

науково-практичний журнал

4(67)' 2011 ●

Архів психіатрії

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал

Том 17, №3 (66) ' 2011

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

Головний редактор С.І. Табачніков

Заступник головного редактора О.М. Дзюба

Редакційна колегія:

Г.Ю. Васильєва, Є.Г. Гриневич, Н.О. Дзержиська, В.Р. Іелько,
І.А. Марценковський, Н.І. Мельник, О.С. Осужєвська, В.Я. Пітель,
О.А. Ревенко, К.Е. Савінова (відповідальний редактор), Є.М. Харченко,
О.С. Чабан



Редакційна рада:

В.А. Абрамов (Україна), Ю.А. Александровський (Росія), І.О. Бабюк (Україна), Т.Д. Бастеєва (Україна),
М.П. Бєро (Україна), В.С. Вітєнський (Україна), Л.О. Буликєва (Україна), Л.Ф. Бурлачук (Україна), В.А. Вєрбєтєв
(Україна), А.М. Вісєвський (Україна), М.І. Вішньєв (Україна), П.В. Волошин (Україна), С.О. Гринєвич (Україна),
В.Я. Гавєнко (Україна), М.Т. Дубина (Україна), М.М. Іванєв (Росія), В.М. Калєєв (Україна), В.Г. Калєвєнєвський
(Україна), А.М. Коєвєв (Україна), В.М. Красєєв (Росія), Є.В. Кришєв (Україна), В.М. Куєвєєв (Україна),
О.М. Машєєвєв (Україна), М.В. Марєєва (Україна), Н.О. Мієвєва (Україна), Б.В. Мієвєєв (Україна),
О.М. Морєєв (Україна), О.В. Павєєв (Україна), О.К. Нарєєєв (Україна), О.А. Павєєєв (Україна),
В.С. Пієєєєв (Україна), В.А. Пієєєєв (Україна), А.В. Поєєєєв (Росія), Т.М. Пуєєєєєв (Україна), Н.Г. Пуєєєєв
(Україна), В.М. Рєєєєєв (Україна), А.М. Сєєєєєв (Україна), І.К. Сєєєєєв (Україна), І.Д. Сєєєєєв (Україна),
О.Г. Сєєєєєв (Україна), О.С. Тєєєєєв (Росія), А.П. Чуєєєєєв (Україна), В.О. Шаєєєєєв (Україна),
Л.М. Юєєєєєв (Україна), О.О. Фєєєєєв (Україна)

Засновник і видавець:

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

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

Акредитовано 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: undisprn@ukr.net

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

Друкарня обсядництва Т. Пилипенко

Коректори: О.С. Таранюк

Комп'ютерна верстка В.Ю. Захаров

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІОСПН (протокол засідання № 5 від 25.05.2011р.).

Здано до набору 15.06.2011р. Підп. до друку 30.06.2011р. Формат 60 x 84 1/8. Друк офс. Папір офс.

Гарнітура «Times». Ум.-друк. дрк. 13,95. Наклад 1000 прим. Зам. № 61-1.

Надруковано ТОВ «Вік принт», 03062, м. Київ, вул. Кулібіна, 11а; тел./факс: 206-08-57.

Редація може публікувати матеріали не розділяючи точок 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.

ЗМІСТ

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>И.С. Витенко</i> ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	7
<i>М.П. Боро, В.В. Волобуев</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА «СИСТЕМ- НОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ» В СИСТЕМЕ РАЗВИТИЯ ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ, МЕДИКО-ПСИХОЛОГИ- ЧЕСКОЙ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ	10
<i>О.М. Зінченко, В.І. Яценко, Л.Л. Яценко, В.І. Скрипник</i> СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	14
<i>В.В. Огоренко</i> ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	19
<i>О.Є. Смашина</i> КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМОПЛАСТИЧНОГО ВПЛИВУ СУПУТНІХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ШИЗОФРЕНІЇ	22
<i>В.Д. Мишиев, М.В. Шейко, Ю.А. Блажевич, К.А. Василенко, Ю.А. Кушнир, Г.А. Осадчая</i> ПЕРЕНОСИМОСТЬ, БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГИБКИМИ ДОЗАМИ АРИПИПРАЗОЛА АРИП МТ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	28
<i>А.М. Кожина, М.В. Маркова, Е.Г. Гриневич, Е.А. Зеленская</i> К ПРОБЛЕМЕ АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ ВУЗОВ III-IV УРОВНЕЙ АККРЕДИТАЦИИ	32
<i>В.І. Коростий</i> КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПОДХОДЫ К ИХ КОРРЕКЦИИ	35
<i>Ш.Д. Таравнех</i> ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО- ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ	39

CONTENTS

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>I.S. Vitenko</i> PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF THE FAMILY DOCTOR FOR PROFESSIONAL WORK	7
<i>M.P. Bero, V. V. Volobuev</i> ORGANIZATION OF PSYCHOLOGICAL HELP IN THE CONDITIONS OF A DAY HOSPITAL "SYSTEM FAMILY PSYCHOTHERAPY" IN THE DEVELOPMENT OF TERTIARY PSYCHOTHERAPEUTIC, MEDICAL, PSYCHOLOGICAL AND PSYCHO-NEUROLOGICAL ASSISTANCE TO THE POPULATION OF DONETSK REGION	10
<i>O.M. Zinchenko, V.I. Yaschenko, L.L. Yaschenko, V.I. Skrypnik</i> THE CONDITION OF MENTAL HEALTH OF CHERNIGOV OBLAST POPULATION AND INCREASE OF PSYCHIATRIC SERVICE EFFICIENCY ON REGIONAL LEVEL	14
<i>V.V. Ogorenko</i> FEATURES NONPSYCHOTIC OF MENTAL INFRINGEMENTS IN STRUCTURE OF CLINICAL DISPLAYS OF TUMOURS OF THE BRAIN	19
<i>O.Ye. Смашина</i> CLINICAL-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SYNDROMOPLASTIC INFLUENCE OF CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGIES ON THE FORMING OF CLINICAL PRESENTATION OF SCHIZOPHRENIA	22
<i>V. Mishyiev, M. Sheiko, U. Blajevich, K. Vasilenko, Y. Kyshnir, G.Osadcha</i> BEARABLENESS, SAFETY AND EFFICIENCY OF TREATMENT THE FLEXIBLE DOSES OF ARIPRAZOL ARIPI MT AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA	28
<i>A.M. Kozhyna, M.V. Markova, Ye.G. Grinevich, E.A. Zelenskaya</i> THE PROBLEM OF THE UNDERGRADUATE STUDENTS OF UNIVERSITIES III-IV ACCREDITATION LEVELS	32
<i>V. I. Korostiy</i> CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS AND APPROACHES TO THEIR CORRECTION	35
<i>Sh.D. Taravnekh</i> AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF SOFT TISSUE IN MAXILLOFACIAL AREA	39

<i>В.В. Сорока</i> СТРУКТУРА СУПРУЖЕСКОГО НАСИЛИЯ	<i>V.Soroka</i> THE STRUCTURE OF DOMESTIC VIOLENCE
41	41
<i>Т.С. Яновский</i> ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И НЕВРАСТЕНИИ	<i>T.S. Yanovsky</i> BIOELECTRIC BRAIN ACTIVITY IN PATIENTS WITH NEUROTIC AND CFS NEUROSIS-LIKE DISORDERS
44	44
<i>А.М. Бычкова, Н.А. Афанасьева, Е.В. Дубровская, Э.И. Пацкун, Н.О. Зимак- Закутняя, С.Ю. Логуш, А.М. Кучеренко, Н.В. Грищенко, Л.А. Лившиц</i> МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ	<i>A. Bychkova, N. Afanasjeva, E. Dubrovskaya, E. Patskyn, N. Zymak-Zakytnaya, S. Logysh, A. Kycherenko, N. Grischenko, L. Livshits</i> MOLECULAR GENETIC STUDY OF PATIENTS WITH NON-DIFFERENTIATION MENTAL RETARDATION
47	47
<i>І.В. Лазебник</i> ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ, ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЯ, МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ Х	<i>I.V. Lazebnyk</i> ANXIETY DISORDERS, HYPERVENTILATION, METABOLIC SYNDROME X
54	54
<i>О.М. Дзюба, О.В. Бушинська, К.І. Тарновецька, В.П. Кардашов, А.Ю. Лагутін</i> РІВЕНЬ КОГНІТИВНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ	<i>A. Dzuba, O. Bushinskaya, K. Tarnovetskaya, V. Kardashev, A. Lagutin</i> THE LEVEL OF COGNITIVE AND EMOTIONAL STATE AMONG YOUNG AGE PERSONS IN CONDITIONS OF SOCIAL CRISIS
58	58
<i>И.А. Бабюк, А.В. Яковленко, О.Е. Шульц, О.Г. Студзинский</i> РОЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН	<i>I.A. Babiuk, A.V. Yakovlenko, O.Ye. Shultz, O.G. Studzinsky</i> ROLE PSYCHIC AND SOMATIC FACTORS IN MEN'S SEXUAL DISORDERS
60	60
<i>И.А. Бабюк, А.В. Яковленко, П.Д. Цветкова, С.Г. Ушенин, С.И. Найдено</i> КОРРЕКЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ И УРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КОПУЛЯТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ	<i>I.A. Babiuk, A.V. Yakovlenko, P.D. Tzvetkova, S.G. Ushenin, S.I. Naydenko</i> CORRECTION OF COPULATIVE DYSFUNCTIONS MEN'S WITH PSYCHOPATHOLOGICAL AND UROLOGICAL SYMPTOMS
63	63

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>І.А. Марценковський</i> ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ	<i>I.A. Martsenkovsky</i> GENERAL PRINCIPLES OF TREATMENT OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS
67	67
<i>С.І. Осташко, О.В. Терещенко, С.І. Табачников, І.А. Марценковський</i> ВПЛИВ ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ НА ЯКІСТЬ ТА ДОСТУПНІСТЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УКРАЇНІ	<i>S.I. Ostashko, O.V. Tereshenko, S.I. Tabachnykov, I.A. Martsenkovsky</i> IMPACT OF ECONOMIC CRISIS ON THE QUALITY AND AVAILABILITY OF MENTAL CARE FOR CHILDREN IN UKRAINE
70	70
<i>Г.Т. Сонник, Р.І. Ісаков, Л.О. Герасименко, О.С. Максименко</i> СТАН СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я І СЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ДЕЛІНКВЕНТНИХ ПІДЛІТКІВ	<i>G.T. Sonnik, R.I. Isakov, L.O. Gerasimenko, O.S. Maximenko</i> STATE OF SEXUAL HEALTH AND SEXUAL DEVELOPMENT OF DELINKVENTNIKH OF TEENAGERS
75	75

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

В.Р. Ілейко, А.В. Канищев

АНАЛІЗ ГАЛУЗЕВОЇ СТАТИСТИКИ ЩОДО КОМПЛЕКС-
НИХ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ В
УКРАЇНІ ЗА ПЕРІОД 2005–2009 РОКІВ 78

НАРКОЛОГІЯ

*І.К. Сосін, В.В. Шаповалов (мол.), О.Ю.Гончарова,
Ю.Ф.Чуєв, М.О. Овчаренко, О.В.Друзь*

КОМПЛЕКСНА НАНОТЕХНОЛОГІЧНА ДЕТОКСИКАЦІЯ
ПРИ ОПОЇДНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ: НОВІ ПЕРСПЕКТИВИ
НАРКОЛОГІЇ 84

А.В. Погосов, І.Н. Архипова, Шади Хадж Саид
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В КЛИНИКЕ
ОПИЙНЫХ НАРКОМАНИЙ 89

К.В.Аймедов
ВИВЧЕННЯ МОТИВАЦІЇ ПАТОЛОГІЧНОГО
ГРАВЦЯ 99

Е.С. Осуховская
ВЗАИМОПОТЕНЦИРУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ,
АССОЦИИРОВАННЫЕ С ФОРМИРОВАНИЕМ
ХИМИЧЕСКИХ И НЕХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 102

С.И. Табачников, И.С. Рыткис, А.Ю. Васильева
К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
СРЕДИ МОЛОДЕЖИ 109

ПСИХОТЕРАПІЯ

Н.Г. Пишук, М.В. Маркова, Є.Я. Пишук
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА ПСИХО-
ТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ
ЧОЛОВІКІВ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ 113

А.Л. Оленицкий, А.В.Ченская
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГРУППОВОЙ
КРАТКОСРОЧНОЙ ФОКУСИРОВАННОЙ
ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ,
ОСНОВАННОЙ НА ГЛУБИННОЙ ПСИХОЛОГИИ
ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ 119

І.Ю.Стойков
САМОРЕАЛІЗАЦІЇ І ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ 123

FORENSIC PSYCHIATRY

В.Р. Ілейко, А. В. Kanishchev

ANALYSIS OF BRANCH STATISTICAL REPORTS
CONCERNING MULTISPECIALTY FORENSIC
PSYCHIATRIC EXPERTISE IN UKRAINE (2005–2009) . .78

NARCOLOGY

*І.К. Sosin, V.V. Shapovalov (Jr.), E.Yu.Goncharova,
Yu.F.Chuev, N.A. Ovcharenko, O.V.Druz*

INTEGRATED NANOTECHNOLOGY DETOXICATION IN
OPIOID DEPENDENCE: A NEW PERSPECTIVES
ADDICTION 84

A.V. Pogosov, I.N. Arkhipova, Shadi Khadj Said
CURRENT STATE OF DEPRESSIVE
DISORDERS IN OPIOID
ADDICTION CLINIC 89

K. Ayamedov
THE STUDY OF MOTIVATION OF PATHOLOGICAL
PLAYER 99

E.S. Osuhovskaya
INTER POTENTIATE PROCESSES
ASSOCIATED WITH THE FORMATION
OF CHEMICAL AND NON-CHEMICAL ADDICTION
AMONG YOUNG PEOPLE 102

Tabachnikov S., Ritkis I., Vasylyeva A.
PREVALENCE OF NICOTINIC DEPENCE
AND TOBACCO SMOKING AMONG
YOUNG PEOPLE 109

PSYCHOTHERAPY

N.G. Psuk, M.V. Markovs, Y.Y.Pshuk
ESPECIALLY FORMATION AND PSYCHOTHERAPEUTIC
CORRECTION OF COPING-BEHAVIOR OF MEN WITH
ALCOHOL DEPENDENCE 113

O. Olenytsky, A. Chenskaya
FEATURES OF APPLICATION OF THE
GROUP SHORT-TERM FOCUSED
PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY,
BASED ON DEEP PSYCHOLOGY
AT HOSPITAL 119

I.U. Stojkov
REALIZATION AND GESTALT THERAPY 123

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ НАРИС

П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк
ТВОРЧЕСКИЙ ПУТЬ И НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ
ПРОФЕССОРА Н.П. ТАТАРЕНКО
(к 110-летию со дня рождения) 127

ДИСКУСІЙНИЙ КЛУБ

Семен Глузман
ОТ БЕЗРАЗЛИЧИЯ К ЖЕСТОКОСТИ 132

СТЕНДОВІ ДОПОВІДІ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ»
15-16 вересня 2011р., м. Київ 134

НЕКРОЛОГ

СВІТЛОЇ ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА
ВЛОХ ІРИНИ ЙОСИПІВНИ 145

BIBLIOGRAPHIC ESSAY

P.T. Petryuk, O.P. Petryuk
CREATIVE WAY AND SCIENTIFIC LEGACY
OF PROFESSOR N.P. TATARENKO
(To 110-th anniversary) 127

DEBATING SOCIETY

Semen Gluzman
FROM INDIFFERENCE TO VIOLENCE 132

POSTER PAPERS

OF THEORETICAL PRACTICAL CONFERENCE
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION
«MODERN PROBLEMS OF MENTAL
HEALTH OF UKRAINIAN POPULATION»
15-16th of September, 2011, Kyiv 134

OBITUARY

OBITUARY OF BLESSED MEMORY OF PROFESSOR
VLOKH IRYNA YOSYPIVNA 145

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 159.9:378.1:614.23

И. С. Витенко

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА
К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Центральный методический кабинет по высшему медицинскому образованию МЗ Украины

Ключевые слова: дезадаптация, профессиональная деятельность, семейные доктора

Здоровье и здравоохранение является важнейшим компонентом социально-экономической системы государства, влияющей на все стороны его деятельности. Как показывают зарубежный опыт и опыт развития отечественного здравоохранения, важнейшим условием построения рациональной системы первичной медико-санитарной помощи является разработка единых критериев профессиональной компетенции специалиста, оказывающего эту помощь [7;9].

