні ситуаційних пріоритетів в процесі особистого відновлення, враховуючи можливу ситуацію в сім'ї.

Виходячи з вищезгаданого, для підвищення ефективності лікування, ми проводили контрольні явки з пацієнтами і їх близькими родичами: перша - через два-три місяці після лікування; друга - на п'ятому-шостому місяці і третя - за місяць до закінчення терміну лікування, тобто на 11 місяці.

Таким чином, розроблена нами система психотерапії у комплексному лікуванні хворих на алкогольну залежність за 2007-2010 рр., яка була впроваджена в практику роботи приватних медичних центрів та ейських і обласних наркологічних диспансерів м.м. Донецька, Харкова, Вінниці, Києва та ін., показала досить високу ефективність. Так, в основній групі вона склала у цілому за останні 3 роки 78,4 % ($P < 0,01$), тоді як в першій і другій групах порівняння вона була відповідно 60,1 % та 58,3 %. ($P < 0,01$).

Висновки

У висновках підводяться підсумки проведеного дослідження, висвітлюються подальші перспективи вивчення проблеми. Зокрема їх результати показують наступне:

1. У дисертаційній роботі на основі системного міждисциплінарного підходу, а також вивчення типів відношення пацієнтів до своєї хвороби, проведення соціально-демографічного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного експериментально-психологічного та психодіагностичного їх дослідження, здійснено теоретичне узагальнення та наведено нове вирішення актуальної наукової задачі, яка полягає в розробці психотерапевтичних методів у комплексному лікуванні хворих на алкогольну залежність і у першу чергу в поєднанні психотерапії з аурикулорефлексотерапією.
2. Встановлено, що хворі на алкогольну залежність другої стадії (середньої) з легкою та середньою ступеню тяжкості значно рідше розвивають шлюб (в 1,83 рази при $P < 0,05$), здійснюють правопорушення (в 1,56 рази при $P < 0,05$) і суїцидальну поведінку (в 1,94 рази

при $P < 0,05$), мають гепатит С або цироз печінки (в 2,7 рази при $P < 0,01$) та інші.

3. Виявлено і науково обгрунтовано взаємозв'язок між початком і віком вживання алкоголю та клініко-психопатологічними особливостями хворих на алкогольну залежність ($p < 0,01$).
4. Розроблена трьох етапна диференційована система психотерапії в комплексному лікуванні хворих з АЗ в амбулаторних умовах, яка передбачає виконання: на I етапі - індивідуальну і групову роз'яснювальну, непрямую, раціональну і сімейну психотерапію, а також гіпноз-відпочинок (при необхідності); на II етапі - короткострокову і емоційно-стресову психотерапію у поєднанні з аурикулорефлексотерапією та ЕВТ; на III етапі - контроль стану хворого з проведенням підтримувальної психотерапії і ЕВТ.
5. Доведена більш висока ефективність психотерапії у поєднанні з аурикулорефлексотерапією у комплексному лікуванні хворих на алкогольну залежність в амбулаторних умовах по порівнянню окремо тільки з психотерапією або аурикулорефлексотерапією, про що свідчить об'єктивний регрес психопатологічної симптоматики.

Література:

1. Рожнов В.Е. Психотерапия алкоголизма и других наркоманий // Руководство по психиатрии. - М.: Медицина, 1974. - С. 242-258.
2. Гузиков Б.М. Психотерапия в системе реабилитации больных алкоголизмом // Тез. докл. науч. конф. по психотерапии и мед. деонтологии. - Ставрополь, 1986. - С. 75-76.
3. Жижильов С.І. Емоційно-стресова психотерапія патологічної тяги до алкоголю під час алкогольного абстинентного синдрому: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.27/ Дон. держ. мед. ун-т. - Х., - 1996. - 24 с.
4. Минко А.И. Ранняя диагностика и прогноз лечения больных алкоголизмом безмедикаментозными методами (клинико-физио-химическое и клинико-нейробиологическое исследование): Дис... д-ра мед. наук: 14.01.17. - Х., 1997. - 350 с.
5. Валентик Ю.В. Характеристика основных компонентов взаимодействия между врачом и пациентом в процессе психотерапии // Российский психиатрический журнал. - 1999. - №1. - С. 36-41.
6. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Нолидж, 2000. - С. 309 - 341.
7. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. - М.: Нолидж, 2000. - 448 с.
8. Коршко І.Н. Лікування алкоголізму психотерапевтичними методами: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.17/ Дон. держ. мед. ун-т. - Х., 2000. - 20 с.
9. Москаленко В.Ф., Вісвський А.М., Табачников С.І. Сучасні проблеми організації лікування та реабілітації осіб з алкогольною та наркотичною залежністю // Архів психіатрії. - 2000. - №3-4 (22-23). - С. 5-8.
10. Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні // Український вісник психоневрології. - 2001. - Т. 9, вип. 3 (28). - С. 7-9.
11. Минко А.И. Алкоголизм - междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) // Украинсь-

кий вісник психоневрології. – 2001. – Т.9, вип.4 (29). – С.6–7.

12. Валентик Ю.В., Новиков Е.М. Применение препарата колме при лечении больных алкоголизмом // Наркология. – 2002. – №3. – С. 2–4.

13. Иванец Н.Н. Современные проблемы наркологии // Наркология. – 2002. – №6. – С. 2–7.

14. Зинченко Е.Н. Система психотерапии в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях учреждений нового типа / Дисс. На соискание ученой степени канд-а мед. наук, - Киев, 2004. – 184 с.

15. Сосин И.К. Наркология: (монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев / Харьков: Коллегиум, 2005. – 800с.

16. Битенский В.С. Роль алкоголизма и наркоманий в демографическом кризисе в Украине / В.С. Битенский // журн. АМН Укра-

їни. – 2007. – Т.13, № 3. – с. 543-550.

17. Лінський І.В. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні / Лінський І.В., Голубчиков М.В., Мінко О.І. та інші // Аналітичний огляд. Випуск IV – Харків, 2007. – 52с.

18. Песиков Я.С. Исключительно эффективный, безвредный, безлекарственный метод лечения – ушная иглотерапия доступна каждому медику. – Украина, Донецк, Песиков-центр «Медицина тонких энергий», 2009. – 220 с.

19. Табачников С.И., Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях: Монография. – Киев-Донецк: Песиков-центр «Медицина тонких энергий», 2010 – 96 с.

ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В КРУПНОМ ЦЕНТРЕ ДОНБАССА

А.Э. Гатицкая

В работе проанализированы результаты психотерапии в сочетании с аурикулорефлексотерапией в комплексном лечении 120 больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях в крупном центре Донбасса. В две группы сравнения (n=160) вошли больные с АЗ, которым в первой группе (n=80) проводили только психотерапию, а второй (n=80) – аурикулорефлексотерапию. В соответствии с целью и задачами исследования нами были использованы следующие методы: социально-демографический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психодиагностический, катанмнестический и статистический.

Анализ клинической картины алкогольной зависимости, как в основной (n=120), так и в группах сравнения (n=160) позволил нам выделить общие закономерности, характерные для развития данного заболевания.

Работа с больными строилась на основе принципов системности, комплексности, индивидуальности, этапности, личностных особенностей, клинической картины заболевания, эмоционально-стрессового воздействия на организм больного (психотерапия+аурикулорефлексотерапия), а также краткосрочности. Итогом работы является статистически достоверная полученная автором более высокая эффективность психотерапии в сочетании с аурикулорефлексотерапией в комплексном лечении больных с АЗ по сравнению с группами сравнения.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, психоактивные вещества, распространенность, соматические заболевания, комплексное лечение, психотерапия, аурикулорефлексотерапия, эффективность

PSYCHOTHERAPY IN COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION IN OUTPATIENT CONDITIONS IN LARGE CENTRE OF DONBAS

А.Е. Gatytskya

In the article had analyzed the results of psychotherapy in combine with auriculoacupuncture in complex treatment of 120 patients with alcohol addiction in outpatient conditions in a large centre of Donbas. Into two comparison groups (n=160) enter patients with AA, whom were leaded psychotherapy in the first group (n=80), and in the second (n=80) - auriculoacupuncture. In accordance with purpose and task of investigation we used the following methods: social demographical, clinical anamnestic, clinical pathopsychological, experimental psychological, psychodiagnostical, catamnestic and statistic.