Современные неблагоприятные социально-экономические и политические условия в Украине значительно обострили проблему адаптации врача к профессиональной деятельности, повысили требования к качеству и эффективности медицинского обслуживания. Профессиональная деятельность врача является психоэмоционально напряженным видом социальной деятельности. Актуальность исследования проблем адаптации врача к профессиональной деятельности не вызывает сомнения, но только в последние годы систематически изучаются внутренние и внешние факторы протекания этого процесса и его нарушения. Особое значение приобретает изучение социально-психологической и психической адаптации врачей общей практики [3;5;6].

Психическая адаптация понимается нами как целостная, многомерная и самоуправляемая функциональная система, направленная на поддержание устойчивого взаимодействия с окружающей средой и отношения к самому себе. Такое понимание психической адаптации предполагает анализ взаимосвязей биологических, психологических и социальных ее структурных компонентов, каждый из которых, отличается своеобразием, внося свой вклад в общий адаптационный процесс. Дезадаптивные состояния возникают в результате расстройства всей функциональной системы в целом, и прорыв адаптационного барьера может происходить на его различных уровнях. Динамические характеристики структуры личностных реакций отражаются в особенностях изменения взаимосвязей и взаимоотношений между ее отдельными компонентами, что и формирует индивидуальные стратегии психической адаптации. Таким образом, в возникновении и закреплении дезадаптивных реакций у врачей особую роль играют индивидуально-психологический паттерн реакции, личностные особенности и те способы поведения, которые врач реализует в профессиональной

деятельности. Являясь многоуровневым динамическим процессом, адаптация связана с изменением деятельности различных органов и систем организма и определяет уровень психофизиологического и психического здоровья человека и степень общей эффективности деятельности на биологическом, психическом и социально-психологическом уровнях [1;2;4;8].

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования, цель которого на изучить уровни и специфику психологической адаптации семейного врача к профессиональной деятельности.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода проведено комплексное обследование 512 врачей общей практики семейной медицины обоего пола (210 мужчин и 302 женщины), в возрасте 25 - 62 лет, работающих в разных регионах Украины. У 307 врачей - 189 женщин и 118 мужчин - выявлены расстройства адаптации.

С целью анализа формирования психологической готовности к профессиональной деятельности было проведено обследование 615 студентов обоего пола старших курсов высших медицинских учебных заведений Украины.

Результаты и обсуждение. Как свидетельствуют полученные в ходе работы данные, основное влияние на результативность профессиональной деятельности врача общей практики семейной медицины оказывает его адаптация к лечебной деятельности, определяемая рядом социальных, психологических и биологических факторов.

Нами проведен анализ социальных факторов влияющих на удовлетворенность семейного врача своей работой и определяющих успешную адаптацию к профессиональной деятельности.

Как свидетельствуют результаты нашего исследования 83,7% врачей не удовлетворены условиями труда, 88,0% считают, что лечебные учреждения не обеспечиваются в полной мере необходимыми фармацевтическими препаратами и медицинскими средствами. 70% врачей общей практики считают, что они перегружены «бумажной» работой, 48,5% полагают, что некоторые аспекты их работы лишены смысла, и только 12,2% обследованных рассматривают свою заработную плату как соразмерную и соответствующую прилагаемым усилиям. 97,0% врачей работников

отмечают актуальность процесса информатизации здравоохранения, и их рабочего места непосредственно, при этом 43,0% владеют соответствующим уровнем знаний по внедрению компьютерных технологий.

Формирование личности семейного врача имеет свои специфические особенности, обусловленные объектом его деятельности. Уровень профессионализма определяется как сформированностью конкретных практических навыков медицинского персонала, так и его характерологическими качествами.

Проведенное в ходе работы психодиагностическое исследование позволило нам выделить основные личностные качества врача общей практики семейной медицины, определяющие успешное выполнение семейным врачом профессиональных функций и высокий уровень его адаптации к лечебной деятельности: высокий уровень эмпатии (92,5% обследованных), гуманистическая жизненная позиция врача (68,5%), адекватный уровень самооценки (72,5%), личностная зрелость и способность к автономной профессиональной деятельности (95,3%), потребность в постоянном профессиональном совершенствовании (44,5%), высокий уровень коммуникативности и способность к установлению комплаенса с поддержанием стабильных, длительных отношений (89,4%), приверженность валеологическим принципам (36,7%), способность к эффективному отреагированию отрицательных эмоций (51,4%), широта и гибкость мышления (75,1%), хорошие организаторские способности в координации лечебного процесса (48,1%), инициативность (34,7%), дисциплинированность (68,5%), владение невербальными методами общения (35,4%).

По результатам исследования врачи были разделены на две группы. В первую группу были включены врачи, считающие себя практически здоровыми, они предъявляли лишь единичные жалобы, в основном на ухудшение общего самочувствия и снижение настроения и активности в конце напряженного рабочего дня. Однако, после отдыха силы восстанавливались. Данная группа составила 43,8% от общего числа врачей (33% женщин и 66% мужчин, соответственно). Количество подобных жалоб было достоверно выше у женщин, чем у врачей-мужчин ($p < 0,05$), что психологически понятно в связи с решением разнообразных бытовых проблем в семье женщиной. Адаптивные ресурсы и возможности личности в целом не были снижены.

Во вторую группу (56,2%) вошли врачи, которые предъявляли жалобы на длительное ухудшение общего самочувствия, снижение настроения и активности, раздражительность, чрезмерную чувствительность, появление мыслей о своей невысокой значимости, неспособности эффективно справляться с рабочей нагрузкой (73% женщин и 27% мужчин, соответственно). Это достаточно ощутимо на протяжении длительного времени снижало общую продуктивность профессиональной деятельности, препятствовало установлению комфортным и удовлетворительным коммуникациям. Данные жалобы можно классифицировать как нарушения адаптации и

отнести к состояниям субъективного дистресса, сопровождающегося эмоциональными нарушениями, возникшими в период адаптации к профессиональной деятельности, как одному из значительных изменений в жизни. Для данной группы врачей профессиональная деятельность сама по себе была связана с повышенным психоэмоциональным напряжением, дезадаптивные реакции могут привести к изменению и нарушению социального функционирования.

Как показали результаты исследования, структура дезадаптивных реакций у врачей общей практики состоит из пяти типов реакций: астенический (33,6%), гиперестезический (21,2%), апатический (15,8%), депрессивный (17,5%), психосоматический (11,9%).

Наиболее часто встречался астенический вариант дезадаптивных реакций, который характеризовался наличием жалоб на повышенную утомляемость, раздражительность, отвлекаемость, рассеянность, снижение концентрации внимания, способности к запоминанию и воспроизведению необходимой информации. Врачи отмечали необходимость прикладывать больше усилий для сохранения прежнего оптимального уровня работоспособности, недостаточную удовлетворенность профессиональными и межличностными отношениями, повышенную конфликтность реагирования.

Гиперестезический вариант дезадаптивных реакций характеризовался повышенной восприимчивостью обычных внешних раздражителей, которые обладали нейтральностью в обычном состоянии. Эти жалобы возникали на фоне снижения работоспособности, невозможности сконцентрироваться на выполнении своих служебных обязанностей. Такие лица были конфликтны в общении с окружающими, причем сами страдали от своей несдержанности, жалели, что не могли сдерживать свои эмоции. Нередки были жалобы на эмоциональную лабильность, неясное ощущение возможных неприятностей, что могло также приводить к повышению межличностной конфликтности, возникновению проблемных ситуаций.

Апатический вариант дезадаптации характеризовался безразличием, потерей интереса к своей работе, семейным проблемам. Будущее виделось бесперспективным, эти врачи не стремились к профессиональному и личностному росту. Коллеги обычно характеризовали таких лиц как безинициативных, неконфликтных, которые «никому не мешали, но и не помогали».

Депрессивный вариант характеризовался наличием эмоциональных нарушений в виде сниженного фона настроения, эмоциональной неустойчивости, раздражительности, общей психической слабости, подавленности, значительного снижения самооценки. Будущее виделось неясным, бесперспективным. Неуверенность в себе сказывалась в снижении эффективности профессиональной деятельности. Указанные нарушения были стойкими и даже после полноценного отдыха полностью не исчезали.

Психосоматический вариант дезадаптации характеризовался наличием отдельных жалоб со стороны раз-

личных органов, обычно на фоне сниженного настроения. Нередки были жалобы на головные боли различной локализации и характера, тахикардию, колебания артериального давления, повышенную потливость. При этом объективное обследование не позволяло выявить какой-либо органической патологии, которая могла бы объяснить указанные жалобы. Продуктивность профессиональной деятельности была снижена.

Базируясь на полученных в ходе работы результатах, мы выделили три основных уровня адаптации семейного врача к профессиональной деятельности:

Высокий - характеризующийся высоким уровнем работоспособности, психологического комфорта, наличием резервов для преодоления критических ситуаций, объективных трудностей, связанных с недостатками в современной организации лечебного процесса.

Средний – проявляющийся снижением уровня работоспособности и психологического комфорта в кризисных ситуациях и при наличии недостатков в организации лечебного процесса, с быстрым восстановлением при их разрешении и сохранением психологического комфорта вне рабочего процесса.

Низкий - определяемый развитием состояний дезадаптации, проявлениями психологического дискомфорта в повседневной жизни, постоянным чувством.

В ходе работы нами проведена систематизация неблагоприятных социальных, психологических и биологических факторов приводящих к развитию состояний дезадаптации, возникающих у врача в условиях работы по принципам семейной медицины: чрезмерная поглощенность профессиональной деятельностью, дефицит положительных эмоций вне работы (75,4%); осознание недостаточного уровня компетентности (53,4%); отсутствие возможности профессионального роста (64,2%); низкий уровень мотивации, отсутствие экономических стимулов (78,6%); недостаточная финансовая обеспеченность, социальный статус (84,2%); несовершенство механизмов психологической защиты (44,5%); отсутствие навыков саморегуляции (54,7%); конфликты в медицинской среде (36,7%); семейная и сексуальная дисгармония (42,1%); дефицит профессионального общения (42,5%); акцентуации личности (35,8%); отсутствие психотерапевтических навыков (33,5%); ситуационные факторы (кадровые и организационные изменения, аттестации) (12,3%); пожилой возраст (10,5%); вредные привычки (10,3%).

Полученные в ходе работы данные легли в основу разработанной системы психопрофилактической под-

держки врача общей практики – семейного врача включает в себя разработку и внедрение программы психологических тренингов, системы психологического консультирования медицинских работников; обучение основам психотерапии, разработка и внедрение в учебный процесс в медицинских ВУЗах дополнительных учебных курсов по основам конфликтологии, основам психоанализа, менеджмента в медицине.

Таким образом, в формировании психологической адаптации семейного врача к профессиональной деятельности лежит многофакторная обусловленность в которой психологические, социальные и биологические факторы представлены в неразрывном комплексе, который определяет уровень адаптации.

Разработка и усовершенствование методологии и методики оценки различных уровней адаптации врачей к профессиональной деятельности позволит осуществить прогноз возникновения дезадаптации и адекватно решать вопросы их психокоррекции и психопрофилактики.

Литература:

1. Агашева Н.К. Система концепции психологических конфликтов // Медицинская психология. – 2006. – Т. 1, № 3. – С. 15 – 20.
2. Грановская Р.М. Психологическая защита // СПб. : Речь, 2007. – 474 с.
3. Кожина А.М., Коростій В.І. Хаустов М.М. Питання доказової медицини та стандартизації в охороні здоров'я при викладанні психіатрії та наркології // Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах України III – IV рівнів акредитації: Матеріали Всеукраїнської наукової навчально-методичної конференції, Тернопіль, 2011, С. 259.
4. Луценко А.Г. Психотерапевтические и медико-психологические реабилитационные стратегии при психогенных расстройствах // Медицинская психология. – 2006. – Т. 1, № 3. – С. 48–49.
5. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. // Нейро News. - №5 (24). – 2010. - С. 83-90.
6. Підкоритов В.С. Психіатрія в Україні – минуле, теперішнє, майбутнє. // – Вісник психіатрії та психофармакотерапії. №2 (14), 2008. С. 29-32.
7. Табачников С.І., Мельник А.В. Роль громадського суспільства у формуванні державної політики щодо охорони психічного здоров'я населення України. // – Архів психіатрії. Том 11, №1 (40), 2005. С. 17-21.
8. Табачников С.І. Актуальний стан та перспективи психотерапії та медичної психології в Україні / С.І. Табачников, Б.В. Михайлов, Н.О. Марута // Форум психіатрії та психотерапії. — 2004. – Т. 5, спец. вип. – С. 34–40.
9. Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення // Український вісник психоневрології. - Том 18, вип. 3 (64). - 2010. - С. 10-14.

ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

І.С.Вітенко

У статті наведено аналіз структури дезадаптивних реакцій лікарів загальної практики, що виникають у процесі їх професійної діяльності. Виділено 5 типів дезадаптації: депресивний, апатичний, астеничний, гіперестезичний, психосоматичний. Запропоновано систему психокорекційних та психопрофілактичних заходів.

Ключові слова: дезадаптація, професійна діяльність, сімейні лікарі

PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF THE FAMILY DOCTOR FOR PROFESSIONAL WORK

I.S.Vitenko

In the article there is the analysis of the structure of desadaptive reactions in general practitioners, which arise in the process of their professional activity. The 5 types of desadaptation are described. There are: depressive, apathic, asthenic, hyperesthetic and psychosomatic types. The system of psychocorrection and psychoprophylaxis is proposed.

Keywords: dezadaptation, professional work, family doctors

УДК 616.89

М.П. Боро, В.В. Волобуев

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА «СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ» В СИСТЕМЕ РАЗВИТИЯ ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ, МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

(Опыт и стратегия развития высокоспециализированной психотерапевтической, медико-психологической и психоневрологической помощи)

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: психотерапевтический центр, системная семейная психотерапия, организация, дневной стационар

История развития системной семейной психотерапии показывает, что эта область практики развивалась не так, как большинство психотерапевтических школ и подходов. Во многих психотерапевтических подходах описываются случаи работы с супружескими парами или с детско-родительскими конфликтами. В “Руководстве по семейному консультированию и психотерапии” (Horne, Ohlsen) описывается работа с семьями в рамках различных психотерапевтических школ: транзактного анализа, гештальт-терапии, клиентоцентрированного подхода, адлеровской и рационально-эмотивной психотерапии, бихевиоральной психотерапии и НЛП [1].

Концептуальную основу системной семейной психотерапии составила кибернетика, точнее, общая теория систем. Один из основоположников общей теории систем Л. фон Берталанфи показал, что понятие системы вытекает из так называемого “организмического взгляда на мир”. Для этого взгляда характерны два положения: а) целое больше, чем сумма его частей; б) – все части и процессы целого влияют друг на друга и друг друга обуславливают. Таким образом, базовая идея системной семейной психотерапии заключается в том, что семья — это социальная система, то есть комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом [1;2].

Семейная система — это открытая система, она находится в постоянном взаимодействии с окружающей средой. Семейная система это самоорганизующаяся система, то есть поведение системы целесообразно, и источник преобразований системы лежит внутри ее самой [1;2]. Исходя из этого понятно, что люди, составляющие семью, поступают, так или иначе под влиянием правил функционирования данной семейной системы, а не под влиянием своих потребностей и мотивов.

Система первична по отношению к входящему в нее элементу. Ясно, что объектом психотерапевтического воздействия является вся семейная система целиком, а не отдельный человек, элемент этой системы.

Жизнь семейной системы подчиняется двум законам: закону гомеостаза и закону развития. Закон гомеостаза гласит: всякая система стремится к постоянству, к стабильности. Для семьи это означает, что она в каждый данный момент времени своего существования стремится сохранить status quo. Нарушение этого статуса всегда болезненно для всех членов семьи, несмотря на то, что события могут быть и радостными, и долгожданными, например, рождение ребенка, распад мучительного брака и т.п. Закон постоянства обладает огромной силой. Как показали последние исследования в области системной семейной психотерапии, благодаря стремлению не допустить ухода повзрослевшего ребенка из семьи и тем самым сохранить семейную структуру родители способны терпеть любое психопатологическое поведение подростка к полному изумлению всех посторонних [2;3].

Одновременно действует закон развития: всякая семейная система стремится пройти полный жизненный цикл. Было замечено, что семья в своем развитии проходит определенные стадии, связанные с некоторыми неизбежными объективными обстоятельствами. Одним из таких обстоятельств является физическое время. Возраст членов семьи все время меняется и обязательно меняет семейную ситуацию. Как было показано Эриком Эриксоном, каждому возрастному периоду в жизни человека соответствуют определенные психологические потребности, которые человек стремится реализовать. Вместе с возрастом меняются и запросы к жизни вообще и к близким людям в частно-

PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF THE FAMILY DOCTOR FOR PROFESSIONAL WORK

I.S.Vitenko

In the article there is the analysis of the structure of desadaptive reactions in general practitioners, which arise in the process of their professional activity. The 5 types of desadaptation are described. There are: depressive, apathic, asthenic, hyperesthetic and psychosomatic types. The system of psychocorrection and psychoprophylaxis is proposed.

Keywords: dezadaptation, professional work, family doctors

УДК 616.89

М.П. Боро, В.В. Волобуев

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА «СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ» В СИСТЕМЕ РАЗВИТИЯ ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ, МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

(Опыт и стратегия развития высокоспециализированной психотерапевтической, медико-психологической и психоневрологической помощи)

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: психотерапевтический центр, системная семейная психотерапия, организация, дневной стационар

История развития системной семейной психотерапии показывает, что эта область практики развивалась не так, как большинство психотерапевтических школ и подходов. Во многих психотерапевтических подходах описываются случаи работы с супружескими парами или с детско-родительскими конфликтами. В “Руководстве по семейному консультированию и психотерапии” (Horne, Ohlsen) описывается работа с семьями в рамках различных психотерапевтических школ: транзактного анализа, гештальт-терапии, клиентоцентрированного подхода, адлеровской и рационально-эмотивной психотерапии, бихевиоральной психотерапии и НЛП [1].

Концептуальную основу системной семейной психотерапии составила кибернетика, точнее, общая теория систем. Один из основоположников общей теории систем Л. фон Берталанфи показал, что понятие системы вытекает из так называемого “организмического взгляда на мир”. Для этого взгляда характерны два положения: а) целое больше, чем сумма его частей; б) – все части и процессы целого влияют друг на друга и друг друга обуславливают. Таким образом, базовая идея системной семейной психотерапии заключается в том, что семья — это социальная система, то есть комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом [1;2].

Семейная система — это открытая система, она находится в постоянном взаимодействии с окружающей средой. Семейная система это самоорганизующаяся система, то есть поведение системы целесообразно, и источник преобразований системы лежит внутри ее самой [1;2]. Исходя из этого понятно, что люди, составляющие семью, поступают, так или иначе под влиянием правил функционирования данной семейной системы, а не под влиянием своих потребностей и мотивов.

Система первична по отношению к входящему в нее элементу. Ясно, что объектом психотерапевтического воздействия является вся семейная система целиком, а не отдельный человек, элемент этой системы.

Жизнь семейной системы подчиняется двум законам: закону гомеостаза и закону развития. Закон гомеостаза гласит: всякая система стремится к постоянству, к стабильности. Для семьи это означает, что она в каждый данный момент времени своего существования стремится сохранить status quo. Нарушение этого статуса всегда болезненно для всех членов семьи, несмотря на то, что события могут быть и радостными, и долгожданными, например, рождение ребенка, распад мучительного брака и т.п. Закон постоянства обладает огромной силой. Как показали последние исследования в области системной семейной психотерапии, благодаря стремлению не допустить ухода повзрослевшего ребенка из семьи и тем самым сохранить семейную структуру родители способны терпеть любое психопатологическое поведение подростка к полному изумлению всех посторонних [2;3].

Одновременно действует закон развития: всякая семейная система стремится пройти полный жизненный цикл. Было замечено, что семья в своем развитии проходит определенные стадии, связанные с некоторыми неизбежными объективными обстоятельствами. Одним из таких обстоятельств является физическое время. Возраст членов семьи все время меняется и обязательно меняет семейную ситуацию. Как было показано Эриком Эриксоном, каждому возрастному периоду в жизни человека соответствуют определенные психологические потребности, которые человек стремится реализовать. Вместе с возрастом меняются и запросы к жизни вообще и к близким людям в частно-

сти. Это определяет стиль общения и соответственно саму семью. Рождение ребенка, смерть старого человека — все это существенно меняет структуру семьи и качество взаимодействия членов семьи друг с другом [2;4]. Эра психофармакологии значительно изменила не только структуру психических расстройств, связанных с внутрисемейными конфликтами, но и лицо психоневрологических учреждений. Часто пациенты с пограничными психическими расстройствами, связанные с внутрисемейными проблемами по состоянию не нуждаются в стационарировании в психиатрическую больницу, а амбулаторная помощь не обеспечивает многодневного динамического наблюдения и возможность оперативного комплексного лечения. Такое положение вызвало развитие так называемых промежуточных звеньев - дневных стационаров, которые в практике лечения пациентов показали большую эффективность и экономичность. В настоящее время проблема медико-психологической психотерапевтической помощи данного контингента может быть успешно решена только комплексно, с тем условием, чтобы родители и ребенок получали квалифицированную терапию, сохраняя социальные контакты, контакты внутри семьи и ребенок имел бы возможность обучаться в школе.

При областной клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре (далее - Центр) города Донецка был организован дневной стационар «Системной семейной психотерапии». Дневной стационар поддерживает тесную связь с семьей больного, получает достаточно глубокую информацию о ней, выявляет внутрисемейные трудности и особенности воспитания детей в данной конкретной семье. Это позволяет проводить целенаправленную коррекцию и семейную психотерапию, а также психотерапию через семью, планомерно и последовательно восстанавливая семейную адаптацию пациентов, что является одним из главных моментов при решении вопросов общей реадaptации. Пребывание пациентов в дневном стационаре, рассчитанном на 15 койко-мест с 8.00 до 15.00 часов при постоянном контакте с семьей позволяет в более короткие сроки осуществить комплексную медико-психологическую психотерапевтическую помощь. Таким образом, работа в дневном стационаре предусматривает широкие лечебные и социально-реабилитационные мероприятия, эффективность которых контролируется в условиях обычной жизни пациентов.

В условиях дневного стационара применяется в основном тот же арсенал терапевтических приемов, что и в обычном психотерапевтическом стационаре. Однако имеется и своя специфика. Учитывая разнообразие контингента пациентов, отличие задач и целей пребывания в дневном стационаре, следует отметить, что необходимы различные дифференцированные психотерапевтические режимы, четкие организационные позиции, известные детям и родителям, единые основные требования и четкий

контроль выполнения их. С этой целью выдается специальная документация, например, памятка, содержащая в себе необходимую информацию для родителей и детей. Проводится соответствующая потенцирующая беседа о значимости каждого документа, с которой начинается психотерапевтическое воздействие на пациента. В зависимости от состояния пациента врач интерпретирует их соответствующим образом, указывая на те пункты, на которые следует обратить особое внимание в каждом конкретном случае. Пункты памяток содержат обычным требованиям, предъявляемым к детям различного возраста и к их родным. Эти требования согласуются с более важными моментами, необходимыми в работе дневного стационара. Подробное выполнение и документирование этих требований связано с тем, что основной контингент пациентов поступает в дневной стационар с явлениями социальной дезадаптации, которая проявляется даже при выполнении этих элементарных правил. «Памятка родителям» несет следующие функции: а) стимуляция родителей к устранению гипоопеки и активному участию в лечении ребенка; б) обращение родителей к памятке помогает им в работе с детьми (требование исходит не от родителей, а от врача); в) памятка оказывает большую помощь персоналу дневного стационара в работе с детьми и родителями (единые требования) [4;5]. Кроме того, заполняется разработанный в Центре опросник – «Психологический анамнез», который показывает более полную психологическую картину семьи в целом и пациента в частности [7;8].

Существуют определенные этапы лечения в условиях дневного стационара «Системной семейной психотерапии». Первый этап по времени совпадает с клинико-диагностической работой. Здесь на первый план выступает установление контакта и достижения консенсуса при трехсторонних отношениях (психотерапевт-психолог-семья), направленная на снятие тревожности и установления положительных трансферных отношений. На втором этапе, после проведения психологической диагностики внутрисемейных отношений и личностных особенностей каждого члена семьи психотерапия является ведущим методом лечения и выступает во всех проявлениях с переходом с одной методики на другую: рациональная, релаксационная, ароматерапия с аутогенной тренировкой, групповая и т. д., а остальные методы являются вспомогательными, дающими возможность лучше раскрыть психотерапевтические методики.

На третьем этапе системная семейная психотерапия осуществляется сразу со всей семьей. На прием приглашаются все члены семьи, проживающие вместе, независимо от возраста: и старики, и грудные дети. Это особенно важно в начале работы, так как дает возможность непосредственно увидеть невербальные аспекты взаимоотношений людей, семейные коалиции, стереотипы общения, семейные правила [4;5].

Очень важно дать семье возможность выбрать расположение в пространстве. Поэтому в кабинете семей-

ного психотерапевта всегда должно быть больше стульев и кресел, чем членов семьи. Взаимное расположение — быстрый и надежный способ диагностики семейной структуры.[5;6]

С семьей работает психотерапевтическая команда, то есть психотерапевт, который непосредственно беседует с семьей, психолог и супервизор. В классической миланской модели с семьей работает команда, супервизоры могут в любой момент вмешаться в беседу с семьей, дать указания интервьюеру, что ему спросить, у кого, как ему самому расположиться в пространстве в зависимости от особенностей складывающегося контакта с разными членами семьи. Проблемы командной работы — наиболее популярная тема всех последних международных конференций по вопросам семейной психотерапии [5;6;8].

Техники работы с семьями могут быть следующими: «Циркулярное интервью» и «Техника позитивной коннотации». При первой технике психотерапевт задает по очереди членам семьи особым образом сформулированные вопросы или один и тот же вопрос. Для того чтобы эта техника «работала» не только на терапевта, то есть была не только диагностическим инструментом, но и инструментом психологического, психотерапевтического воздействия, нужно владеть ею виртуозно. Обычно обучение этому требует не менее ста часов практики под наблюдением супервизора. Конкретная формулировка вопросов в круговой форме определяется индивидуальным мастерством и творческим потенциалом психотерапевта, его способностью строить контакт с семьей. При технике позитивной коннотации (положительное переформулирование) осуществляется подача обратной связи семье после того, как психотерапевт утвердился в своей круговой гипотезе на текущий момент работы с семейной проблемой. Психотерапевт с командой рассказывает семье о том, как он воспринял и понял содержание семейной дисфункции.

Любой симптом в семейной системе можно положительно переформулировать, потому что он обеспечивает гомеостаз системы и в этом смысле имеет положительное значение для семьи [4;6;8].

Последняя описываемая здесь техника, по сути, является предписанием определенного поведения чле-

нам семьи. Психотерапевт просит членов семьи выполнять определенные задания, в основном это конкретные действия. Предписания могут быть прямыми и парадоксальными.

Нередко парадоксальные предписания практически невозможно выполнить. В этих случаях цель предписания — дать возможность семье подумать и обсудить с психотерапевтом на сеансе, почему данное предписание невыполнимо для этой семьи. Семье, в которой спутаны семейные роли и нарушены границы подсистем, рекомендуется жить неделю так: никто не имеет своего спального места; каждый вечер дети ложатся, где хотят, а родители — где найдут себе место. Это предписание доводит до абсурда хаотические, неструктурированные привычки этой семьи и вызывает протест у членов семьи. На следующей встрече обсуждаются чувства людей и предлагаются более конструктивные варианты устройства жизни, распределения ответственности и т.п. Прямые предписания, как правило, не вызывают протеста, они на первый взгляд просты для исполнения. Например, семье, в которой не произошло распределения ролей и функций, и в которой основная тема — борьба за власть и контроль, эффективно предложить предписание действий по времени: в понедельник, среду и пятницу все решает муж, жена и дети подчиняются, во вторник, четверг и субботу все решает жена, в воскресенье предлагается спорить и ругаться как обычно. Опыт применения нового ритуала и обсуждение этого опыта обеспечивают терапевтический эффект.

На последующих встречах с помощью вышеописанных техник работы с семьей обсуждаются события, прошедшие между встречами, особенности выполнения предписаний, прошлые обстоятельства, детские воспоминания взрослых членов семьи, правила, мифы, семейная история, стереотипы общения и многое другое.

За последние 3 года при применении вышеизложенных особенностей организации работы отмечается увеличение количества пациентов, получивших высококвалифицированную помощь в условиях дневного стационара «Системной семейной психотерапии» (см. диаграмму 1).

Диаграмма 1

Количество человек, получивших системную семейную психотерапию в условиях дневного стационара ОКПНБ-МПЦ за 2008-2010 гг.

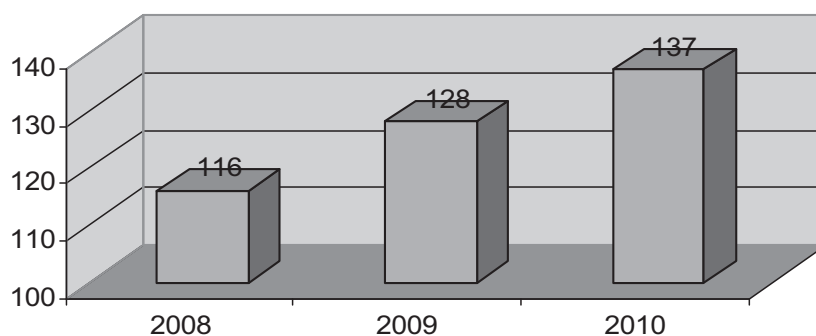
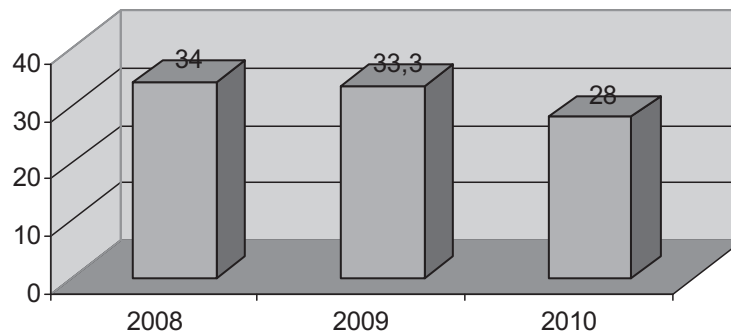


Диаграмма 2

Динамика средней длительности лечения в условиях дневного стационара «Системной семейной психотерапии» за 2008-2010гг.



Благодаря организации работы и повышения квалификации специалистов дневного стационара у европейских психотерапевтов психотерапевтический эффект стал возможным в более короткие сроки, о чем свидетельствует снижение средних сроков лечения (см. диаграмму 2).

Таким образом, учитывая этапность организации работы в дневном стационаре «Системной семейной психотерапии», применение командного подхода врач-психотерапевт-психолог позволило в более короткие сроки осуществить высококвалифицированную медико-психологическую психотерапевтическую помощь семьям с наличием непсихотических психических расстройств, вызванных внутрисемейными конфликтами.

Организованный в Центре дневной стационар «Системной семейной психотерапии» прекрасно вписывается в общую концепцию реформирования психотерапевтической помощи населению Донецкой области.

Литература:

1. Варга А.Я., «Системная семейная психотерапия», М, 2007 г.
2. Карвасарский Б. «Психотерапевтическая энциклопедия», СПб, 1998.
3. Маданес К. «Системная семейная психотерапия», М, 1999.
4. Минухин С., Ч. Фишман. «Техники семейной терапии», М, 1998.
5. Пэпп П. «Семейная терапия и её парадоксы», М, 1998.
6. Эйдемиллер Э, В. Юстицкий. «Психология и психотерапия семьи», С-Пб, 1999.
7. Методические рекомендации МОЗ «Организация психотерапевтической помощи в системе реабилитации больных и инвалидов с пограничными психическими расстройствами, кризисными состояниями и пострадавших в результате техногенных аварий и катастроф», «Капитан», Донецк, 2011
8. «Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии» под редакцией проф. Боро М.П., «Капитан», Донецк-2010

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ «СИСТЕМНОЇ СІМЕЙНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ» В СИСТЕМІ РОЗВИТКУ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ, МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

М.П. Боро, В.В. Волобуєв

У статті розглянуті організаційні питання проведення системної сімейної психотерапії в умовах денного стаціонару у обласній клінічній психоневрологічній лікарні – медико-психологічному центрі як одна з ланок розвитку висококваліфікованої психотерапевтичної, медико-психологічної допомоги населенню Донецької області.

Ключові слова: психотерапевтичний центр, системна сімейна психотерапія, організація, денний стаціонар

ORGANIZATION OF PSYCHOLOGICAL HELP IN THE CONDITIONS OF A DAY HOSPITAL "SYSTEM FAMILY PSYCHOTHERAPY" IN THE DEVELOPMENT OF TERTIARY PSYCHOTHERAPEUTIC, MEDICAL, PSYCHOLOGICAL AND PSYCHO-NEUROLOGICAL ASSISTANCE TO THE POPULATION OF DONETSK REGION

M.P. Bero, V. V. Volobuev

In the article considered organizational matters of conducting the system of family therapy in the conditions of a day hospital in the regional clinical mental hospital - medical-psychological center as one of the elements of the development of a highly qualified psychological, medical and psychological assistance to the population of Donetsk region.