Analysis of clinical picture of alcoholic addiction, as in the main (n=120), as in comparison groups (n=160) give us possibility to stress general patterns which associated with progress of a given disease.

Work with patients were based on principles of systematic, complexity, individuality, stage system, personal peculiarities, clinical picture of disease, emotional stressing influence on patient's organism (psychotherapy + auriculoacupuncture), but also the short-term.

As a result of work - the statistic significant more efficiency of psychotherapy obtained by author, combined with auriculoacupuncture in complex therapy of patients with AA compared with comparison groups.

Keywords: alcohol addiction, psychoactive substances, abundance, somatic diseases, complex therapy, psychotherapy, auriculoacupuncture, efficiency

А.Е. Табачников, Ц.Б. Абдрахимова
КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Лекция первая: Философская и психологическая модели

Ключевые слова: когнитивная психология, когнитивная терапия, психотерапевтическая теория, феноменологический подход, когнитивная схема, личностный конструкт

Краткий исторический очерк. В середине XX века в психологически ориентированной психотерапии доминировали бихевиоризм и психоанализ. С точки зрения первого, действия индивида определяются, в основном, внешними событиями, и поэтому работа с его внутренним миром не имеет особого значения. Для психоанализа, напротив, внутренний мир пациента имеет определяющее значение, однако основными процессами, происходящими в нем, считаются бессознательные. Сознательная же часть личности воспринималась обеими концепциями как нечто малосущественное для достижения терапевтического эффекта. Лишь немногие психологи и психотерапевты рассматривали индивида как сознательно действующего субъекта, уделяя внимание когнитивным процессам, т.е. тому, что происходит «между стимулом и реакцией». Однако в 70-е годы в психологии произошла «когнитивная революция», возродившая интерес к восприятию, памяти, мышлению, в том числе, их роли в формировании психической патологии и возможному использованию в психотерапии. В числе исследователей, работавших в этом направлении, можно назвать имена Дж. Келли (George Alexander Kelly – терапия личностных конструктов), А. Бека (Aaron Temkin Beck – когнитивная терапия), А. Эллиса (Albert Ellis – рационально-эмотивно-поведенческая терапия), Н. Пезешкиана (Nossrat Peseschkian – позитивная психотерапия), Д. Мейхенбаума (Donald Meichenbaum – когнитивно-поведенческая терапия) и др. Значительную роль в становлении современной когнитивной психологии сыграли также работы А. Бандуры (Albert Bandura), показавшего в рамках бихевиористской модели возможность формирования поведения с учетом когнитивных факторов.

В дальнейшем изложении психотерапевтической концепции когнитивной психотерапии мы будем в первую очередь излагать взгляды Дж. Келли, А. Бека и А. Эллиса.

Дж. Келли предположил, что эффективность психоаналитического лечения зависит не от того, насколько справедлива психоаналитическая трактовка состояния пациента, а от признания самим пациентом ее правильности. Проверая это предположение, он начал варьировать интерпретации, используя концепции различных психоаналитических школ, и все они с одинаковой готовностью воспринимались больными. Поэтому Келли начал изучать роль изменения мышления пациентов в успешности терапии.

А. Бек также разочаровался в психоанализе, после чего заинтересовался когнитивными процессами.

«В разные периоды работы я применял к больным депрессией большинство подходов, описанных в современной литературе. Казалось, что отдельные методы иногда помогают, иногда дают обратный эффект. Я открыто выражал тепло и симпатию, вызывал проявление гнева, поощрял пациентов интенсивно выражать чувства вины и печали, интерпретировал их “потребность в страдании”, пытался повысить их самопринятие. Однако беседа о том, насколько беспомощен и жалок пациент, и побуждение его к открытому проявлению гнева зачастую лишь усугубляли депрессивное состояние, а повысившееся в результате терапии принятие уничижительного образа «я» и пессимизм просто усиливали печаль, пассивность и самообвинения» [1].

Эти неудачи подтолкнули А. Бека к более глубокому изучению аффективных расстройств и созданию новых техник психотерапии, основанных на когнитивной модели этой патологии.

А. Эллис начинал как консультант в области брака и семейных отношений. Однако в ходе практики он осознал, ограниченность такого консультирования, поскольку

«нервные браки (или добрачные отношения) создаются нервными супругами; если действительно хотеть помочь людям жить счастливо друг с другом, сперва им нужно показать, как они могут жить в мире с самими собой» [2].

Поэтому Эллис стал обучаться психоанализу, однако со временем и эта практика перестала удовлетворять его своими результатами, ненаучностью и догматизмом. Эллис перенес свое внимание с психодинамических аспектов психических расстройств, т.е. поиска причин нарушений в раннем детстве индивида, на их философскую причинность, т.е. на роль убеждений личности. В своих первых работах (50-е годы) Эллис стремился подчеркнуть когнитивный характер своего терапевтического подхода (в противоположность методам, направленным на поведение и эмоции). Это нашло свое отражение в первоначальном названии его подхода – “рациональная психотерапия”. Позднее Эллис пришел к выводу, что когниции, эмоции и поведение являются взаимодействующими и часто взаимоперекрывающимися процессами. Название его подхода сменилось вначале на “рационально-эмотивную”, а затем – на “рационально-эмотивно-поведенческую” терапию.

Философская позиция Дж. Келли, названная им «конструктивный альтернативизм», опирается на взгляды И. Канта. Вещи в себе, т.е. *номены*, недоступны нашему познанию. Все, что мы можем постичь, –

это *феномены* – наблюдаемые и интерпретируемые нами внешние проявления вещей¹. В терминах Келли, «всегда существуют альтернативные способы взглянуть на любое событие» (цит. по [3]).

Вторая важная характеристика философской позиции Келли – представление о человеке, как об активном субъекте (а не пассивно реагирующем на внешние воздействия, как в ортодоксальном бихевиоризме).

«Обычно говорят, что конечная цель ученого – предсказывать и контролировать. Это обещающее утверждение психологи часто любят цитировать, характеризуя свои собственные устремления. Но странно, что психологи редко наделяют сходными устремлениями испытуемых в своих экспериментах. Психолог как бы говорит себе: "Я – психолог, следовательно, ученый. Я выполняю этот эксперимент, чтобы улучшить прогноз и контроль определенных феноменов поведения человека, но мой испытуемый, будучи простым человеческим существом, явно движим неумолимыми инстинктами, которыми он переполнен, или же он жадно стремится найти средства к существованию и/или защиту"» [4, vol. 1, p.5].

Индивид сознательно взаимодействует со своим внутренним и внешним миром, постоянно меняясь, он может изменить свой взгляд на мир, изменить свою жизнь, если она перестает его устраивать.

«Мыслящий человек не является ни узником своего окружения, ни жертвой своей биографии» [4, vol. 2, p.561].

«Природа, при всей своей непреклонности, и на половину не столь безжалостна, как мы о ней думаем. И только принятая всеми точка зрения заставляет взрослого человека считать прошлое таким неумолимым, настоящее таким очевидным и будущее столь роковым» [4, vol. 2, p.937].

Таким образом, конструктивный альтернативизм, лишь частично разделяет принцип детерминизма. Говоря словами Дж. Келли,

«Детерминизм и свобода неразрывны, так как то, что определяет одно, есть, по тому же признаку, свобода от другого» [4, vol. 1, p.21].

«Эта система личностных конструктов дает ему [человеку] и свободу решений, и ограничение действий — свободу, потому что она позволяет ему иметь дело со значением событий, а не с силами, которые подталкивают его, и ограничение, потому что он всегда делает выбор в пределах тех альтернатив, которые он выстроил для себя» [4, vol. 1, p.58].

Как и у Адлера, детерминизм Келли имеет скорее телеологический характер: поведение понимается, как направленное в будущее в большей степени, чем определяемое прошлым:

«Прогноз делается не просто ради него самого; он проводится так, чтобы будущую реальность можно было лучше представить. Именно будущее беспокоит человека, а не прошлое. Он всегда стремится к будущему через

окно настоящего» [4, vol. 1, p.49].