Keywords: psychotherapeutic centre, systemic family therapy, organization, day hospital

УДК 616.89-612.821

О.М. Зінченко¹, В.І. Ященко², Л.Л. Ященко², В.І.Скрипник²
СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА
ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ
НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Міністерство охорони здоров'я України¹
 Чернігівська обласна психоневрологічна лікарня²

Ключові слова: психічні розлади, захворюваність, жителі села, психіатрична допомога

Визнано, що в загальній ієрархії проблем країни, її системі безпеки психічне здоров'я нації займає одне з провідних місць. Воно є соціально значимим феноменом, по рівню і стану якого судять про ступінь розвитку і благополуччя суспільства [1;2;3].

Враховуючи тенденцію до подальшої децентралізації психіатричної служби, на перший план в сучасних умовах виступає проблема вивчення структури захворюваності, особливостей її динаміки з метою удосконалення психіатричної допомоги [4;5].

Метою даного дослідження була оцінка регіональних особливостей стану психічного здоров'я населення Чернігівської області за період з 2000 по 2010 роки.

У роботі вивчено основні показники психічного здоров'я населення, проаналізовано структуру психіатричної служби регіону. Основними джерелом інформації були дані статистичних звітів лікувально-профілактичних установ психіатричного профілю Чернігівської області та дані Центру медичної статистики МОЗ України.

У 2010 році за психіатричною допомогою звернулося 29124 осіб (2000 р. - 29007), з них 4891 осіб склали діти (2000 р. - 6188), 1042 осіб - підлітки (2000 р. - 1864).

Аналіз показника первинної захворюваності на

розлади психіки та поведінки населення Чернігівської області свідчить про щорічні його коливання (рис. 1).

У порівнянні з 2000 роком зазначений показник зменшився на 6,13% і становив у 2010 році 284,7 на 100 тис. населення.

Зниження первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки відбулося також і у 3 основних групах (табл. 1).

При розгляді динаміки первинної захворюваності на психічні розлади за детальним переліком захворювань, що міститься в формі звітності № 10 встановлено, що показники первинної захворюваності по одних діагностичних рубриках збільшилися в тій чи іншій мірі, а по інших рубриках знизилися (табл. 2).

Так, в порівнянні з 2000 роком група зареєстрованих захворювань на органічні, включаючи симптоматичні розлади психіки в показниках на 100 тис. населення, збільшилась на 18,9% і складала у 2010 р. 100,71 на 100 тис. нас. проти 84,7 у 2000 р.

Захворюваність на шизофренію, шизотипові та маячні розлади в динаміці 11 років збільшилась на 5,2 % .

Показник захворюваності на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади зменшився на

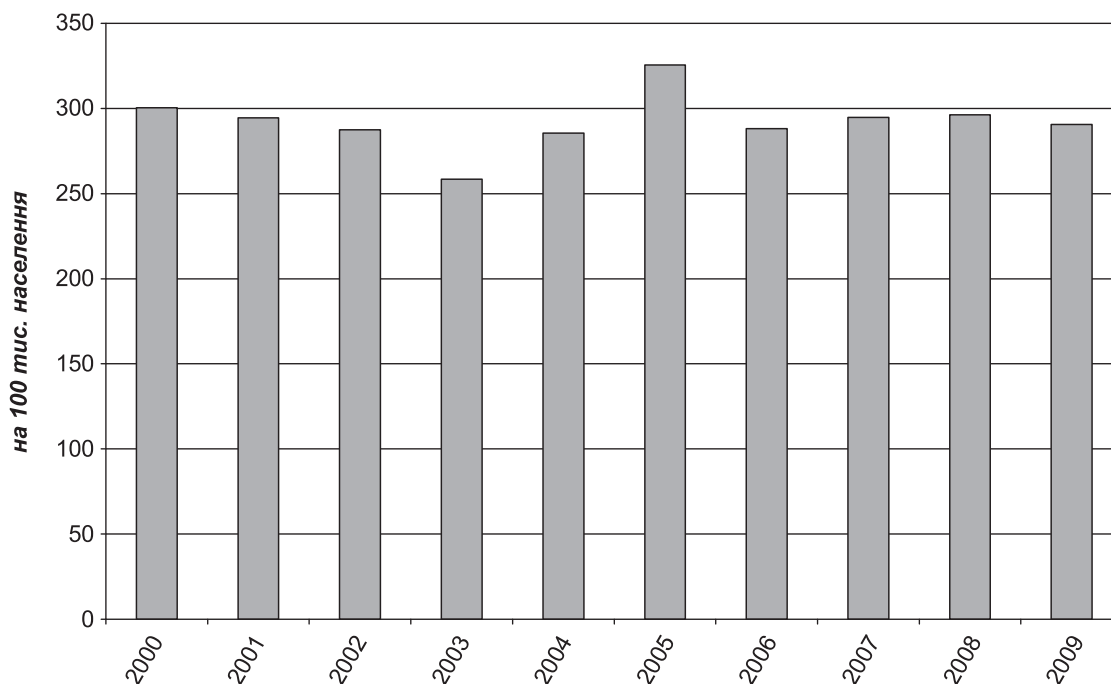


Рис. 1. Динаміка первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у населення Чернігівської області

Таблиця 1

Структура первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у 3 основних групах
(показник на 100 тис. населення)

Види розладів	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Розлади психіки психотичного характеру	40,3	38,75	39,56	43,62	38,76	37,96
Розлади психіки непсихотичного характеру	237,3	222,88	224,74	227,35	237,55	235,2
Розумова відсталість (усі ступені)	22,69	25,89	21,28	17,24	19,96	11,53

Таблиця 2

Структура первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у населення Чернігівської області

	Абсолютне число		Число хворих на 100 тис. нас.	
	2000	2010	2000	2010
Всі психічні розлади	3851	3135	300,3	284,7
Органічні розлади, включаючи симптоматичні розлади психіки	1086	1109	84,7	100,71
Непсихотичні психічні розлади органічного походження	786	848	61,3	77,01
з них внаслідок епілепсії	105	39	8,19	3,54
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	166	150	12,95	13,62
Афективні розлади	77	51	6,01	4,63
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	899	556	70,11	50,49
Розлади особистості та поведінки	1332	1142	103,88	103,7
Розумова відсталість (усі ступені)	291	127	22,69	11,53

27,98 %. У 2000 році він дорівнював 70,11, в 2010 р. – 50,49 на 100 тис. населення.

Порівняльний аналіз показника первинної захво-

рюваності на психічні розлади за місцем проживання свідчить, що первинна захворюваність у жителів міста була значно вищою ніж у жителів села (рис. 2).

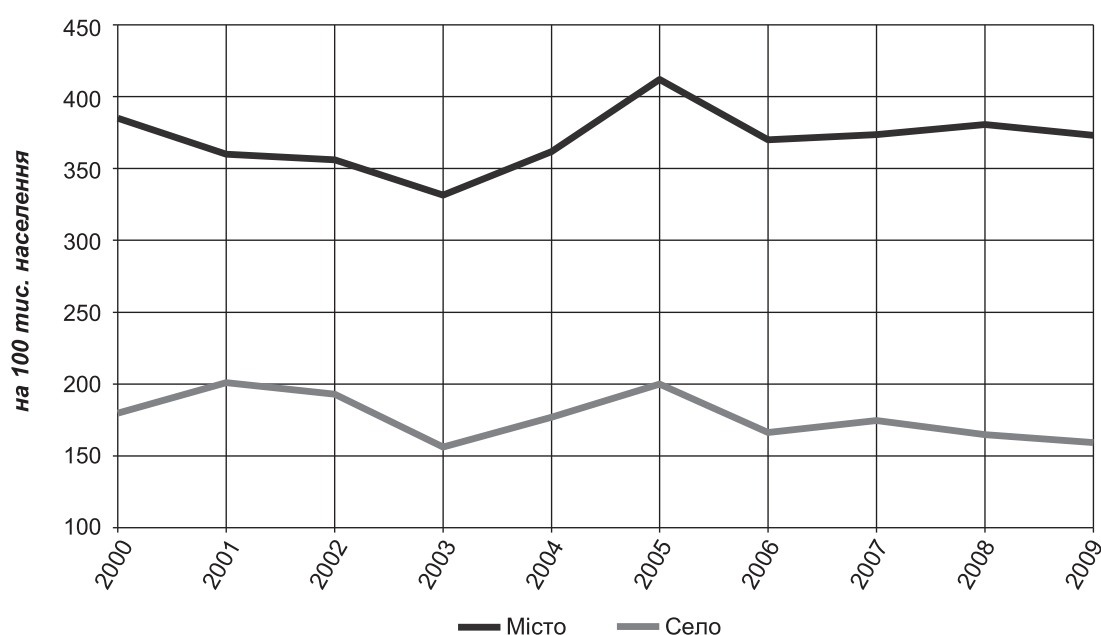


Рис. 2. Динаміка первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у міського та сільського населення Чернігівської області

У структурі первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки як у жителів міста так і у жителів села у 2010 році перше рангове місце займали непсихотичні психічні розлади (табл. 3).

Аналіз загальної захворюваності (поширеності) психічних та поведінкових розладів у жителів Чернігівської

області з 2000 по 2010 рр. свідчить про те, що у 2010 р. в психіатричних закладах під диспансерним та консультативним спостереженням, як зазначалося вище, перебували 29124 особи з різними формами цієї патології (2644,7 на 100 тис. населення). За 11 річний період цей показник поступово збільшився на 16,9% (рис. 3).

Таблиця 3

Структура первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у 3 основних групах (показник на 100 тис. населення)

Види розладів	Місто на 100 тис. відпов. населення	Село на 100 тис. відпов. населення
Розлади психіки психотичного характеру	43,6	28,8
Розлади психіки непсихотичного характеру	309,1	115,1
Розумова відсталість (усі ступені)	6,7	19,3
Розлади психіки – всього	359,4	163,3

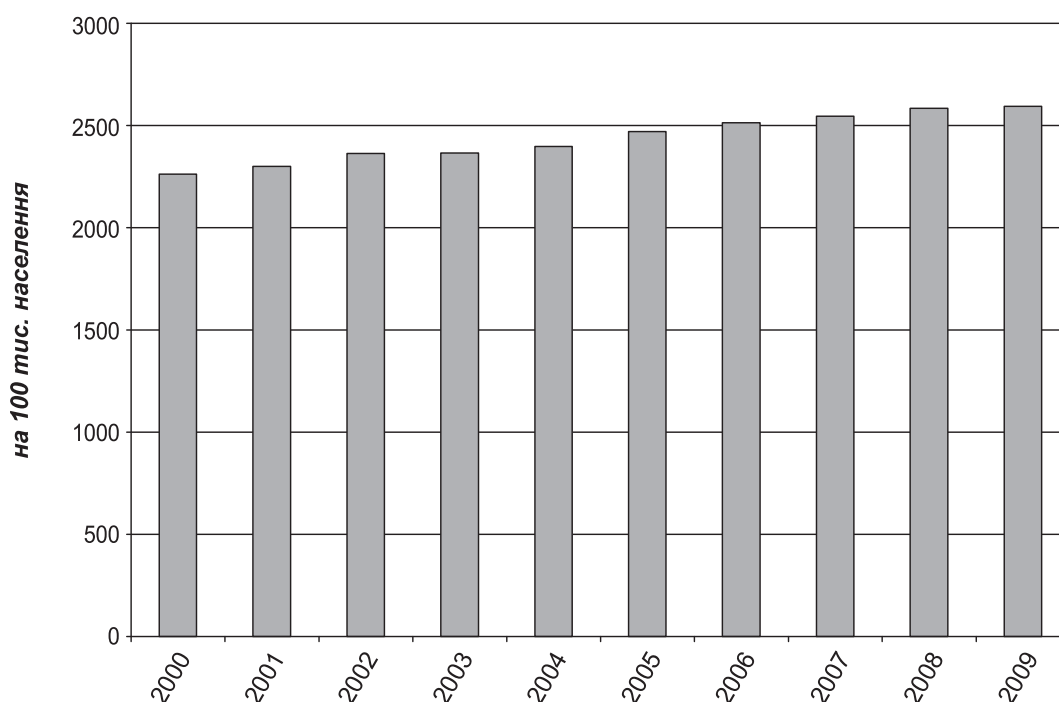


Рис. 3. Динаміка загальної захворюваності (поширеності) розладів психіки та поведінки у мешканців Чернігівської області

Аналіз структури поширеності розладів психіки та поведінки виявляє поступове зростання усіх груп психічної патології. Проте, у поширеності різних форм розладів психіки та поведінки в окремих групах патології виявляються деякі коливання (табл. 4).

У групі непсихотичних психічних розладів помітно зростає кількість хворих непсихотичними розладами органічного походження, невротичними, пов'язаними

із стресом і соматоформними розладами (табл. 5).

Аналіз загальної захворюваності (поширеності) психічних та поведінкових розладів у міського та сільського населення Чернігівської області свідчить про поступове зростання протягом досліджуваного періоду (рис. 4). Слід зазначити, що показник поширеності психічних та поведінкових розладів у сільського населення був постійно вище, ніж у міського.

Таблиця 4

Структура загальної захворюваності розладів психіки та поведінки у 3 основних групах
(показник на 100 тис. населення)

Види розладів	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Розлади психіки психотичного характеру	577,9	587,51	582,42	603,93	599,37	601,61
Розлади психіки непсихотичного характеру	1102,1	1169,84	1181,36	1256,91	1338,26	1391,75
Розумова відсталість (усі ступені)	582,26	605,31	632,91	652,72	646,2	651,38

Таблиця 5

Структура загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки у населення Чернігівської області

	Абсолютне число		Число хворих на 100 тис. нас.	
	2000	2010	2000	2010
Всі психічні розлади	29007	29124	2262,2	2644,7
Органічні розлади, включаючи симптоматичні розлади психіки	8261	9198	644,26	835,27
Непсихотичні психічні розлади органічного походження	5535	7154	431,67	649,65
з них внаслідок епілепсії	1891	1473	147,48	133,76
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	4328	4432	337,54	402,47
Афективні розлади	549	577	42,82	52,4
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	3744	3703	291,99	336,27
Розлади особистості та поведінки	4659	4041	363,35	366,96
Розумова відсталість (усі ступені)	7466	7173	582,26	651,38

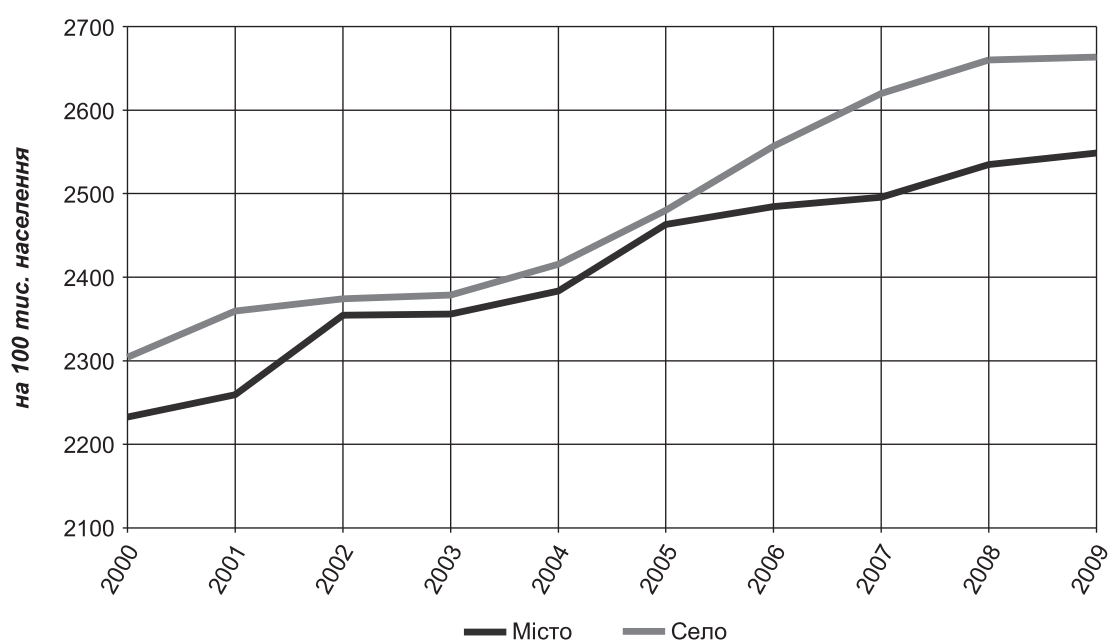


Рис. 4. Динаміка загальної захворюваності розладів психіки та поведінки у міського та сільського населення Чернігівської області

Найбільший відсоток в структурі загальної захворюваності розладів психіки та поведінки як у жителів міста так і у жителів села у 2010 році займали неспсихотичні психічні розлади (табл. 6).

У Чернігівській області у 2010 р. інвалідами внаслідок розладів психіки та поведінки первинно визнано 392 особи (або 35,6 на 100 тис. населення). Незважаючи на незначне зниження зазначеного показника у динаміці 11 періоду (з 35,6 у 2010 до 35,25 на 100 тис. населення) цей показник залишається високим. В структурі визнаних первинно інвалідами у 2010 р. – 38,01% становили хворі на розумову відсталість, 28% – на шизофренію, шизотипові та маячні розлади, 5,1% – на розлади психіки внаслідок епілепсії. Динаміка загальної інвалідності внаслідок психічних захворювань характеризувалася тенденцією до росту, що характеризує процес накопичення осіб із психічними та поведінковими розладами, які мають групу інвалідності. З 2000 по 2011 рр. контингент інвалідів внаслідок психічних розладів збільшився на 23,1% (з 605,58 до 745,5 на 100 тис. населення).

На сьогодні психіатрична допомога населенню Чернігівської області надається Чернігівською обласною психоневрологічною лікарнею, психіатричною лікарнею с. Левоньки, психіатричною лікарнею с. Валки, психоневрологічним відділенням обласного центру радіаційного захисту та оздоровлення населення, психіатричними кабінетами при центральних районних та міських лікарнях.

Аналіз ресурсного забезпечення психіатричної служби Чернігівської області виявив, що показник забезпеченості населення ліжками психіатричного профілю знизився на 1,1% (з 102,2 до 100,2 на 100 тис. населення). Аналіз динаміки показника використання ліжкового фонду протягом 2000 – 2010 рр. свідчить про зменшення середнього числа зайнятості (роботи) ліжка. У 2010 р. у середньому тривалість перебування хворого у лікарні становила 54,41 дня (2000 – 72,25 дня).

У 2010 році число госпіталізованих хворих у психіатричні стаціонари Чернігівської області склало 5834 осіб (529,78 на 100 тис. населення).

У структурі госпіталізованих переважали хворі на психотичні психічні розлади (48,78%). Число госпіталізованих внаслідок неспсихотичних психічних розладів складало 2562 особи (або 232,65 на 100 тис. населення).

Ефективність діяльності регіональної психіатричної служби визначається не тільки її ресурсними характеристиками, але й кадровим забезпеченням і рівнем кваліфікації системи надання психіатричної допомоги населенню.

Загальна чисельність лікарів-психіатрів у Чернігівській області у 2010 році становила 68 осіб або 6,18 на 100 тисяч населення (Україна – 7,24 на 100 тисяч населення) і не забезпечувала реальної потреби жителів регіону, особливо тих які проживають у сільських районах. Укомплектованість фізичними особами штатних посад лікарів - психіатрів – 79,07%.

84,5% лікарів мали кваліфікаційні категорії (Україна 74,9%), з них 30% - вищу кваліфікаційну категорію, 28% - першу, 25% - другу.

Виявлені тенденції в зміні психічного здоров'я населення Чернігівської області і особливості організації психіатричної служби регіону свідчать про необхідність оптимізації психіатричної допомоги.

Вирішення пріоритетних проблем психіатричної служби здійснюється шляхом реалізації регіональної цільової програми розвитку психіатричної служби, прийнятої на колегії управління охорони здоров'я Чернігівської обласної державної адміністрації. Одним з основних завдань Концепції є забезпечення доступності та якості психіатричної допомоги для населення шляхом інтеграції психіатричних послуг у систему первинної медико-санітарної допомоги, підвищення рівня первинної діагностики психічних розладів, своєчасного втручання та ефективного впливу на перебіг психічних захворювань [6]. Очікуваним результатом від впровадження Концепції є підвищення ефективності роботи галузі охорони психічного здоров'я в Чернігівській області.

Таблиця 6

**Структура загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки
(показник на 100 тис. населення)**

Види розладів	Місто на 100 тис. відпов. населення	Село на 100 тис. відпов. населення
Розлади психіки психотичного характеру	586,7	625,8
Розлади психіки неспсихотичного характеру	1596,3	1059,2
Розумова відсталість (усі ступені)	416,7	1032,8
Усього	2599,9	2717,8

Література:

1. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России //Журнал социальная и клиническая психиатрия. - 2001, № 1.- С. 9-16.
2. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения /Материалы научно-практической конференции. - М., 2005. - 102 с.
3. Казаковцев Б.А. Организация психиатрической помощи в стационарных условиях //Психическое здоровье.- 2008, № 10. - С. 3-25.
4. Лиманкин О.В. Проблемы деинституционализации и реформирования стационарной психиатрической помощи //Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах). Том I. Под ред. О.В. Лиманкина. - СПб., 2009. - С. 110-117.
5. Ястребов В.С., Солохина Т.А. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи //Журнал неврологии и психиатрии. - 2003. - Т.103. - №5. - С.4-10.
6. Яценко В.І., Яценко Л.Л., Скрипник В.І. Досвід реорганізації психіатричної служби в регіоні //Український вісник психоневрології. - Том 17, вип. 3(60). - 2009. - С. 64-65.

**СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕРНИГОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ПОВЫШЕНИЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

О.М. Зинченко, В.И. Яценко, Л.Л. Яценко, В.И.Скрыпник

В статье представлены результаты изучения региональных особенностей динамики психического здоровья населения Черниговской области. Рассматривается влияние организации психиатрической службы на показатели психического здоровья населения на региональном уровне.

Ключевые слова: психические расстройства, заболеваемость, жители села, психиатрическая помощь

**THE CONDITION OF MENTAL HEALTH OF CHERNIGOV OBLAST POPULATION AND INCREASE OF PSYCHIATRIC SERVICE
EFFICIENCY ON REGIONAL LEVEL**

O.M. Zinchenko, V.I. Yaschenko, L.L. Yaschenko, V.I. Skrypnik

The article presents the results of research of regional features of the dynamics of mental health in the Chernigov oblast. The influence of the organization of psychiatric service on mental health indicators at the regional level has considered.

Keywords: mental disorders, morbidity, villagers, psychiatric help

УДК 616.831-006-036.1:616.89

В.В. Огоренко

**ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ
КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: первичные опухоли головного мозга, непсихотические психические расстройства, ранняя диагностика, аффективные расстройства, неврозоподобные нарушения, психопатоподобные расстройства

Введение

Данные о структуре и динамике психических нарушений при первичных опухолях головного мозга (-ОГМ) с психопатологическим вариантом клинической манифестации носят во многом обобщенный, а зачастую противоречивый характер [1 - 4]. Отмечающийся в последние десятилетия рост онкологической патологии головного мозга актуализировал проблему ранней диагностики данной патологии. ОГМ, особенно злокачественные, в силу особенностей роста, характеризуются достаточно ранними клиническими проявлениями. Тем не менее период между первыми проявлениями заболевания и окончательной постановкой диагноза составляет, по данным различных авторов, от 24 до 1 месяца [3 - 5 и др.]. В нейрохирургические клиники больные зачастую поступают с опухолями больших размеров, в состоянии субкомпенсации либо декомпенсации [3 - 5]. Сложный и продолжительный диагностический маршрут в первую очередь характерен для пациентов, у которых психические нарушения

являются первыми проявлениями формирования ОГМ. В связи с этим для своевременной и адекватной диагностики при локальных поражениях головного мозга первичными опухолями на ранних этапах актуально исследование психопатологической структуры и особенностей психических расстройств.

Целью исследования явилось изучение особенностей ранних психических расстройств у больных с первичными опухолями головного мозга и исследование их клинико-диагностической значимости в аспекте ранней диагностики и оказания специализированной помощи.

Материал и методы. Работа проводилась в структуре исследования популяции больных первичными злокачественными (ЗНО) и доброкачественными (-ДНО) опухолями головного мозга с психопатологическим типом клинической манифестации новообразований. В выборку включены пациенты, у которых ранние клинические проявления опухолей головного мозга были представлены психопатологическим синдромами

Література:

1. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России //Журнал социальная и клиническая психиатрия. - 2001, № 1.- С. 9-16.
2. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения /Материалы научно-практической конференции. - М., 2005. - 102 с.
3. Казаковцев Б.А. Организация психиатрической помощи в стационарных условиях //Психическое здоровье.- 2008, № 10. - С. 3-25.
4. Лиманкин О.В. Проблемы деинституционализации и реформирования стационарной психиатрической помощи //Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах). Том I. Под ред. О.В. Лиманкина. - СПб., 2009. - С. 110-117.
5. Ястребов В.С., Солохина Т.А. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи //Журнал неврологии и психиатрии. - 2003. - Т.103. - №5. - С.4-10.
6. Яценко В.І., Яценко Л.Л., Скрипник В.І. Досвід реорганізації психіатричної служби в регіоні //Український вісник психоневрології. - Том 17, вип. 3(60). - 2009. - С. 64-65.

**СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕРНИГОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ПОВЫШЕНИЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

О.М. Зинченко, В.И. Яценко, Л.Л. Яценко, В.И.Скрыпник

В статье представлены результаты изучения региональных особенностей динамики психического здоровья населения Черниговской области. Рассматривается влияние организации психиатрической службы на показатели психического здоровья населения на региональном уровне.

Ключевые слова: психические расстройства, заболеваемость, жители села, психиатрическая помощь

**THE CONDITION OF MENTAL HEALTH OF CHERNIGOV OBLAST POPULATION AND INCREASE OF PSYCHIATRIC SERVICE
EFFICIENCY ON REGIONAL LEVEL**

O.M. Zinchenko, V.I. Yaschenko, L.L. Yaschenko, V.I. Skrypnik

The article presents the results of research of regional features of the dynamics of mental health in the Chernigov oblast. The influence of the organization of psychiatric service on mental health indicators at the regional level has considered.

Keywords: mental disorders, morbidity, villagers, psychiatric help

УДК 616.831-006-036.1:616.89

В.В. Огоренко

**ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ
КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: первичные опухоли головного мозга, непсихотические психические расстройства, ранняя диагностика, аффективные расстройства, неврозоподобные нарушения, психопатоподобные расстройства

Введение

Данные о структуре и динамике психических нарушений при первичных опухолях головного мозга (-ОГМ) с психопатологическим вариантом клинической манифестации носят во многом обобщенный, а зачастую противоречивый характер [1 - 4]. Отмечающийся в последние десятилетия рост онкологической патологии головного мозга актуализировал проблему ранней диагностики данной патологии. ОГМ, особенно злокачественные, в силу особенностей роста, характеризуются достаточно ранними клиническими проявлениями. Тем не менее период между первыми проявлениями заболевания и окончательной постановкой диагноза составляет, по данным различных авторов, от 24 до 1 месяца [3 - 5 и др.]. В нейрохирургические клиники больные зачастую поступают с опухолями больших размеров, в состоянии субкомпенсации либо декомпенсации [3 - 5]. Сложный и продолжительный диагностический маршрут в первую очередь характерен для пациентов, у которых психические нарушения

являются первыми проявлениями формирования ОГМ. В связи с этим для своевременной и адекватной диагностики при локальных поражениях головного мозга первичными опухолями на ранних этапах актуально исследование психопатологической структуры и особенностей психических расстройств.

Целью исследования явилось изучение особенностей ранних психических расстройств у больных с первичными опухолями головного мозга и исследование их клинко-диагностической значимости в аспекте ранней диагностики и оказания специализированной помощи.

Материал и методы. Работа проводилась в структуре исследования популяции больных первичными злокачественными (ЗНО) и доброкачественными (-ДНО) опухолями головного мозга с психопатологическим типом клинической манифестации новообразований. В выборку включены пациенты, у которых ранние клинические проявления опухолей головного мозга были представлены психопатологическим синдромами

непсихотического регистра на протяжении всего диагностического периода. Отбор в исследуемую группу проводился на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в предоперационном периоде до верификации диагноза. В соответствии с критериями исключения в исследовании не могли участвовать пациенты, преморбидно отягощенные психическими расстройствами и расстройствами поведения, с сопутствующими болезнями нервной системы и соматическими заболеваниями, вызывающими раннее поражение нервной системы, нарушениями сознания и признаками гипертензионно-дислокационного синдрома. У всех вошедших в число отобранных больных на окончательном этапе диагностированы стационарно и верифицированы результатами компьютерной, магнитно-резонансной либо эмиссионно-позитронной томографии, а также данными патогистологического исследования операционного материала первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные опухоли лобной, височной и теменной локализаций. Клиническое психиатрическое обследование проводилось с добровольного согласия пациентов, применялось структурированное интервью. Использовались объективные данные из доступной медицинской документации. Клинико-психопатологическая часть интервью содержала стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ-10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные на этапе подготовки исследования.

Результаты и обсуждение. Выборку составили 198 больных в возрасте от 21 до 60 лет, из них 105 мужчин (средний возраст $42,5 \pm 11,8$ года) и 93 женщины (средний возраст $44,7 \pm 12,9$ года). Для изученной группы в целом был характерен длительный и сложный диагностический маршрут: период от момента первичной обращаемости до верификации ОГМ в среднем составил $7,9 \pm 6,8$ месяца; в 76,3% выявлено самостоятельное первичное обращение за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью, в последующем врачами-интернистами вновь направлены на консультацию психиатра 97,5% больных. До включения в исследуемую группу амбулаторно принимали психотерапевтическое и психофармакологическое лечение 187 пациентов, специализированную помощь на госпитальном этапе получали все больные (в том числе в условиях психиатрического стационара 94,5%).

Используя кроме клинико-психопатологического клинико-анамнестический метод, в структуре данного исследования представилась возможность проанализировать клиническую симптоматику и ее динамику на протяжении всего диагностического периода, включая период инцидальных проявлений опухолевого процесса.

Анализ психопатологической симптоматики, послужившей причиной первичного обращения за помощью в изученной выборке, свидетельствует о преобладании на синдромальном и симптоматическом уровнях невротических состояний (астенического и ипохондрического) и непсихотических расстройств

настроения (преимущественно депрессивных), а также изменений личности. Содержание психопатологических симптомов инициального периода объясняет высокий процент самостоятельного первичного обращения за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью. В период выраженных манифестных проявлений по частоте наблюдений на первом месте отмечены непсихотические аффективные расстройства (в преобладающем большинстве – атипичные депрессивные синдромы) и личностные нарушения.

Аффективные расстройства при лобной локализации характеризовались адинамической субдепрессией с преобладанием вялости, отсутствия желаний, тоской без витального компонента, переживаемой как безразличие и астено-субдепрессивным симптомокомплексом – нерезко выраженной тоской с ощущением потери жизненного тонуса, психической утомляемостью, слабостью, сочетавшихся с гиперестезией, эмоциональной лабильностью, рассеянностью внимания. При височной и теменной локализации в структуре аффективной патологии нами наблюдались только гипотимические состояния, которые были представлены типичным субдепрессивным синдромом и симптомокомплексами тоскливо-депрессивных и тревожно-депрессивного состояний, не достигавших уровня завершеного депрессивного синдрома. Дебют первичных опухолей головного мозга личностными нарушениями характеризовался как появлением клинического радикала, коррелирующего с ведущими свойствами преморбиды, так и возникновением симптомов психопатологического регистра вне связи с характерологическими особенностями личности. Эти проявления изначально расценивались как реакции адаптации, так как по времени возникновения совпадали с актуальными негативными стрессовыми событиями жизни пациентов.