Человек, по мнению Келли, не столько биологический организм, сколько мыслящее существо, которому свойственно постоянное *стремление предсказывать и контролировать* те *события*, которые с ним происходят. Потребность предсказывать связана с *изменчивой природой человека*, с тем, что он – «не просто объект, временно находящийся в подвижном состоянии, а форма движения» [4].

Определенное влияние на философию Келли оказал экзистенциализм с его идеей о том, что «существование предшествует сущности», что человек сам создает себя и смысл своей жизни². Поэтому Келли не рассматривал человека с позиций изначально существующих мотивов или стадий развития.

Весьма близкой к вышеизложенному являются философские позиции А. Бека и А. Эллиса.

Эллис обратил внимание на утверждения стоиков, что людей беспокоят не сами вещи, а их взгляд на эти вещи («Все зависит от мнения... Каждый несчастен настолько, насколько полагает себя несчастным» [6]). Основными мотивами поведения человека, по мнению Эллиса, являются самосохранение и получение удовольствия, которое каждый воспринимает по-своему³. Он подчеркивал, что это специфическое видение индивидом мира, его философия может служить причиной его психологических проблем. Человек наиболее счастлив тогда, когда он ставит перед собой важные жизненные задачи и активно старается их осуществить. То, что помогает человеку в достижении его основных целей, ведет к продуктивному поведению, считается рациональным, а то, что препятствует достижению целей, ведет к саморазрушительному и асоциальному поведению – иррациональным.

Таким образом, для всех когнитивных теорий характерно видение человека, как рационалистичного существа (у Эллиса – с некоторой склонностью к иррациональности, имеющей, вероятно, врожденную, биологическую природу).

Психологическая модель. Взаимодействие индивида с внешним и внутренним миром происходит через оценки, интерпретации и умозаключения. Мы ведем себя, исходя не из того, каким является мир «на самом деле», а из того, каким он нам кажется. Каждый из нас, по Келли, – ученый-экспериментатор, истолковывающий события внешнего мира, для того чтобы лучше к ним приспособиться, и ставящий опыты для подтверждения гипотез. На основе полученной информации истолкования (гипотезы) изменяются и вновь проверяются на практике.

Понять функционирование человека (как нормальное, так и патологическое) можно через моделирова-

¹ Противоположной являлась, например, позиция Аристотеля, который считал, что вещь в себе и вещь вне себя одинаковы (принцип идентичности).

² Ж.П. Сартр писал: «Это означает, что человек, прежде всего, существует, возникает, появляется на сцене, и лишь затем определяет себя. И если человек, каким воспринимает его экзистенциалист, не поддается определению, то это потому, что в начале он — ничто. И лишь впоследствии он будет представлять собой что-либо, поскольку он сам сделает себя тем, чем он станет» (цит. по [5]).

³ Поэтому терапевт не может указать пациенту, как ему прийти к счастью, а может лишь показать, как преодолевать препятствия на пути к счастью.

ние его видения мира и целеполагания. Фундаментальный постулат теории Келли гласит:

«Личностные процессы, в психологическом плане, направляются по тем каналам, в русле которых человек предвосхищает события. То есть человеческое поведение можно рассматривать скорее как предупреждающее в своей основе, нежели реагирующее» [4, vol. 2, p.560].

Значение, придаваемое человеком ситуации, будет определяться структурами, которые управляют его познавательными процессами. Келли выделил в качестве таких структур **личностные конструкты**, Бек – **когнитивные схемы**, а Эллис – **систему убеждений**. Эти структуры формируются на основе предшествующего опыта и позволяют делать предположения о том, что произойдет в будущем, как будет развиваться ситуация, в том числе, если мы поступим определенным образом. В хорошо знакомых областях у нас имеются развитые когнитивные структуры, однозначно определяющие ситуацию; для малознакомых областей они менее развиты. В любом случае, когнитивные структуры позволяют интерпретировать полученную информацию, увязывая ее с предыдущим знанием, и, тем самым, развиваются сами. Когнитивные структуры постоянно подвергаются проверке опытом, позволяющим судить об их адекватности. При этом возможно и отфильтровывание информации, не вписывающейся в имеющиеся структуры. Когнитивные структуры являются категориально и иерархически организованными.

Личностные конструкты – это биполярные параметры (например, «добрый – злой»), по которым мы привычно дискриминируем (различаем) определенные аспекты действительности в терминах схожести и контраста, чтобы объяснить или предсказать свой опыт. Они формируются в результате жизненного опыта наблюдения, по крайней мере, трех явлений – двух похожих в определенном отношении друг на друга (*- полюс сходства* конструкта) и третьего – отличающегося от них (*полюс контраста*).

Некоторые конструкты формируются на довербальном уровне. Например, ребенок учится различать голоса определенного тембра: хриплые, которые могут ассоциироваться для него с заботой и теплом, и звонкий, которым чаще высказывается недовольство. Став взрослым, такой индивид будет избегать женщин со звонким голосом, не отдавая себе отчет в причинах этого.

Совокупность личностных конструктов представляет собой систему, важнейшей характеристикой которой является ее *когнитивная сложность*, определяющаяся количеством составляющих систему единиц, их разветвленностью и связями между ними. Система конструктов организуется в пирамидальную структуру, в которой составляющие ее конструкты находятся либо в управляющей, либо в подчиненной позиции. Отдельные конструкты могут быть и совершенно независимыми.

Поведение индивида в новой ситуации описывает-

ся теорией Келли как *цикл ориентировка—выбор—исполнение (О-В-И)*. В *ориентировочной* фазе человек рассматривает несколько конструктов, которые можно использовать для интерпретации данной ситуации. Затем он *выбирает* наиболее приемлемые в данной ситуации конструкты с учетом их предполагаемой возможности правильно предсказать развитие событий («она, скорее всего, сделает вот это, потому что она хитрая»). В фазе *исполнения* человек осуществляет связанные с данными конструктами действия. Если они оказываются успешными (конструкты помогли точно спрогнозировать события), индивид, вероятно, будет использовать эти конструкты в дальнейшем. И наоборот, если прогноз не подтвердится, конструкт, на основании которого он был сделан, вероятно, подвергнется пересмотру или даже вообще будет исключен. Таким образом, валидность конструкта определяется его *прогностической эффективностью*.

Здоровые люди проверяют валидность своих конструктов; отбрасывают их, если убеждаются в их неэффективности. Таким образом, индивид постоянно обучается, и именно в поведении (эксперименте) происходят изменения конструктивной системы. В структурном отношении она состоит у здоровых людей из нескольких четких кластеров, связанных между собой соединительными конструктами. Это означает, что используемые, например, для оценки других людей конструкты «красивый – некрасивый», «умный – глупый» и «добрый – злой» могут быть настолько тесно связанными для данного индивида, что оценивая нового знакомого как «красивого», он автоматически определит его как «доброе» и «умного». Благодаря развитой системе конструктов, здоровые индивиды имеют развитый репертуар социальных ролей, т.е. способов поведения в различных ситуациях.

Когнитивные схемы, по Беку, – это относительно устойчивые структурные компоненты когнитивных процессов, суммирующие знание об определенном классе событий. Позволяя интерпретировать эти события, схемы организуют наш опыт и поведение, побуждая определенным образом на них реагировать. Например, схема поведения в гостях, сформированная у субъекта в результате воспитания, чтения книг, просмотра фильмов, личного опыта и т.д., определяет, с одной стороны, его ожидания от поведения других людей, а с другой – его собственное поведение (принести подарок, поинтересоваться делами, похвалить хозяйку и т.д.).

Схемы человека *организованы иерархически*, чтобы свести к минимуму возможные конфликты из-за несоответствия между ними. Некоторые схемы образуют базисные установки, выполняя функцию системы контроля относительно других схем и их изменения. Благодаря системе контроля, осуществляется постоянная внутренняя коммуникация (самоконтроль, самоотчеты и самоинструктирование), которая часто не осознается, если человек специально не сосредоточивает внимание на этих сигналах. Система самоконтроля может

проявляться в форме так называемых “автоматических мыслей”⁴.

У психически здоровых людей схемы достаточно адекватны действительности и последовательны, что позволяет верно предсказывать события, и вместе с тем, достаточно гибки, чтобы меняться на основе новой информации. Само изменение схем должно подвергаться оценке с помощью «системы контроля», чтобы избежать хаоса в когнитивных структурах. Наконец, когнитивные психологи отмечают, что здоровыми людьми ситуация оценивается объективно и даже с некоторым позитивным для себя уклоном. С. Тейлор и Дж. Браун [7] и ряд других исследователей доказали, что недепрессивные субъекты в большей степени, чем это оправдано объективной ситуацией, приписывают успехи себе, а неудачи – внешним причинам; имеют завышенную самооценку и избыточную интернальность.

Основная суть концепции Эллиса выражается формулой «**A – B – C**» (**A** – activating event⁵, **B** – belief system⁶, **C** – emotional consequences⁷). **C** в этой формуле определяется не столько **A**, сколько **B**. Кроме того, отмечается, что система ожиданий обычно уже предшествует опыту (индивид воспринимает только те события, которые могут быть восприняты, благодаря системе убеждений), поэтому **B** предшествует **A** (**B → A → B → C**).

Эллис проанализировал взаимосвязь мышления и эмоций. Мышление он считал бесстрастным и объективным отражением действительности, обеспечивающим эффективное разрешение проблем, тогда как эмоции – более быстрой и более субъективной формой отражения. Эмоции не могут длительное время поддерживаться без помощи мышления и вербализации индивидом своего состояния, которые позволяют обосновать эмоции (человек, например, постоянно думает: «Как он мог так поступить со мной!», «О, как

это ужасно!», и эти мысли позволяют поддерживать негативный эмоциональный фон).

Психологически здоровых индивидов, по Эллису, отличает философия релятивизма, согласно которой не стоит возводить имеющиеся желания, мечты, предпочтения в ранг грандиозных догм и требований. У такого человека могут возникнуть здоровые отрицательные эмоции, если его желания не будут исполняться. Но эти эмоции будут лишь побуждать устранить препятствия на пути к достижению цели, а также конструктивно изменить то, что не может быть реализовано. Психологически здоровые люди отличаются такими чертами, как интерес к самому себе, социальный интерес, терпимость, принятие неопределенности и неоднозначности, гибкость, активность и научное мышление (использование правил логики и научного анализа для решения эмоциональных и поведенческих проблем). Научный подход вовсе не означает холодности и отстраненности; здоровые люди испытывают всю полноту здоровых эмоций, как позитивных, так и негативных.

Литература:

1. Beck A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. — N.Y.: American Book, 1976. — 368 p.
2. Ellis A. *Reason and Emotion in Psychotherapy : A Comprehensive Method of Treating Human Disturbances : Revised and Updated*. — N.Y.: Citadel, 1994. — 479 p.
3. Fransella F., Dalton P. *Personal Construct Therapy // Handbook of Individual Therapy*. — London: SAGE Publications. — P.147-165.
4. Kelly G. A. *The Psychology of Personal Constructs. Volume 1: A Theory of Personality. Volume 2: Clinical Diagnosis and Psychotherapy*. New York. Norton. 1955.
5. Фрейдджер Р., Фэйдимен Д. *Теории личности и личностный рост*. — М.: Издательство «Мир», 2004. — 2095 с.
6. Сенека Л.А. *Нравственные письма к Луцилию*. — М.: Художественная литература, 1986. — 543 с.
7. Taylor S.E., Brown J.D. *Illusion and Well-Being – a Social Psychological Perspective On Mental-Health // Psychological Bulletin*, 1988, №103(2). — p. 193-210.

⁴ У конкретного индивида автоматические мысли могут принимать форму обращенных к самому себе слов, образов или сочетания образов и слов и протекать как осознанно, так и на грани осознания.

⁵ Как правило, события настоящего времени, однако они могут заключаться и в воспоминаниях или мыслях о прошлом опыте.

⁶ Когниции по поводу активирующих событий.

⁷ Когнитивные, эмоциональные и поведенческие следствия

Табачников А.Е., Абдрахимова Ц.Б.
КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
Лекция вторая: Психопатологическая модель.

Ключевые слова: когнитивная психология, когнитивная терапия, психотерапевтическая теория, феноменологический подход, когнитивная схема, личностный конструкт.

Психопатологическая концепция.

«Первичная патология или дисфункция при депрессивных или тревожных расстройствах связана с когнитивным аппаратом. Однако это не означает, что когнитивные вызывают эти синдромы – такое утверждение было бы столь же нелогичным, как и то, что галлюцинации вызывают шизофрению» [1].

Рассматривая психическую дезадаптацию как результат взаимодействия комплекса каузальных и предрасполагающих факторов, теоретики когнитивной психотерапии считают, что психологические проблемы связаны, в первую очередь, с тем, как человек интерпретирует и прогнозирует свой опыт.

С позиций Дж. Келли, психологические нарушения⁸ могут быть рассмотрены «как личностный конструкт, который обычно повторяется, несмотря на последовательную неполноценность» [2; vol. 2, p.831]. Психопатологический симптом, как и любая иная форма активности индивида, является «экспериментом», направленным на проверку того, будет ли эффективным такой способ удовлетворения клиентом своих потребностей. Например, пациент может сформулировать (пусть даже не вербализуя) такую гипотезу: «Моя мать интересуется мной лишь, когда у меня возникают какие-то проблемы. Сейчас она меня игнорирует, и я чувствую 1) потребность сделать что-то плохое / или 2) начинающийся приступ головной боли / или 3) подавленное настроение и желание плакать и т.п.».

С другой стороны, если снижена способность индивида изменять свою конструктивную систему, то он, столкнувшись с невалидностью своих предсказаний, либо станет испытывать в таких ситуациях нарастающее замешательство и тревогу, неуверенность в своей способности ориентироваться в окружающем и в самом себе, либо будет агрессивно стремиться изменить окружающий мир под свои конструкты.

Отдельным психологическим проблемам свойственны свои типичные конструкты и особенности конструктивной системы. Например, *депрессия*, по мнению Келли, характеризуется максимальным сужением поля восприятия и интересов, в результате чего количество конструктов, используемых для оценки событий повседневной жизни и принятия необходимых решений, уменьшается. *Тревога* – это «осознание того, что события, с которыми сталкивается человек, лежат вне диапазона применимости его конструктивной системы» [2; vol. 2, p.495], что у индивида нет адекватных

конструктов для интерпретации событий текущей жизни, для прогноза ситуации и выбора оптимальной модели поведения.

Анализ системы конструктов у больных *невротизмом* [3] показал, что чаще всего они либо сцеплены в один монолит, либо объединены в несколько разрозненных кластеров.

У пациентов с *шизофренией* теория Келли находит слишком открытую и неустойчивую систему оценки опыта. Их представления об окружающем мире недостаточно взаимосвязаны и последовательны. Д. Баннистер [4] определяет характер нарушений при шизофрении как «последовательную неполноценность гипотез» – конструкты этих людей постоянно разрушаются действительностью и для обеспечения хоть какой-то адаптации пациенты делают их предельно открытыми. В эксперименте со здоровыми людьми Баннистер наблюдал аналогичное явление – если испытуемым постоянно сообщали, что их прогнозы относительно гипотетических людей не оправдались, то они начинали делать противоречивые и неточные предсказания, как и больные шизофренией.

По А. Беку, психологические нарушения могут быть рассмотрены как нарушения процессов интерпретации и оценки опыта («ошибки атрибуции»). Выделяется несколько основных патологических когнитивных механизмов. Первый – **логические ошибки** – повторяющиеся, дезадаптирующие ошибки в обработке информации. Их примерами являются:

1. *Произвольные выводы* – формирование заключения при отсутствии достаточных доказательств и даже когда реальность ему противоречит (например, молодая девушка, не дождавшись обычного звонка от приятеля, думает: «Он не позвонил сегодня вечером... Значит, вообще не хочет меня видеть»).

2. *Выборочное извлечение информации* – вырывание из контекста деталей с игнорированием других, более характерных черт ситуации и концептуализация всего опыта на основе этих фрагментов (например, больной агорафобией систематически выделяет для себя информацию о несчастных случаях, происшедших в общественных местах, а больной социальной фобией отбирает факты, свидетельствующие о якобы пренебрежительном отношении к нему окружающих).