Неврозоподобный регистр был представлен полиморфными компонентами неврастенического, тревожно-фобического и истерического симптомокомплексов, возникновению которых в большинстве наблюдений предшествовали четко очерченные астенические состояния. Астенические состояния преимущественно включали эмоционально-гиперестетические расстройства. Истерический симптомокомплекс при локализации новообразований в лобных долях характеризовался более выраженной конверсионной симптоматикой с ситуационной зависимостью появления и степени выраженности. Психопатология неврозоподобного регистра при височной локализации только при доброкачественных опухолях характеризовалась синдромально структурированными неврастеническими, деперсонализационными и фобическими состояниями; при злокачественных новообразованиях астенія носила выраженный, преимущественно физический характер, сопровождалась пассивностью, нарастанием депрессивного типа реагирования на какие-либо личностно значимые изменения жизненной ситуации. Неврозоподобный регистр психопатологических рас-

стройств при теменной локализации характеризовался полиморфными и синдромально незавершенными компонентами обсессивно-фобического, истерического и деперсонализационно-дереализационного симптомокомплексов.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что клиническая манифестация первичных опухолей головного мозга психическими расстройствами приводит к значительному увеличению клинко-диагностического периода. Сложный и продолжительный диагностический маршрут в первую очередь характерен для пациентов с непсихотическими вариантами начальных клинических проявлений формирования ОГМ: для данной популяции больных характерен высокий процент амбулаторного и стационарного обследования и лечения в психиатрических учреждениях. Вместе с тем не только недостаточная нейроонкологическая настороженность врачей – интернистов, психотерапевтов и психиатров, к которым чаще всего в начале заболевания больные обращаются самостоятельно либо направляются на консультацию, является причиной поздней диагностики. Изучаемая нами пато-

логия представляет собой значительные трудности в диагностике в первую очередь в связи с особенностями клинических проявлений. Выявленные в результате исследования особенности и динамика развития психопатологической симптоматики в зависимости от этапа формирования, локализации и признака злокачественности/доброкачественности опухолевого процесса могут способствовать своевременной и адекватной диагностике ранних признаков поражения головного мозга первичными опухолями.

Литература:

1. Доброхотова Т.А. *Нейропсихиатрия*. - М. - 2006.
2. Слезкина Л.А., Евдокимова Г.А., Лапина Г.М. Клинические особенности опухолей головного мозга // *Неврологический вестник*. - 2004. - Т. XXXVI, вып. 1-2 - С.86-89
3. Медяник И.А., Фраерман А.П. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга. // *Журнал неврологии и психиатрии*. - 2008. - №12. - С.71-74.
4. Olson, J.D. et al. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma // *J. Neurol.* - 2000. - Vol. 54. - P. 1442 - 1448.
5. Улитин А.Ю., Олюшин В.Е., Поляков И.В. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Санкт-Петербурге. // *Журн. вып. неврохиру.* - 2005. - Т.1. - С.6-12.

ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В СТРУКТУРІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

В.В. Огоренко

Вивчено особливості ранніх психічних розладів у хворих з первинними пухлинами головного мозку, досліджена їх клініко-діагностична значущість в аспекті ранньої діагностики та надання спеціалізованої допомоги. Виявлені особливості та динаміка розвитку психопатологічної симптоматики в залежності від етапу формування, локалізації і ознаки доброякісності/злаякісності пухлинного процесу. Встановлено, що для хворих з непсихотичними варіантами початкових клінічних проявів формування пухлин головного мозку характерний високий відсоток амбулаторного та стаціонарного обстеження і лікування в психіатричних закладах.

Ключові слова: первинні пухлини головного мозку, непсихотичні психічні розлади, рання діагностика, афективні розлади, неврозоподібні порушення, психопатоподібні розлади

FEATURES NONPSYCHOTIC OF MENTAL INFRINGEMENTS IN STRUCTURE OF CLINICAL DISPLAYS OF TUMOURS OF THE BRAIN

V.V. Ogorenko

Features of early psychological infringements of patients with brain tumors were learned, their clinic-diagnostically importance in aspect of early diagnostic and giving specialized help was researched. Features and dynamic of developing psychopathological symptoms in dependence on the stage of forming, localization and signs of tumor process were considered. Were defined that for patients with nonpsychotic variants of the first clinical display of forming brain tumors is characteristically high percent of out-patient and stationary inspection and treatment in psychiatric hospitals.

Keywords: early brain tumors, nonpsychotic psychological infringements, early diagnostic, affective infringements, neurosis infringements, psychological infringements

УДК: 616.895.87+616-018+61689-06

О.Є.Смашна

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМОПЛАСТИЧНОГО ВПЛИВУ СУПУТНИХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ШИЗОФРЕНІЇ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Ключові слова: параноїдна шизофренія, коморбідність з соматичними захворюваннями, синдромогенез

Наявність психічних розладів у пацієнтів з соматичними захворюваннями суттєво впливає на перебіг останніх [9], порушує суб'єктивне сприйняття хворими їх проявів та динаміки [2;12], знижує ефективність лікування [19], ускладнює реабілітаційні можливості та підвищує відсоток інвалідності [24].

Ще у 1938 році після широкого впровадження в психіатричну практику інсулінокоматозної терапії М.Я.Серейський відмітив зміни у перебігу шизофренії. В основі цієї видозмінени клінічного оформлення і перебігу шизофренічного процесу лежала коморбідність психотичного стану з гострим соматичним станом [6].

Гіпотетично соматичне захворювання синдромопластично впливає на клінічну симптоматику шизофренії, оскільки до класичної шизофренічної симптоматики додається нозогенні реактивні неврозоподібні включення та афективні порушення [3;5;8]. А.Б.Смулевич при вивченні реактивних утворень при шизофренії підкреслював, що у формуванні феномену реактивної лабільності бере участь комплекс екзогенних, конституційних і ендогенних чинників [14].

З іншого боку патофізіологічні, нейро-ендокринні прояви соматичних захворювань також спричиняють вплив на вже існуючі шизофренічно обумовлені девіації у психічній сфері та динаміку психопатологічної симптоматики. В результаті цього відбувається соматогенний патоморфоз шизофренії із формуванням нехарактерним для шизофренії поєднанням синдромів та формуванням комплексних складних синдромів [6;10;11]. Деякі автори вказують, що динаміка психічних розладів, коморбідних з соматичною патологією, відрізняється високою прогресивністю і маскованістю симптомів поєднаних захворювань, що приводить до невчасної діагностики психічних розладів, їх неадекватної терапії, затяжного перебігу і гіршого клінічного прогнозу [9]. Інші дослідники підкреслюють, що поєднання шизофренії з соматичною патологією не завжди є предикторами поганого прогнозу психічного розладу, а власне психопатологічна симптоматика при такій коморбідності характеризується бідністю та редукованістю симптомів шизофренії та кращим усвідомленням наявного психічного розладу. Також відома позиція ряду авторів, які розглядають шизофренічні реакції в рамках посттравматичного стресового розладу, атипові прояви якого тісно поєднані з шизофренічною симптоматикою [23].

Змінені соматичною патологією фізіологічні функції організму та спотворення психічним розла-

дом відчуття тілесності у пацієнтів з параноїдною шизофренією часто стають основою складних параноїдних синдромів в вираженою психотичною депресивною симптоматикою.

Важливим практичним аспектом даної проблеми є терапія пацієнтів з шизофренією, які мають супутню соматично патологію. Антипсихотичні засоби часто мають виражені і досить небезпечні соматотропні побічні ефекти [20, 21]. З іншого боку, призначення терапевтично активних дозувань антипсихотиків у даного контингенту пацієнтів є обмежене через соматичні протипокази, вказані вище побічні ефекти, фармакодинамічні та фармакокінетичні взаємодії соматотропних середників [1;4].

Всі вищевказані обставини роблять актуальним дослідження різних аспектів поєднання параноїдної шизофренії та соматичної патології.

Метою нашого дослідження було на основі комплексного аналізу клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних, соціально-демографічних характеристик пацієнтів визначити закономірності синдромоутворення при параноїдній формі шизофренії та коморбідній патології різних систем організму у періоді екзацербції шизофренії, виявити особливості синдромоутворення при шизофренії в залежності від коморбідності соматичних патологій різних систем організму; дослідити вплив супутнього соматичного захворювання на динаміку шизофренічної симптоматики в процесі антипсихотичної терапії; враховуючи особливості синдромоутворення при параноїдній шизофренії, що перебігає з супутньою соматичною патологією, вдосконалити психофармакологічну та психотерапевтичну допомогу даному контингенту пацієнтів.

Методи обстеження: клініко-психопатологічний з застосуванням психометричних шкал (шкала оцінки позитивних та негативних симптомів шизофренії PANSS, шкала для оцінки депресії HAMD), клініко-катамнестичний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний (дослідження розумових операцій, методика піктограм за Херсонським, опитувальник для визначення рівня особистісної та реактивної тривоги Спілбергера-Ханіна, опитувальник для визначення якості життя "SF-36 Health Status Survey"). Пацієнти обстежувались двічі: при надходженні у фазі загострення параноїдної шизофренії та вдруге – через місяць після проведення психофармакотерапевтичного лікування на етапі формування ремісії.

Результати дослідження та їх обговорення. Дос-

ліджуючи структуру клінічного формування синдромів при загостренні шизофренії та їх динаміку під впливом лікування, нами було обстежено за період 2008-2010 років в умовах Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні 155 пацієнтів, які по наявності певної соматичної патології чи її відсутності були розділені на 5 груп, які в процесі дослідження порівнювалися між собою. У фазі загострення при порівнянні досліджуваних груп з контрольною не виявлено достовірних відмінностей у психометричній оцінці психічного стану по шкалі PANSS (загальна оцінка по шкалі 116,72 – 121,87), що вказує на відсутність полегшуючого впливу на гостроту психотичного стану при екзацерації шизофренії в разі наявності коморбідного соматичного захворювання. Проте виявлено різницю у якісному наповненні даної оцінки, тобто у співвідношенні оцінок по підшкалах позитивних, негативних та загальних симптомів. Щодо клініко-психопатологічного змісту клінічної симптоматики при загостренні шизофренії, аналізуючи результати дослідження було виділено наступне: у пацієнтів з соматичною патологією різних систем організму в порівнянні з контрольною групою частіше спостерігалася депресивна симптоматика у вигляді як простого депресивного синдрому (найчастіше в пацієнтів з нефрологічною (25%) та кардіологічною (18,75%) патологіями) та комплексних депресивних синдромів (тривожно-депресивного (пацієнти з гастроентерологічною (23,33%) та респіраторною (23,33%) патологіями), депресивно-іпохондричного (пацієнти з нефрологічною (18,75%) та респіраторною (20%) патологіями), депресивно-параноїдного (при нефрологічній (15,63%) та гастроентерологічній (20%) коморбідності). У пацієнтів контрольної групи більш часто, ніж у пацієнтів з супутньою соматичною патологією в клініці афективних порушень спостерігалися спотворення ефективності у вигляді емоційної неадекватності (25,81%) та дисфоричності (16,13%). Вищевказані дані є свідчення більш частого емоційного розщеплення при загостренні параноїдної шизофренії у пацієнтів без супутньої соматичної патології та більш збереженої цілісності емоційних процесів при коморбідних соматичних патологіях, що є підґрунтям для формування клінічно і феноменологічно складних депресивних синдромів.

У структурі порушень мислительної сфери і когніцій у фазі загострення відмічалась специфічність семантики параноїдного синдрому у пацієнтів з різними соматичними захворюваннями. Так, у 12,90% з супутньою кардіологічною патологією спостерігалась специфічна тематика параноїдного синдрому у вигляді маячення вагітності, а 15,63% пацієнтів з нефрологічною патологією параноїчний синдром наповнювали іпохондричні переконання, які базувалися на сенестопатичних відчуттях. Також відмічалися вищі показники когнітивної неспроможності у пацієнтів з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи, що може бути ознакою атеросклеротичних змін у судинах

головного мозку з явищами когнітивного дефіциту.

При аналізі порушень соціальної активності у фазі загострення в процесі нашого дослідження виявлено, що у пацієнтів контрольної групи дані порушення були зумовлені більшою в порівнянні з пацієнтами з груп з коморбідною соматичною патологією вираженістю продуктивних психотичних порушень у вигляді параноїчної поведінки, агресивності, розладів потягів, психомоторного збудження, високого рівня психотичної тривоги, негативізму, емоційної розщепленості і неадекватності, що робило неможливими адекватну соціальну перцепцію та відповідні поведінкові акти. Натомість у пацієнтів з соматичною патологією порушення соціальної активності у фазі загострення частіше були зумовлені негативною симптоматикою у вигляді кататонічного ступору, аутизму, парабулій, стереотипів діяльності.

Дослідження синдромальної характеристики порушень соматичної перцепції у досліджуваних групах пацієнтів у періоді загострення шизофренії показала, у всіх групах пацієнтів з різними соматичними патологіями в порівнянні з контрольною групою хворих спостерігалось підвищення частоти соматичної занепокоєності. Даний симптом був емоційною реакцією на соматичні процеси як патологічного, так і фізіологічного характеру, оскільки тематика соматичної тривожності і фокус її уваги не завжди були співзвучними до реальних соматичних симптомів та тілесних відчуттів, обумовлених актуальним соматичним стражданням. Також, у пацієнтів з супутніми захворюваннями сечовидільної та дихальної системи відмічалась достовірно більша частота синдромів як неврозоподібного так і психотичного реєстру, що стосувалися порушеного сприймання фізіологічних функцій, різноманітних патологічних тілесних сенсацій у вигляді сенестопатій, дисоціативно-конверсивних порушень чутливості із формуванням на їх фоні параноїдно-іпохондричних синдромів.

Щодо якісної оцінки клініко-психопатологічного стану у досліджуваних пацієнтів на етапі формування ремісії, то у пацієнтів контрольної групи, частіше в порівнянні з усіма групами пацієнтів з коморбідними соматичними захворюваннями, виявлялися афективні синдроми, які є клінічними індикаторами гостроти шизофренічного процесу, такі як тривожний, obsesивно-фобічний, дисфоричний синдроми та синдром емоційної неадекватності. Дані синдроми хоча і не були специфічно психотичного реєстру, а неврозоподібними, проте вони є ознаками недостатньої якості ремісії шизофренії у даній групі пацієнтів. В меншому ступені дані синдроми були виражені у групі з супутньою серцево-судинною патологією.

Узагальнюючи структуру когнітивних порушень у досліджуваних пацієнтів відмічено, що не дивлячись на проведене лікування та редукцію продуктивної психотичної симптоматики, у пацієнтів контрольної групи спостерігався широкий спектр когнітивних порушень як дефіцитарних (стереотипність мислення,

ідеаторне загальмування), так і продуктивних (параноїдний синдром, синдром аутопсихічної деперсоналізації). Достовірних відмінностей у частоті різних синдромів порушень соматичної перцепції та інтерпретації тілесних сенсацій між групами пацієнтів з супутніми патологіями різних систем організму не було виявлено. Натомість відмічено, що у пацієнтів контрольної групи достовірно частіше відмічалися соціальна занепокоєність, соматопсихічна деперсоналізація та сенесто-іпохондричний синдром. Наявність даних синдромів свідчили про низьку якість ремісії пацієнтів з одного боку, резистентність даних синдромів у пацієнтів без супутньої соматичної патології – з іншого боку. Також ці дані говорять про те, що у клінічну картину параноїдної шизофренії у фазі загострення у пацієнтів з супутньою соматичною патологією більший частіше включаються синдроми патологічних соматичних сенсацій та патологічної інтерпретації тілесного досвіду, а на етапі формування ремісії дані феномени не є актуальними у формуванні клініки шизофренії.

Огляд включених симптомів дозволив дати комплексну характеристику клініко-психопатологічних факторів синдромогенезу параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією. Дана характеристика демонструє інтеграційну структуру синдромогенезу та охоплює широкий спектр порушень афективної, вольової сфери, когнітивної, перцептивної та соціальної діяльності.

У таблиці 1 показана структура динаміки психопатологічної симптоматики по шкалі PANSS.

Як видно з таблиці 1, у пацієнтів контрольної групи та групи з нефрологічною патологією спостерігалась частіше високий ступінь терапевтичної резистентності психопатологічної симптоматики, що проявлялась і найнижчими загальними показниками редукції у групі та високим відсотком пацієнтів з негативною динамікою психопатологічної симптоматики. У пацієнтів з кардіологічною та респіраторною патологією спостерігалась найвищий терапевтичний відгук на психотропне лікування, що проявлялося як найвищими загальними показниками редукції у групі, так і найбільшим відсотком із динамікою більше 20 %.

При оцінці якості життя у фазі загострення шизофренії виявлена тенденція до найнижчого оцінювання параметрів, які стосувалися соматичного здоров'я та функціонування з ним пов'язаного, у пацієнтів з нефрологічною патологією. Навпаки – найвище оцінювання свого соматичного здоров'я та функціонування з ним пов'язаного відмічалась у пацієнтів з кардіологічною патологією та у групі порівняння. Оцінка показників психічного стану та рольового та соціального функціонування з ним пов'язаного була достовірно вищою у пацієнтів контрольної групи та з супутньою респіраторною патологією. У фазі загострення шизофренії найвищі показники як психічного так і фізичного компоненту здоров'я спостерігалися у групі порівняння ($-PH - 263,90 \pm 4,79$, $MH - 229,32 \pm 4,63$) і у групі пацієнтів з супутніми кардіологічними захворюваннями (PH

$-268,91 \pm 2,84$, $MH - 233,06 \pm 4,31$), а найнижчі показники по обох компонентах спостерігалися у групі з супутньою нефрологічною патологією ($PH - 103,88 \pm 2,81$, $MH - 119,41 \pm 4,44$). У фазі ремісії найвищий показник фізичного компоненту здоров'я ($180,00 \pm 7,16$) спостерігався у контрольній групі, а найнижчі – у пацієнтів з респіраторною ($124,93 \pm 4,98$) та нефрологічною патологією ($122,06 \pm 4,54$). Щодо психологічного компоненту, то найвищі показники також були у пацієнтів контрольної групи ($180,00 \pm 7,16$), а найнижчі – у групі з гастроентерологічною ($144,00 \pm 5,05$) та нефрологічною ($147,25 \pm 5,64$) патологіями.