3. *Сверхобобщение* – формулирование общего правила на основе одного или нескольких изолированных случаев и применение этого правила к связанным и не

⁸ Келли избегал медицинской терминологии и поэтому предпочитал говорить о психологических нарушениях, а не о психических расстройствах

связанным с ним ситуациям (например, опыт единичной неудачи в отношениях трансформируется в ощущение своей тотальной неспособности вызывать симпатию).

4. *Преувеличение и преуменьшение* – искажение оценки величины или значимости событий (например, «неудача на экзамене – это катастрофа!»).

5. *Персонализация* – склонность связывать внешние события с собой, когда для такой связи нет никаких оснований (например, абсолютно безобидные, нейтральные высказывания других людей депрессивные пациенты с уязвимой самооценкой или пациенты с социальной фобией могут отнести на свой счет, усмотрев в них критику и пренебрежение).

6. *Дихотомическое мышление* – тенденция относить свой опыт к одной из двух крайних, полярных оценок (например, больные расстройствами питания в суждениях о внешности придерживаются жестких дихотомических оценок: либо «идеально стройный» либо «безобразно толстый»).

Описанные ошибки не позволяют адекватно взаимодействовать с реальностью для решения своих проблем. Так, депрессивный индивид, получив отказ в чем-либо, вместо того, чтобы осмыслить произошедшее и обдумать, как предотвратить его повторение, посчитает себя полным неудачником, будет долго размышлять о негативных аспектах опыта, не думая о позитивных факторах. Таким образом, *депрессия*, по Беку, может быть охарактеризована как «мыслительное расстройство, при котором поступающая информация искажается в негативном ключе» (цит. по [5]).

При *тревоге* из-за когнитивных искажений индивид испытывает интенсивное чувство физической или социальной угрозы, сочетающиеся с недооценкой собственной способности с ней справиться. При этом тревожные пациенты, в соответствии со своими схемами, избирательно выделяют из поступающей информации угрожающие сигналы.

В одном социально-психологическом эксперименте испытуемой предлагали пройти по кампусу после того, как на ее лицо с помощью грима будет нанесен грубый шрам. Результат гримировки демонстрировали в зеркале, после чего, якобы поправляя грим, его стирали ватой. Испытуемая, полагая, что выглядит уродливо, воспринимала в невербальном поведении собеседников отвращение, пренебрежение и холодность [6].

Игнорирование пациентом определенных аспектов психотравмирующей ситуации когнитивные психологи объясняют не вытеснением, а отсутствием навыков учета информации такого рода при анализе ситуации (Дж. Келли – отсутствием соответствующих конструкторов).

Паническое расстройство может возникать в результате неверной интерпретации физиологических реакций на страх. Затруднение дыхания, учащенное

сердцебиение и т.д. расцениваются пациентом как признаки тяжелой болезни (чаще всего – сердечного приступа). Усиление страха интенсифицирует соматические симптомы вплоть до развертывания полномасштабного приступа. Пациент, однажды переживший такой приступ, будет склонен к его повторению каждый раз, когда он будет испытывать даже незначительную ситуационную тревогу [7].

Второй патологический когнитивный механизм – **негативные автоматические мысли** (нарушение течения мыслительных процессов) – спонтанные правдоподобные, но нереалистичные мысли и образы, возникающие, как и все автоматические мысли⁹, без контроля сознания (они, по словам Бека, «похожи на слова, произносимые родителями очень доверчивым детям» (цит. по [8])) и непосредственно приводящие к дезадаптивным эмоциональным и поведенческим реакциям.

При различных формах психической патологии доминируют негативные автоматические мысли со специфическим содержанием. Так, при *тревожных* расстройствах характерно частое возникновение таких мыслей: «я не справлюсь», «должно произойти что-то ужасное», «что, если я сойду с ума?» и т.д., а при *депрессии* – «я ни на что не гожусь», «я никогда не могу ничего сделать, как следует» и т.д. Появление у индивида негативных автоматических мыслей может служить «спусковым крючком» как для дезадаптивных эмоциональных реакций, так и для рецидивов (декомпенсаций) обсессивно-фобических нарушений.

Третий вид когнитивных нарушений – **ошибочные фиксированные предположения**. Это упоминавшиеся при описании психологической модели теории Бека базисные когнитивные установки, формирующиеся под влиянием раннего травматического опыта, острых и хронических стрессогенных ситуаций. Ошибочные фиксированные предположения являются фактором, предрасполагающим к формированию других когнитивных искажений.

К *тревоге* предрасполагают, например, такие установки: «любую неизвестную ситуацию нужно рассматривать, как опасную»; «я должен постоянно себя контролировать»; «моя безопасность зависит от постоянной готовности к возможной угрозе».

Подобным же образом можно сформулировать и убеждения, способствующие возникновению *депрессии*: «я никогда не должен совершать ошибок»; «для того чтобы быть счастливым, мне нужно быть любимым» и т.д.

При психических расстройствах нарушается также *гибкость* когнитивных схем, они становятся жесткими, сверхобобщающими, абсолютизирующими. Например, вместо убеждения «конечно, лучше быть приятным людям, но иногда, в некоторых условиях нормально быть и неприятным», пациент негибок и иррационально считает: «я всегда должен нравиться всем».

⁹ см. Психологическую модель теории А. Бека

Как уже отмечалось, одним из патогенетических **механизмов поддержания** психопатологических нарушений когнитивная психология считает отфильтровывание противоречащей когнитивным схемам информации или такую ее трактовку, которая позволяет согласовать ее с существующей системой убеждений. При *депрессии*, например, позитивная информация раз за разом отвергается. Депрессивная личность считает, что все достижения не в счет, поскольку они были случайными или результатом помощи других. Как отмечал Бек, «даже если депрессивный больной может быть разумно точным в когнитивной оценке (например, «Она меня, вероятно, любит»), общее значение остается для него негативным («Если бы она знала, до какой степени я ни на что не гоюсь, она бы меня не любила»)» [9].

Другим механизмом, поддерживающим дисфункциональные убеждения, являются поведенческие паттерны (*самовыполняющиеся пророчества*). Они могут, во-первых, лишить индивида возможности убедиться в неадекватности схем. Например, при фобиях пациент избегает вызывающего страх стимула, что предохраняет индивида от получения информации, противоречащей негативным убеждениям (что данный объект опасен, что во время приступа паники пациент может упасть в обморок или умереть и т.д.). Во-вторых, поведенческие стратегии, основанные на дисфункциональных убеждениях, могут провоцировать такие реакции окружающих, которые будут убеждать пациента в справедливости его схем. Индивид, ожидающий недобржелательности окружающих, будет с подозрением и критичностью относиться к тем, кто попытается с ним сблизиться, что приведет к вполне предсказуемым последствиям. Индивид убежденный, что при любой попытке близких отношений он будет отвергнут (это может быть результатом опыта отвержения в детстве), когда его партнер опаздывает на встречу или отменяет ее, автоматически думает: «Ну, вот опять. Он (она), как и все остальные скоро покинет меня». В результате он может попытаться предотвратить отвержение постоянным поиском переубеждения от партнера, что может действительно привести к отчуждению, которого он боялся. Другая стратегия, которой он может воспользоваться, - держаться вообще подальше от близких отношений, чтобы таким образом избежать боли отвержения.

Наконец, поддерживать нарушения у пациентов могут объективные внешние проблемы – утрата близких или работы, мешающие оптимизму и уверенности в себе.

А. Эллис, как уже отмечалось, обратил внимание на **иррациональность** многих убеждений своих пациен-

тов. Несмотря на то, что такие убеждения нелогичны, абсолютизируют отдельные стороны действительности («это должно быть так, а не иначе»¹⁰), и жизненный опыт не подтверждает их справедливость, люди продолжают упорно их придерживаться¹¹. Именно «тирания долженствования» является, согласно Эллису, универсальной причиной иррационального мышления – человек ригидно принуждает себя и других к обязательному следованию определенным стандартам. Эта иррациональность свойственна всем людям независимо от уровня интеллекта и культуральной принадлежности, причем осознание иррациональных мыслей, чувств и поступков только отчасти помогает изменить их.