Аналізуючи динаміку оцінки соматичного стану, у всіх пацієнтів, окрім групи з коморбідною нефрологічною патологією, спостерігалось покращення оцінювання фізичного компоненту здоров'я у фазі формування ремісії в порівнянні з оцінюванням цього показника у фазі загострення. Причому найбільша різниця в оцінці даного параметру спостерігається у групі порівняння та у групі з супутніми кардіологічними захворюваннями, що говорить про найбільш суттєвий вплив продуктивної психотичної симптоматики на усвідомлення і відношення до свого соматичного стану у пацієнтів даних груп з тенденцією від анозогностичної до нормогностичної позиції.

При аналізі динаміки оцінки психічного стану у пацієнтів групи порівняння та у пацієнтів з супутньою кардіологічною патологією відмічено зниження показника Психічного компоненту здоров'я MH , причому у групі з кардіологічною патологією спостерігалось більш стрімке зниження даної оцінки. У пацієнтів з нефрологічною, гастроентерологічною та респіраторною патологією відмічалось підвищення оцінки по даному показнику.

Спостереження об'єктивної оцінки соматичного функціонування є однією з основних мішеней психотерапевтичних втручань при коморбідності параноїдної шизофренії з соматичними захворюваннями, оскільки призводить до зниження якості лікування коморбідних соматичних захворювань та так званої «патологічної поведінки в хворобі».

Депресивна симптоматика у поєднанні з симптомами порушеного відчуття, усвідомлення чи інтерпретації тілесного досвіду спричинюєвала гіпернозогностичну установку щодо актуального соматичного захворювання з іпохондричною налаштованістю та переоцінкою його наслідків.

Виражена продуктивна шизофренічна симптоматика у пацієнтів з параноїдною шизофренією та супутньою соматичною патологією зумовлювала гіпо- та анозогностичну позицію з порушенням комплаєнтності у лікуванні коморбідної соматичної патології.

В результаті дослідження виділено наступні механізми синдромогенезу при коморбідності параноїдної шизофренії та соматичної патології. 1) Переважно соціально – обумовлений тип – пов'язаний з соціальними, культуральними факторами, так званою соціальною атрибуцією ролі хворого. Синдромогенез за даним

Таблиця 1

Динаміка психопатологічної симптоматики у обстежених пацієнтів по шкалі PANSS

Тип динаміки	Негативна динаміка		0-10%		11-20%		Більше 20%	
Групи обстежених	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Контрольна група, n -29	4	12,90	5	16,13	8	25,81	14	45,16
Пацієнти з нефрологічною патологією, n -31	3	9,38	10	31,25	8	25,00	11	34,38
Пацієнти з серцево-судинною патологією, n -30	0	** $p_1 < 0,1$	5	15,63 $p_1 > 0,1$	7	21,88 $p_1 > 0,1$	20	62,50 $p_1 < 0,05$
Пацієнти з гастроентерологічною патологією, n -30	0	** $p_1 < 0,1$ $p_2 > 0,1$	4	13,33 $p_1 < 0,1$ $p_2 > 0,1$	17	56,67* * $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,01$	9	30,00 $p_1 > 0,1$ $p_2 < 0,01$
Пацієнти з респіраторною патологією, n -30	2	6,67 $p_1 > 0,1$ $p_2 > 0,1$ $p_3 > 0,1$	2	6,67 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,1$ $p_3 > 0,1$	9	30,00 $p_1 > 0,1$ $p_2 > 0,1$ $p_3 < 0,05$	17	56,67 $p_1 < 0,1$ $p_2 > 0,1$ $p_3 < 0,05$

Примітки:

Коефіцієнт достовірності в порівнянні з контрольною групою – *коефіцієнт достовірності $< 0,1$;

коефіцієнт достовірності $< 0,05$; * коефіцієнт достовірності $< 0,01$, **** коефіцієнт достовірності $< 0,001$;

p_1 – порівняння з групою з патологією сечовидільної системи;

p_2 – порівняння з групою з патологією серцево-судинної системи;

p_3 – порівняння з групою з патологією травної системи.

типом реалізується у пацієнтів при достатньо збереженому рівні соціальної компетентності, особистісної цілісності, при задовільному соціальному орієнтуванні та функціонуванні. 2) Переважно психопатологічно - обумовлений тип (феноменологічний) – обумовлений наявними психопатологічними симптомами параноїдної шизофренії як позитивного, так і негативного спек-

тру. Синдромоутворення за даним типом визначається актуальними ендogenous патологічними симптомами, через призму яких сприймається об'єктивність супутнього соматичного захворювання. 3) Сомато-біологічний тип – обумовлений переважно патоанатомічними, ноцицептивними (патофізіологічними) змінами у організмі, які достатньо виразно відрізняються від

попереднього соматопсихічного досвіду особистості, і спричиняють вплив на особистісне реагування на наявність соматичного захворювання, а також впливають на формування фабули параноїдних утворень, емоційні синдроми, тощо.

В результаті дослідження вибірки пацієнтів, що страждали на параноїдну форму шизофренії з супутніми соматичними захворюваннями, виявлено багатоваріантність коморбідних співвідношень та виділено три типи клінічної синдромологічної коморбідності параноїдної шизофренії, обтяженої соматичною патологією:

Автономний - одночасне співіснування психопатологічних синдромів власне ендегенного шизофренічного походження та психогенних, обумовлених психологічною реакцією особистості на наявність супутнього соматичного захворювання (нозогенією). При такому типі коморбідності клінічну картину параноїдної шизофренії складають синдроми психотичного реєстру (наприклад, синдром психічного автоматизму Кандінського-Клерамбо, кататонічний ступор, тощо) та психогенно-обумовлені неврозоподібні включення.

Синергічно-патопластичний – утворення змішаних ендегенних і психогенних синдромів, таких як параноїдно-депресивний, параноїдно-іпохондричний, тощо.

Дисоціативно – патопластичний – утворення атипових складних комплексних синдромів і за механізмом синергії, а також за механізмом дисоціації всередині синдрому з випадінням характерних його складових (при депресивному синдромі заміщення ідеомоторного загальмування і формування ажитованого депресивного симптомокомплексу).

Домінування того або іншого варіанту коморбідних співвідношень більшою мірою обумовлене характеристиками власне ендегенного захворювання (гостротою психопатологічної симптоматики фазою захворювання (екзацербіція, ремісія, дефектний стан, тощо), ніж особливостями психогенної дії супутнього соматичного захворювання.

Можливість тривалого персистування нозогенно-обумовлених симптомів в умовах шизофренічного процесу визначається в першу чергу рівнем стадією шизофренічного процесу. Так у фазі загострення шизофренії відмічено специфічний синдромопластичний вплив симптомів супутнього соматичного захворювання на оформлення клінічних психотичних синдромів шизофренії. У фазі формування ремісії у разі достатньо високого преморбідного рівня соціального та особистісного функціонування пацієнтів з збереженням рівня афективності спостерігається формування нозогенних синдромів непсихотичного реєстру. У разі виходу у періоді згасання загострення та переходу у ремісію на перший план децітарної шизофренічної симптоматики як прояву шизофренічного дефекту, нозогенний патопластичний вплив супутнього соматичного захворювання згладжується.

При призначенні психофармакотерапії у пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію та супутні соматичні захворювання, крім ефективності, перено-

симості та безпечності призначення антипсихотичних засобів, слід враховувати їх соматотропні ефекти, а також особливості можливої фармакокінетичної та фармакодинамічної взаємодії психо- та соматотропних засобів. Психопатологічні синдроми, що включаються у клінічну картину шизофренії при супутніх соматичних захворюваннях різних систем організму, потребують комбінованого застосування антипсихотиків з психотропними засобами інших основних груп (анксіолітики, антидепресанти, нормотиміки).

Висновки

1. Структура синдромогенезу параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією, носить інтеграційний характер та охоплює широкий спектр порушень афективної, вольової сфери, когнітивної, перцептивної та соціальної діяльності.

2. Спотворення усвідомлення та відношення до проявів актуального соматичного захворювання у пацієнтів з параноїдною формою шизофренії реалізується за трьома основними напрямками – переважно соціально-обумовленим типом, переважно психопатологічно обумовленим типом та переважно соматобіологічним типом.

3. Важливу роль у синдромоутворенні при екзацербіції параноїдної шизофренії у пацієнтів з коморбідною соматичною патологією відіграють явища соматопсихічної деперсоналізації.

4. Оптимізація терапії параноїдної шизофренії при супутніх соматичних захворюваннях полягає не лише в досягненні безумовно позитивного ефекту від призначення психотропних засобів, але і в мінімізації їх побічних ефектів і ризику ускладнень терапії.

5. Синдромопластичний вплив супутньої соматичної патології різних систем організму на вираженість актуальної психопатологічної симптоматики параноїдної шизофренії впливає на суб'єктивну оцінку пацієнтами параметрів свого соматичного та фізичного функціонування.

6. Диференціальна психотерапія пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії передбачає врахування фази захворювання, гостроти та вираженості психопатологічної симптоматики, а також якісних психопатологічних характеристик у виборі тактики психотерапевтичного впливу.

Отже, в результаті проведеного дослідження нами виявлено комплексні закономірності синдромоутворення при параноїдній шизофренії у пацієнтів з коморбідними соматичними захворюваннями. Отримані дані дозволили оптимізувати психофармакотерапевтичну та психотерапевтичну допомогу даному контингенту пацієнтів.

Література:

1. Бурлаков, А. В. Аспекты эффективности и безопасности применения антипсихотиков у больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией (по материалам симпозиума "Фармакотерапия психозов и расстройств настроения с сопутствующей соматической патологией") [Текст] / А. В. Бурлаков // Психические расстройства в общей практике. – 2006. – Том 01, № 2, – С. 14–19.

2. Вассерман, Л.И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией [Текст] / Л.И. Вассерман, Е.Н. Трифонова, В.Л. Федорова // Сибир. психол. журнал. — 2008; — №27. — С. 67-71.
3. Выборных, Д.Э. К вопросу о шизофренических реакциях у больных с актуальным соматическим заболеванием [Текст] // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. / Под ред. А.Б. Смуглевича. — М., — 1999. — С. 252-256.
4. Дробижев, М.Ю. Взаимодействие средств, применяемых для лечения соматических заболеваний, и психотропных препаратов [Текст] / М.Ю. Дробижев // Современная психиатрия. — 1998. — №2. — С. 15-18.
5. Ильина, Н.А. Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии) [Текст] / Н.А. Ильина // Автореф. дис. д-ра мед. наук. — М. — 2006. — 58с.
6. Канабих, Ю. «История психиатрии» [Текст] / Ю. Канабих // М., ЦТР МГП ВОО, 1994г. 528с.
7. Колотилин, Г. Ф. Клинико-психопатологический патоморфоз параноидной шизофрении [Текст] / Г. Ф. Колотилин, М. В. Яковлева // Дальневосточный медицинский журнал. — 2009. — № 3. — С. 64—66.
8. Коцюбинский, А.П., Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении [Текст] / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, Н.А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007 — Т.17. — №2, — С.103—107.
9. Лебедева, В. Ф. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспекты) [Текст] : автореф. дис. ... док. мед. наук : 14.01.16 / Лебедева Валентина Федоровна ; «Научный центр психического здоровья РАМН» (Москва). — Томск, 2007. — 46 с.
10. Михайлов, Б.В. Сучасний стан проблеми шизофренії (Огляд літератури) [Текст] / Б.В. Михайлов // — Український вісник психоневрології. — 2010 — Т.18, вип.4 (65). — С. 39—46.
11. Некоторые современные особенности динамики синдромогенеза у больных параноидной шизофренией [Текст] / В. Б. Вильянов, Б. Д. Цыганков // Российский психиатрический журнал. - 2005. — № 3. — С. 15—19. - Библиогр.: с. 19. - Реферирована. - ISSN 1560-957X
12. Николаева, В.В. Клинико-психологические проблемы телесности [Текст] / В.В. Николаева, Г.А. Арина // Психологический журнал. — 2003, — №1. — С. 43-52.
13. Сюняков, Т.С. К проблеме двоянных психогенно провоцируемых аффективных фаз при реактивной шизофрении [Текст] / Т.С. Сюняков // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6, № 1. — С. 24—26.
14. Смуглевич, А. Б. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в соматическом стационаре [Текст] / А. Б. Смуглевич, М. А. Дробижев, С. А. Иванов // Журн. неврол. и психиатр. им.С.С.Корсакова — 2002. — № 7. — С.9—13.
15. Тхостов, А.Ш. Психология телесности [Текст] / А.Ш. Тхостов // М.: Смысл, 2002, — С.: 15—27, 66—72, 115—128.
16. Шмилович, А. А. Клинические особенности психогенно спровоцированных обострений параноидной шизофрении [Текст] / А. А. Шмилович О. С. Евдокимова // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. — 2008. — № 6. — С. 18—23.
17. Царук, Т.П. Роль реактивной лабильности в нарушениях адаптации у больных приступообразной шизофренией [Текст] / Т.П. Царук // Тезисы доклада к юбилейной конференции б-цы им.П.Б.Ганнушкина в кн.: Актуальные проблемы клиники и терапии психических заболеваний и организации психиатрической помощи. — Москва, 1991 — С. 132-135.
18. Abdelmawla, N. Sudden cardiac death and antipsychotics. Part 1: Risk factors and mechanisms [Text] / N.Abdelmawla, A.J. Mitchell. // Advan. Psychiatr. Treat. — 2006; — №12(1) — P. 35 — 44.
19. . Impact of medical comorbidity on the quality of schizophrenia pharmacotherapy in a national VA sample [Электронный ресурс] / L., R., D. // — 2006 — №. 44(1). — P. 55-61. Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16365613>
20. Nasrallah, H. A. Low rates of treatment for hypertension, dislipidemia and diabetes in schizophrenia: data from CATIE schizophrenia trial sample at baseline [Text] / H.A.Nasrallah at all // Schizophr res. — 2006. — № 86(1-3). — P. 15—22.
21. Llorente, M. Diabetes, Psychiatric Disorders, and the Metabolic Effects of Antipsychotic Medications [Text] / M. D. Llorente, V.Urrutia // Clin. Diabetes. — 2006. — № 24(1). — P. 18 — 24.
22. Rickelman, B.L. Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight [Text] / B.L. Rickelman // Ment Health Nurs. — 2004, Apr-May; 25(3). — P. 27—42.
23. Sim, K. Physical comorbidity, insight, quality of life and global functioning in first episode schizophrenia: A 24-month, longitudinal outcome study [Электронный ресурс] / K.Sim et al. // Schizophrenia Research. — 2006. —. — P. 82-89. Режим доступа: [http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964\(06\)00324-0/abstract](http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964(06)00324-0/abstract)
24. The Impact of Serious Mental Illness on Health and Healthcare [Электронный ресурс] / M.Viron, T.Stern // Psychosomatics. — 2010. — Режим доступа: <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/51/6/458>

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМОПЛАСТИЧНОГО ВЛИЯНИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ШИЗОФРЕНИИ

О. Е.Смашна

Нами было обследовано 155 пациентов, которые страдали на параноидную форму шизофрении и коморбидные заболевания разных систем организма. Целью исследования было определить закономерности синдромообразования при параноидной шизофрении и коморбидной соматической патологии разных систем организма в периоде экзacerbации шизофрении и на этапе формирования ремиссии. Анализировались качественные и количественные характеристики психопатологической симптоматики, тяжесть депрессивных симптомов, оценка качества жизни, и т.д. В процессе исследования определено, что структура синдромогенеза параноидной шизофрении, коморбидной с соматической патологией, носит интеграционный характер и охватывает широкий спектр нарушений аффективной, волевой сферы, когнитивной, перцептивной и социальной деятельности.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, коморбидность с соматическими заболеваниями, синдромогенез

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SYNDROMOPLASTIC INFLUENCE OF CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGIES ON THE FORMING OF CLINICAL PRESENTATION OF SCHIZOPHRENIA

О. Ye.Смашна

155 patients suffered from paranoid form of schizophrenia and comorbid somatic diseases of the different systems of organism were inspected. A research aim was to define conformities to law of syndromoplastic at paranoid schizophrenia and comorbid somatic pathology in the period of exacerbation of schizophrenia and on the stage of forming of remission. Quality and quantitative descriptions of psychopathological symptomatology, depressed symptoms, estimation of quality of life, were analysed. In the process of research certainly, that the structure of syndromogenesis of paranoid schizophrenia, comorbid with somatic pathology, carries integration character and embraces the wide spectrum of violations highly emotional, volitional sphere, cognitive, perceptive and social activity.