Исходя из своей, упоминавшейся в предыдущем разделе, концепции подкрепления эмоций мышлением и самовербализациями, Эллис определил невроз как неконтролируемое эмоциональное расстройство (негативное «С» в формуле «АВС»), возникающее в результате нелогичного, нереалистического, нерационального, негибкого и незрелого мышления и поддерживаемое им.

Негативные эмоции (гнев, депрессия, тревога, вина) по отношению к себе и/или другим людям возникают, когда индивид обнаруживает, что реалии жизни не совпадают с иррациональными требованиями.

Иррациональные убеждения могут быть связаны как с самой личностью, так и с окружающим миром и поэтому могут вести к двум типам нарушений. Первый Эллис определяет как **Эго-нарушения**. Они вызваны убежденностью в необходимости полного совершенства собственного Я¹². Ситуации, когда индивид считает, что не способен делать то, что должен, или делает то, что не должен делать, неизбежно ведут к самообвинениям. Свойственная иррациональности тенденция к однозначным глобальным выводам приводит к общей негативной самооценке, как в когнитивном («я ни на что не гоюсь»), так и поведенческом аспекте («я не достоин удовольствия», «я должен страдать за свои прегрешения»).

Второй тип нарушений Эллис называет **дискомфортными**. Они связаны с иррациональными убеждениями типа «мне всегда должно быть хорошо» (требования к внешнему миру). В этом случае любые внешние неудобства рассматриваются как трагедия, что ведет к агорафобии, депрессии, алкоголизму и т.д. Дискомфортные убеждения являются самоподдерживающимися, поскольку делают индивида неготовым к любым изменениям из-за некомфортности самого процесса изменений.

Большое внимание Эллис уделял вопросам динамики психических нарушений. Он полагал, что другие теории (в первую очередь, психоанализ) делают это недостаточно, что снижает их терапевтическую эффек-

¹⁰ Эллис использовал по отношению к таким установкам саркастический термин «musturbation».

¹¹ Эллис пришел к такому выводу после длительных безуспешных попыток доказать пациентам абсурдность некоторых их взглядов. В случае же успеха, избавившись от одной иррациональной установки, человек тут же принимал другую, либо через некоторое время возвращался к прежней. Иногда иррациональные установки вступают в явное противоречие даже с тем, что говорят родители и пишут в книгах (людей учат не откладывать на завтра, а они обычно поступают именно так)

¹² Здесь проявилось влияние работ А. Адлера о чувстве неполноценности на теорию А. Эллиса.

тивность. Так же, как и другие когнитивисты, он не считал значимым этиологический анализ.

«Достоверное знание того, почему человек когда-то начал вести себя нелогично, никоим образом не дает нам ни представления о том, почему он продолжает вести себя нелогичным образом, ни о том, что ему следует предпринять для того, чтобы изменить свое поведение» [11].

В динамике невротических состояний Эллис выделяет первичный (вызванный описанными выше факторами) и вторичный (обусловленный реакцией на само первичное невротическое состояние) невроз.

Литература:

1. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. – N.Y.: Basic Books, 1985. – 384 p.
2. Kelly G. A. *The Psychology of Personal Constructs. Volume 1: A*

Theory of Personality. Volume 2: Clinical Diagnosis and Psychotherapy. New York: Norton. 1955.

3. Makhoul-Norris F., Jones H. G., Norris H. *Articulation of the conceptual structure in the obsessional neurosis*. — *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.*, 1970, v. 9, p. 264–274.

4. Bannister D. (ed.) *Issues and approaches in personal construct theory*. — London: Academic Press, 1985.

5. Moorey S. *Cognitive Therapy // Handbook of Individual Therapy*. — London: SAGE Publications. — P.103-120.

6. Майерс Д. *Социальная психология*. — СПб: Питер, 1997. — 688 с.

7. Clark D.M. *A cognitive approach to panic // Behaviour Research and Therapy*. — 1986, №24. — p.461-470.

8. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. *Когнитивно-бихевиоральная терапия // Основные направления современной психотерапии*. М.: Генезис, 2000. — с. 224-267.

9. Beck A.T. *Cognitive models of depression // Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1987. — №1. — p.5-39.

10. Ellis A. *My philosophy of psychotherapy // Journal of Contemporary Psychotherapy*. 1973. V.6. № 1. P.13.

11. Ellis A. *Rational Psychotherapy // Journal of General Psychology*. — 1958. — №59. — p.47.

Табачников А.Е., Абдрахимова Ц.Б. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ¹³

Лекция третья: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ.

**«Если ты хочешь избавиться от всякой тревоги, представь себе, что пугающее тебя случится непременно, и какова бы ни была беда, найди ей меру и взвесь свой страх. Тогда ты наверняка поймешь, что несчастье, которого ты боишься, или не так велико или не так длительно»
(Сенека [2])**

Цель терапии личностных конструктов — помочь клиенту улучшить прогностическую эффективность его конструктивной системы (либо приобрести новые конструкты, либо расширить диапазон применимости имеющихся конструктов); помочь клиенту, благодаря этому, найти альтернативный взгляд на себя, жизнь и свои проблемы, и «дать человеческому процессу двигаться опять» [3].

«Резюмируя, мы можем сказать, что психотерапевтическое движение означает следующее:

1) клиент пересмотрел взгляд на самого себя и на некоторые конкретные характеристики своего мира в пределах своей первоначальной системы;

2) он более точно организовал свою старую конструктивную систему;

3) он заменил некоторые конструкты в своей старой системе на новые» [4, vol. 2, p. 941].

Цель когнитивной терапии — раскрыть и изменить те схемы пациентов, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоции и, благодаря этому, устранить психопатологические симптомы и помочь обрести

новые стратегии поведения.

Цель рационально-эмотивно-поведенческой терапии — помочь клиенту осуществить изменение жизненной философии: прекратить предъявлять себе и миру необоснованные, абсолютизирующие требования; научиться переносить фрустрацию в процессе достижения целей¹⁴.

Для достижения целей когнитивной терапии любого направления необходимо показать клиенту, что его связано не с самими по себе событиями его жизни, а с тем, как клиент интерпретирует их, а заодно — и самого себя.

Когнитивная терапия в большей степени, чем другие направления, сосредоточена на актуальных проблемах пациента, с которыми он обратился за помощью, т.е. на симптомах. Когнитивные терапевты обычно не ставят себе целью перестройку личности клиента. Вместе с тем, обретенные стратегии могут быть использованы клиентом и в ситуациях, выходящих за пределы первоначального запроса.

Терапевтический стиль.

Терапевт школы **Дж. Келли** не пытается просто переубедить пациента, внушить ему свои установки. Вместо этого он задает вопросы о содержании и последствиях убеждений пациента, после чего тот сам решает сохранять, изменять или полностью отвергать свои убеждения. При этом терапевт и пациент взаимодействуют как ученые-коллеги (или как научный руко-

¹³ В настоящее время существует несколько (по подсчетам М. Мэхуни [1] — 17) несколько отличающихся друг от друга когнитивистских психотерапевтических моделей.

¹⁴ Напомним, что желаемое состояние психического благополучия описано Эллисом по следующим критериям: интерес к себе, социальный интерес, самоуправляемость, терпимость, принятие неопределенности, гибкость, научное мышление. Однако, если достижение таких идеальных целей, по каким-то причинам невозможно, целью может быть просто избавление от симптома, который привел клиента к терапевту.

тивность. Так же, как и другие когнитивисты, он не считал значимым этиологический анализ.

«Достоверное знание того, почему человек когда-то начал вести себя нелогично, никоим образом не дает нам ни представления о том, почему он продолжает вести себя нелогичным образом, ни о том, что ему следует предпринять для того, чтобы изменить свое поведение» [11].

В динамике невротических состояний Эллис выделяет первичный (вызванный описанными выше факторами) и вторичный (обусловленный реакцией на само первичное невротическое состояние) невроз.

Литература:

1. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. – N.Y.: Basic Books, 1985. – 384 p.
2. Kelly G. A. *The Psychology of Personal Constructs. Volume 1: A*

Theory of Personality. Volume 2: Clinical Diagnosis and Psychotherapy. New York: Norton. 1955.

3. Makhoul-Norris F., Jones H. G., Norris H. *Articulation of the conceptual structure in the obsessional neurosis*. – *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.*, 1970, v. 9, p. 264–274.

4. Bannister D. (ed.) *Issues and approaches in personal construct theory*. – London: Academic Press, 1985.

5. Moorey S. *Cognitive Therapy // Handbook of Individual Therapy*. – London: SAGE Publications. – P.103-120.

6. Майерс Д. *Социальная психология*. – СПб: Питер, 1997. – 688 с.

7. Clark D.M. *A cognitive approach to panic // Behaviour Research and Therapy*. – 1986, №24. – p.461-470.

8. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. *Когнитивно-бихевиоральная терапия // Основные направления современной психотерапии*. М.: Генезис, 2000. – с. 224-267.

9. Beck A.T. *Cognitive models of depression // Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1987. – №1. – p.5-39.

10. Ellis A. *My philosophy of psychotherapy // Journal of Contemporary Psychotherapy*. 1973. V.6. № 1. P.13.

11. Ellis A. *Rational Psychotherapy // Journal of General Psychology*. – 1958. – №59. – p.47.

Табачников А.Е., Абдрахимова Ц.Б. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ¹³

Лекция третья: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ.

**«Если ты хочешь избавиться от всякой тревоги, представь себе, что пугающее тебя случится непременно, и какова бы ни была беда, найди ей меру и взвесь свой страх. Тогда ты наверняка поймешь, что несчастье, которого ты боишься, или не так велико или не так длительно»
(Сенека [2])**

Цель терапии личностных конструктов – помочь клиенту улучшить прогностическую эффективность его конструктивной системы (либо приобрести новые конструкты, либо расширить диапазон применимости имеющихся конструктов); помочь клиенту, благодаря этому, найти альтернативный взгляд на себя, жизнь и свои проблемы, и «дать человеческому процессу двигаться опять» [3].

«Резюмируя, мы можем сказать, что психотерапевтическое движение означает следующее:

1) клиент пересмотрел взгляд на самого себя и на некоторые конкретные характеристики своего мира в пределах своей первоначальной системы;

2) он более точно организовал свою старую конструктивную систему;

3) он заменил некоторые конструкты в своей старой системе на новые» [4, vol. 2, p. 941].

Цель когнитивной терапии – раскрыть и изменить те схемы пациентов, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоции и, благодаря этому, устранить психопатологические симптомы и помочь обрести

новые стратегии поведения.

Цель рационально-эмотивно-поведенческой терапии – помочь клиенту осуществить изменение жизненной философии: прекратить предъявлять себе и миру необоснованные, абсолютизирующие требования; научиться переносить фрустрацию в процессе достижения целей¹⁴.

Для достижения целей когнитивной терапии любого направления необходимо показать клиенту, что его связано не с самими по себе событиями его жизни, а с тем, как клиент интерпретирует их, а заодно – и самого себя.

Когнитивная терапия в большей степени, чем другие направления, сосредоточена на актуальных проблемах пациента, с которыми он обратился за помощью, т.е. на симптомах. Когнитивные терапевты обычно не ставят себе целью перестройку личности клиента. Вместе с тем, обретенные стратегии могут быть использованы клиентом и в ситуациях, выходящих за пределы первоначального запроса.

Терапевтический стиль.

Терапевт школы **Дж. Келли** не пытается просто переубедить пациента, внушить ему свои установки. Вместо этого он задает вопросы о содержании и последствиях убеждений пациента, после чего тот сам решает сохранять, изменять или полностью отвергать свои убеждения. При этом терапевт и пациент взаимодействуют как ученые-коллеги (или как научный руко-

¹³ В настоящее время существует несколько (по подсчетам М. Мэхуни [1] – 17) несколько отличающихся друг от друга когнитивистских психотерапевтических моделей.

¹⁴ Напомним, что желаемое состояние психического благополучия описано Эллисом по следующим критериям: интерес к себе, социальный интерес, самоуправляемость, терпимость, принятие неопределенности, гибкость, научное мышление. Однако, если достижение таких идеальных целей, по каким-то причинам невозможно, целью может быть просто избавление от симптома, который привел клиента к терапевту.

водитель и студент-дипломник). Терапевт как научный руководитель хорошо разбирается в построении экспериментов, знает о возможных типичных ошибках в их построении, и помогает клиенту в разработке и осуществлении экспериментов¹⁵. При этом, в зависимости от ситуации, терапевт принимает то более (активно направляет и стимулирует клиента интерпретировать события по-новому, не так, как он делал это раньше), то менее директивную роль. Такой подход стимулирует активность клиента и предполагает сочетание когнитивных и поведенческих техник. Сами отношения между участниками терапевтического процесса не рассматриваются как существенный элемент лечения.

Исходя из постулата психологической модели данной теории, гласящего, что изменения конструктивной системы индивида происходят в результате ее проверки на практике, Келли рассматривал психотерапию как процесс изменений на основе реконструирования и нового опыта.

А. Бек определяет отношения терапевта и пациента как «эмпирическое сотрудничество» (пациент и терапевт работают вместе над представлением идей пациента в форме гипотез, над проверкой их валидности и поиском альтернативы в тех случаях, когда они эмпирически не подтверждаются).

«Когнитивная терапия — это активный, директивный, ограниченный по времени, структурированный подход... Терапевт строит лечение так, чтобы побудить пациента к участию и сотрудничеству... к активному участию в различных терапевтических операциях» [6].

В ходе сессии пациент и терапевт периодически обобщают обсуждающуюся информацию, что позволяет не отклоняться от основной темы и убедиться в правильности интерпретации ситуации. Терапевт также постоянно предоставляет пациенту (валидизируя его новые теории) и запрашивает обратную связь о восприятии себя и терапевтического процесса.

В РЭПТ терапевт обычно ведет себя более активно и директивно. Эллис обосновывал необходимость такого стиля тем, что клиенты с серьезными психологическими проблемами сопротивляются терапевтическому процессу¹⁶. Вместе с тем, терапевт демонстрирует эмпатию¹⁷ и безусловное принятие¹⁸ в той мере, которая не сформирует зависимость клиента от терапевта. Постоянно подчеркивается важность использования открытий, сделанных клиентом в процессе терапии, в его повседневную жизнь. Кроме того, Эллис рекомендует неформальный, юмористический стиль (психологические нарушения — результат чрезмерно

серьезного отношения к жизни) и подчеркивает необходимость быть гибким в зависимости от конкретной ситуации и конкретного клиента. Например, терапевт может при необходимости сообщать клиенту информацию о себе.

Основные техники.

А. Диагностические техники¹⁹.

Исходя из философской, психологической и психопатологической моделей теории Келли, терапевту нет смысла искать «факты из прошлого пациента», поскольку не они, а система конструктов определяет поведение и проблемы индивида.

Терапия личностных конструктов начинается с написания клиентом в третьем лице **очерка самохарактеристики**²⁰:

«Я хочу, чтобы Вы написали заметки о характере Гарри Брауна, как если бы он был главным героем в пьесе. Напишите о нем так, как мог бы написать друг, который знает его очень близко и очень хорошо к нему относится, возможно лучше, чем кто-либо другой знает его. Пишите о нем в третьем лице» [4, vol. 2, p.323].

Тщательное изучение такой самохарактеристики позволяет выявить конструкты, которыми клиент пользуется для интерпретации себя, других людей и отношений с ними. Другой диагностической процедурой может быть **тест репертуарных решеток** или **laddering** (исследование конструктов клиента на все более и более абстрактном уровне). Кроме того, терапевт может попросить клиента оценить преимущества и недостатки каждого из полюсов конструкта, связанного с его проблемой. Например, женщину, желающую избавиться от лишнего веса можно попросить описать преимущества «быть стройной» («носить хорошую одежду»), недостатки «быть полной» («тяжело подниматься по лестнице»), а затем — недостатки «быть стройной» («слишком большой и сложный выбор») и преимущества «быть полной» («мужчины не будут помогать»).

В оценке смысла симптома терапевт ставит перед собой вопрос: «Какой эксперимент ставит мой пациент, когда у него возникает этот симптом?».

Когнитивная терапия А. Бека начинается с **концептуализации проблем пациента**, их перевода на когнитивный язык: схемы, лежащие в основе когнитивных искажений, логические ошибки (отвержение части информации и т.д.), негативные автоматические мысли.

Соответственно, РЭПТ²¹ в оценке проблем клиента

¹⁵ Кабинет терапевта — это лаборатория, в которой психотерапевт помогает клиенту создавать и проверять новые гипотезы [5].

¹⁶ См. психопатологическую модель теории Эллиса об иррациональных идеях.

¹⁷ «РЭПТ — терапевты проявляют к своим клиентам особый род эмпатии. Это не только «аффективная» эмпатия, но и философская эмпатия. РЭПТ — терапевты с осторожностью проявляют по отношению к клиенту безмерную теплоту» [6].

¹⁸ «Терапевт стремится к безусловному принятию своих клиентов как несовершенных человеческих существ, которые часто ведут себя саморазрушительно, но в своей сущности никогда не бывают плохими» [6].

¹⁹ Разделение техник на диагностические и терапевтические является, в определенной степени, условным.

²⁰ «Если Вы не знаете, что с пациентом не так, спросите его, и он Вам расскажет» [4, vol. 1, p. 241].

²¹ Концептуализации проблем клиента в РЭПТ предшествует процедура индукции — разъяснения клиенту сущности предстоящей терапии

пользуется формулой «АВС». Эллис при концептуализации проблем обращает внимание не на поиск иных объяснений поведения других людей, а на иррациональные убеждения. Некоторые РЭПТ – терапевты предлагают своим клиентам заполнить форму, которая предоставляет основную биографическую информацию, касающуюся проблем клиента.

Для изучения ожиданий пациента, например, его можно попросить отметить на 10-балльной шкале (0 – «диагностика рака последней стадии», 10 – «получение Нобелевской премии») наилучший и наихудший выход из данной ситуации.



Затем избираются стратегия и конкретные тактики терапии.

Б. Терапевтические техники.

В *терапии личностных конструктов* используется техника **фиксированных ролей**. Она основана на положении Келли о возможности изменения когнитивной системы через использование новых моделей поведения. Отталкиваясь от вышеупомянутого очерка самохарактеристики, терапевт придумывает и излагает на бумаге образ человека, обладающего конструктивной системой, которая может оказаться полезной для пациента. Этот образ не должен очень сильно отличаться от самохарактеристики (трудно ожидать от пациента резких изменений), скорее конструкты, которыми пользуется этот вымышленный персонаж должны позволять рассматривать основные проблемы клиента в другой плоскости²².

«Целью нашего исследования было не создание какой-нибудь абстрактной модели человека, отличной от него самого, и даже не приближение его к какой-нибудь человеческой модели, но достижение реальных терапевтических результатов с наименьшим нарушением личности клиента» [4, vol. 1, p.370].

Когда новый очерк написан, клиент и терапевт обсуждают и редактируют его до тех пор, пока клиент не почувствует, что сможет сыграть этого человека. Затем он играет эту роль в течение некоторого времени (обычно несколько недель) – одевается, ходит, разговаривает, как этот персонаж. Чтобы лучше справиться с этим, клиент перечитывает и обдумывает очерк несколько раз в день. Возможны репетиции поведения в терапевтической группе или с терапевтом, который может играть роли значимых людей в окружении пациента или обмениваться с пациентом ролями. В конце психотерапии, пациенту разрешается вернуться к

свойственному ему прежде ролевому поведению. Психотерапевт передает ему ответственность за оценку приобретенного им опыта и за то, что он впоследствии предпримет с учетом этого нового опыта.

В *когнитивной терапии* используются когнитивные и поведенческие техники. Когнитивные техники направлены на преодоление логических ошибок и негативных автоматических мыслей, а также ошибочных фиксированных предположений:

• Сократический диалог («заполнение пустоты»)

– совместное исследование того, почему определенная ситуация вызывает дезадаптивные мысли и чувства.

Терапевт задает вопросы, позволяющие клиенту глубже проанализировать мысли, интерпретации и оценки, связанные с этой ситуацией, и их обоснованность. При этом терапевт и клиент рассматрива-

ют проблемы как бы со стороны, как объективные наблюдатели, что позволяет уменьшить эмоциональное напряжение клиента.

• **Модификация негативных автоматических мыслей и логических ошибок** – клиента обучают обнаруживать и записывать негативные автоматические мысли. Вначале это понятие разъясняется, затем приводятся примеры. Клиент обучается устанавливать зависимость: «событие» → «негативная автоматическая мысль» → «нарушение эмоций или поведения». Затем клиента обучают преодолевать эти мысли. В сократическом диалоге терапевт демонстрирует, как изменить мышление. Терапевт может предложить клиенту заполнять специальные формы, фиксирующие дисфункциональные мысли и степень успешности их преодоления. Для модификации этих мыслей используются такие приемы:

✓ **Проверка реальности** – анализ адекватности дисфункциональных мыслей (действительно ли то, что произошло позволяет сделать такой вывод);

✓ **Декатастрофизация** (борьба с преувеличением) – исследование действительных последствий вызывающих у пациента тревогу событий (эффективна при проблемах в сфере межличностных отношений).

✓ **Поиск альтернатив и реатрибуция** (борьба с персонализацией) – исследование иных возможных причин событий или мотивов людей.

✓ **Переформулирование** – попытка представить проблему так, чтобы интернализировать локус контроля и сделать ее более конкретной.

Поведенческие техники, как и когнитивные, имеют конечной целью модификацию когнитивных схем. Они используют для этого новые результаты деятельности клиента. Эти техники часто применяют на начальном этапе терапии, пока отсутствует позитив-

²² Если клиент использовал в самохарактеристике конструкт «агрессивный – покорный», персонаж должен использовать конструкт «уважительный – неуважительный».

ный опыт для изменения когний. В этих техниках пациент обычно занимается исследованием реальности – проверяет, подтверждает ли она имеющиеся схемы. Например, пациента просят составить расписание своей активности на ближайшее время («домашнее задание») и давать оценки своему эмоциональному состоянию, связанному с отдельными пунктами этого плана (успешность выполнения, полученное удовольствие, уровень контроля над ситуацией и т.д.). Это позволяет избавиться от «черно-белого» мышления. Используются также ролевые игры, репетиции поведения (особенно там, где имеются реальные, а не выдуманные проблемы) и релаксация.

В *РЭПТ* также используются когнитивные и поведенческие, а также эмотивные техники. С помощью **когнитивных техник** терапевт в беседе с клиентом выявляет, обсуждает (в стиле дискутирования – сократического диалога) и помогает клиенту сформировать четкие рациональные убеждения. Как и в терапии по Беку, клиентам предлагаются книги и брошюры по самопомощи. Помимо этого,

- клиент может выполнять письменные работы на разные темы, в которых излагает свои рациональные убеждения;
- терапевт может рекомендовать клиенту чтение книг и прослушивание аудиокассет по самопомощи (библиотерапия).

Рационально-эмотивные образы – техника, в которой клиенты практикуются, воображая негативное событие **А**, изменять свои негативные эмоции **С** на здоровые путем внутреннего сократического диалога.

С помощью **поведенческих техник** (например, выполнения домашнего задания) добиваются усиления рациональных и ослабления иррациональных убеждений пациента. Поведенческие техники также направлены на приобретение навыков деятельности в ситуациях эмоционального дискомфорта, обучение навыкам адаптивного социального поведения и т.д.

Литература:

1. Mahoney M.J. *Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance* // *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. – №1. – p.39-59.
2. Сенека Л.А. *Нравственные письма к Луцилию*. – М.: Художественная литература, 1986. – 543 с.
3. Kelly G.A. *The psychotherapeutic relationship* // *Clinical Psychology and Personality: The Selected Papers of George Kelly*. – N.Y.: Wiley, 1969
4. Kelly G.A. *The Psychology of Personal Constructs. Volume 1: A Theory of Personality. Volume 2: Clinical Diagnosis and Psychotherapy*. New York. Norton. 1955.
5. Fransella F., Dalton P. *Personal Construct Therapy* // *Handbook of Individual Therapy*. – London: SAGE Publications. – P.147-165.
6. Beck A., Shaw B., Emery G., Rush A.J. *Cognitive Therapy of Depression*. – N.Y.: Guilford Press, 1979. – 425 p.
7. Эллис А., Драйден У. *Практика рационально – эмоциональной поведенческой терапии*. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 352с.