Keywords: paranoid schizophrenia, comorbidity with somatic pathology, syndromogenesis

УДК 616.89-008.1-02:616.895.8

В.Д. Мишиев, М.В. Шейко, Ю.А. Блажевич, К.А. Василенко, Ю.А. Кушнир, Г.А. Осадчая
ПЕРЕНОСИМОСТЬ, БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГИБКИМИ
ДОЗАМИ АРИПИПРАЗОЛА АРИП МТ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1, г. Киев

Ключевые слова: нейрорептики, шизофрения, психические расстройства, АРИП МТ, частичные агонисты

Введение

Первоначальная дофаминовая гипотеза шизофрении основывалась на том, что подкорковые области чрезмерно стимулированы вследствие повышенной дофаминовой активности. Однако дальнейшие исследования показали, что при шизофрении одновременно наблюдается дефицит дофаминовой активности в лобной коре и усиление функциональной активности дофамина в подкорковых структурах. Многочисленные исследования, проводимые у больных шизофренией, подтверждают первоначальную концепцию Пикокса (Русоск) и его коллег предполагавшую, что гиперактивация мезолимбических (подкорковых) структур связана с появлением позитивных симптомов, а гиподорфронтальность – с развитием негативных симптомов и когнитивными нарушениями [9;26]. Устранение этого дисбаланса дофаминовой активности между корковыми и подкорковыми структурами мозга, возможно, является основной нейрорхимической мишенью фармакотерапии больных шизофренией [8; 16; 18].

Современная антипсихотическая терапия. Все современные антипсихотические средства действуют как полные антагонисты D₂-рецепторов (хотя со значительными различиями в аффинитете), в то время как шизофреническая симптоматика, как указывалось ранее, связана с различной дофаминовой активностью в различных областях мозга [12; 23].

Принято различать два класса антипсихотических препаратов: типичные и атипичные.

Типичные антипсихотики (первое поколение).

Высокое сродство и полная антагонистическая активность в отношении D₂-рецепторов определяют клинический профиль типичных нейрорептиков. Они эффективны в плане влияния на продуктивную симптоматику, но оказывают ограниченное воздействие на негативные и когнитивные нарушения при шизофрении. Антагонистическое воздействие на дофаминовые рецепторы в нигростриарной области приводит к возрастанию холинергической активности и, как следствие, к экстрапирамидной симптоматике. Дофаминовая антагонистическая активность типичных нейрорептиков через тубероинфундибулярный путь также влияет на секрецию пролактина, приводит к сексуальным дисфункциям [13; 27].

Атипичные антипсихотики (второе поколение)

Атипичные антипсихотики так же, как и традиционные нейрорептики, являются антагонистами D₂-рецепторов. Однако они обнаруживают, кроме того,

высокое сродство к 5-HT_{2A}-рецепторам, что, как предполагается, и лежит в основе различий препаратов этих двух классов. Антагонистическая активность в отношении 5-HT_{2A}-рецепторов приводит к ингибированию выброса серотонина, способствуя увеличению трансмиссии дофамина.

Иным механизмом действия обладает особый класс препаратов – частичные агонисты, по мнению некоторых авторов – антипсихотики третьего поколения [19; 24].

Частичные агонисты дофаминовых рецепторов, благодаря их уникальному механизму действия, возможно, представляют особую группу атипичных антипсихотиков. Эти препараты называются частичными агонистами, потому что имеют более низкую внутреннюю активность, чем полные агонисты. В зависимости от ситуации частичные агонисты могут вызывать различные реакции рецептора: в присутствии агонистов с более высокой внутренней активностью они могут обнаруживать свойства антагонистов, блокируя доступ к рецептору, но самостоятельно действуют как агонисты. В отсутствие полного агониста частичный агонист ведёт себя как агонист, но реакция на него меньше, чем на полный агонист. Эффект частичных агонистов развивается вследствие стабилизации функционального состояния дофаминовой системы в корковой и подкорковой областях мозга без значительной (неспецифической) блокады D₂-рецепторов в нигростриарной и тубероинфундибулярной областях, проявлениями которой является манифестация побочных эффектов (экстрапирамидных и гиперпролактинемии) [4; 12]. Поэтому применение частичных агонистов дофаминовых рецепторов, стабилизирующих дофаминергическую нейротрансдукцию с увеличением дофаминовой активности в лобной коре и ослаблением ее в подкорковых областях, может оказаться весьма перспективным и востребованным терапевтическим подходом [28; 2;10,].

К частичным агонистам дофамина, прошедшим клинические испытания и предназначенным для лечения психических расстройств относится Aripiprazole (-OPC – 14597) – препарат, впервые разработанный компаниями Bristol-Myers Squibb (США) и Otsuka Pharmaceutical (Япония) и зарегистрирован по торговым названиям ABILIFY® (АБИЛИФАЙ®) [3; 17; 22].

Арипипразол имеет высокий аффинитет к D₂-рецепторам, но в отличие от всех существующих нейрорептиков является частичным агонистом D₂-рецепторов. В условиях избыточного количества дофамина

арипипразол оказывает антагонистическое воздействие на дофаминергическую передачу и в то же время выступает в роли частичного агониста дофамина в условиях его дефицита (рис. 1).

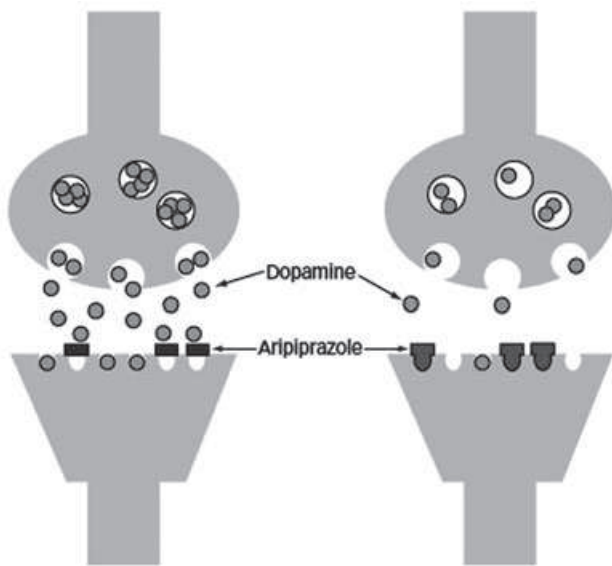


Рисунок 1

Такая способность уравнивать содержание дофамина может иметь особую терапевтическую ценность при шизофрении, так как это обеспечивает потенциальную возможность устранения побочных эффектов, обусловленных блокадой дофаминовых рецепторов [10; 25].

Эффективность аripипразола при лечении позитивных, негативных и депрессивных симптомов шизофрении была подтверждена результатами нескольких крупных клинических исследований. Эффективность аripипразола доказана в клинических исследованиях на нескольких тысячах пациентов при шизофрении и биполярном расстройстве. Эти исследования (краткосрочные и длительные) показали эффективность аripипразола уже в течение первой недели терапии, уменьшение выраженности расстройств по шкале PANSS (-общая оценка, субшкала позитивных расстройств) и CGI [1; 5; 6; 7; 15].

В целом, во всех исследованиях отмечается хорошая переносимость аripипразола. К наиболее часто выявляемым побочным эффектам относились головная боль, бессонница, ажитация и тревога, то есть те же явления, которые чаще всего обнаруживались при применении рисперидона, галоперидола и плацебо. Частота побочных эффектов не различалась у аripипразола и плацебо и была ниже, чем в группах активного контроля. В частности, по сравнению с галоперидолом и рисперидоном, при назначении аripипразола реже встречались экстрапирамидные расстройства и сонливость. При длительном назначении препарата (-до 52 недель) новые побочные эффекты не возникали, а выраженность существующих оставалась стабиль-

ной или даже снижалась за этот период [11; 14; 15; 20].

Способ применения и дозы.

Шизофрения. Рекомендуется назначать аripипразол в начальной дозе 10 или 15 мг один раз в день, независимо от приема пищи. Поддерживающая доза составляет 15 мг/сут. В клинических исследованиях показана эффективность препарата в дозах от 10 до 30 мг/сут.

Маниакальные эпизоды при биполярном расстройстве. Аripипразол следует принимать один раз в день независимо от приема пищи, начиная с дозы 15 или 30 мг/сут. В клинических исследованиях продемонстрирована эффективность препарата в дозах 15–30 мг/сут при маниакальных эпизодах при приеме в течение 3–12 недель.

Безопасность доз выше 30 мг/сут в клинических исследованиях не оценивалась.

Не требуется изменение дозировки препарата при назначении препарата пациентам с почечной недостаточностью, печеночной недостаточностью (класс А, В и С по классификации Чайлда-Пью).

Сведения о терапевтической эквивалентности (неэквивалентности)

Эквивалентность доз [14].

Аripипразол	5 мг	10 мг	20 мг	30 мг
Галоперидол	1 мг	5 мг	10 мг	20 мг
Рисперидон	1 мг	2 мг	4 мг	6 мг

Таким образом Аripипразол может быть использован как в случаях гипер-, так и недостаточной дофаминовой активности в различных областях мозга модулируя нейротрансмиттерную систему на локальном уровне и, таким образом, может влиять и на продуктивную, и на негативную симптоматику. С точки зрения академической медицины, появление этого препарата означает новую веху в психфармакологии [19,21,25].

Единственным генерическим препаратом, зарегистрированным в Украине является препарат АРИП МТ, который выпускает Torrent Pharmaceuticals Ltd. АРИП МТ биоэквивалентен оригинальному аripипразолу.

Результаты собственного исследования. В настоящем исследовании изучались относительная эффективность, безопасность и переносимость лечения гибкими дозами аripипразола (АРИП МТ) стационарных и амбулаторных больных шизофренией.

Цель исследования. Исследовать переносимость, безопасность, эффективность лечения гибкими дозами аripипразола (АРИП МТ) у взрослых пациентов с шизофренией во время обострения.

Методы. Исследование было проведено на базе Киевской городской клинической психоневрологической больницы № 1.

Исследование проводилось открытым методом и было простым несравнительным. Длительность исследования составляла 12 недель.

В соответствии с протоколом клинические характе-

ристики больных отвечали базовым критериям включения и исключения.

Пациенты. В исследование включались стационарные и амбулаторные пациенты (мужчины и женщины, $n=27$) в возрасте с 18 лет до 65 лет, которым был выставлен диагноз шизофрении (рубрика F 20), согласно диагностическим критериям МКБ -10, которым был назначен АРИП МТ, по медицинским показаниям. Большинство больных (20) начинали лечение в стационаре КГКПНБ № 1, а затем их переводили на амбулаторный режим терапии; остальные 7 человек лечились амбулаторно.

Критерии включения: наличие острого психотического состояния в рамках диагноза «шизофрения» согласно МКБ – 10 (диагноз шизофрении был установлен в течении как минимум 1 года), показатель по шкале CGI- S — не меньше 3 баллов, по шкале PANSS – не менее 70 баллов по оценке на момент начала исследования; отсутствие у больных каких-либо хронических неврологических и других соматических заболеваний в стадии обострения; отсутствие алкогольной, лекарственной или иной зависимости по критериям МКБ-10.

Критерий исключения: участие в каком-либо испытании других лекарственных средств в течение не менее 30 дней до начала настоящего исследования; лечение антипсихотическими препаратами пролонгированного действия в инъекционной форме в течение менее одного допустимого интервала введения дозы до 1-го приема арипипразола; предшествующее лечение арипипразолом; лечение психостимуляторами, финлепсином, обратимыми ингибиторами МАО, резерпином. Кроме того, в исследование не вошли пациенты, которые получали клозапин или флуоксетин в течение 4 нед до первого приема препарата, необратимые ингибиторы МАО в течение 4 нед до первого приема препарата.

Показатели эффективности. Для оценки эффективности антипсихотической терапии пациентам проводили оценку по шкале Positive and Negative Syndrome Scale (шкала позитивных и негативных симптомов шизофрении) PANSS, разработанная T.Crow на основе дихотомического деления симптомов шизофрении в начале исследования (исходные оценки), на 4 и 12 неделях после начала приема препарата. Основным показателем эффективности было установлено сравнительное изменение общего балла PANSS в течение 12 недель после начала приема препарата. Тяжесть клинических проявлений в целом оценивали по Шкале общего клинического впечатления (CGIS), отражающей субъективное впечатление врача, основанное на личном клиническом опыте, о состоянии больного в данный момент в начале исследования (исходная оценка), на 4 и 12 неделях после начала приема препарата.

Показатели безопасности. Оценку безопасности проводили при каждом плановом посещении, на основании сообщений о нежелательных явлениях (НЯ). В течение исследования проводили оценку лаборатор-

ных клинических показателей (клинический анализ крови, биохимический анализ сыворотки, взятой натощак, включая определение уровня глюкозы), основных показателей жизнедеятельности (артериальное давление в положении лежа и стоя, пульс), массы тела, электрокардиограммы (ЭКГ) и физикальное обследование.

Результаты:

Характеристика пациентов. В исследовании приняло участие 27 пациентов (7 женщин и 20 мужчин), средний возраст 33,8 лет. У всех включенных в исследование пациентов была диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения согласно диагностическим критериям МКБ – 10. Стационарные пациенты составили 66,6 % (18), амбулаторные 33,3 % (9). Средняя продолжительность заболевания составила $3,5 \pm 1,6$ года. В большинстве случаев (84%) пациенты за 2 недели до получения первой дозы АРИПА МТ не принимали антипсихотическое лечение.

Дозы. Средняя доза АРИПА МТ составила 20 ± 2 мг \сут. Препарат назначался однократно в сутки. Первоначальная доза составляла 10 мг \сут, при необходимости доза увеличивалась на 10 мг каждые 2 недели. По данным нашего исследования, необходимости повышать дозу свыше 30 мг \сут не было.

Эффективность. В исследовании приняло участие 27 пациентов. После окончания первых 4 недель лечения 14 больных, у которых редукция общего рейтинга по PANSS составила менее 20%, были отнесены к нон-респондерам и исключены из исследования. Оставшиеся 13 пациентов получали арипипразол в течение всех 12 недель. Таким образом, эффективность терапии арипипразолом острых приступов у больных шизофренией составила 48,1%.

Перед началом терапии АРИПОМ МТ среднее значение общего рейтинга по PANSS отмечалось на уровне 92,4 баллов.

За время исследования результаты подшкалы позитивных симптомов PANSS лечения уменьшилась на 18,2% , в основном за счет снижения результатов пунктов «Расстройства мышления» (22,1%) и «Подозрительность и идеи преследования» (30,8%).

Среднее значение подшкалы негативных симптомов уменьшилось на 25,9%. Достоверно редуцировались средние значения рейтинга по пунктам «Трудности в общении» (25%), «Нарушения абстрактного мышления» (16,1%) и «Стереотипное мышление» (27,3%). Анализ изменения средних величин рейтинга подшкал PANSS показал, что у больных, хорошо ответивших на терапию наибольшей редукции подверглись средние значения пунктов «Трудности в общении», «Нарушения абстрактного мышления» и «Стереотипное мышление». Пациенты , с высокими первоначальными значениями подшкал «Бред», «Галлюцинации» значительно хуже реагировали на лечение АРИПОМ МТ, и средние значения данных шкал у них практически не снижались.

В клинической картине больных с положительным

ответом на терапию преобладали явления апатико-диссоциативного синдрома и неврозоподобная симптоматика. В клинической картине нонреспондеров доминировали явления систематизированного бреда, стойкий галлюцинаторный синдром.

На исходном визите состояние среднее значение CGI-S составляло $5 \pm 0,4$, в конце исследования среднее значение CGI-S составляло $4 \pm 0,4$.

Безопасность. Нежелательные явления отмечали у 35 % пациентов. Серьезных нежелательных явлений не было. Самые частые нежелательные явления включали головную боль (10%) и бессонницу (25%). Частота ортостатической гипотензии была низкой - 5% случаев.

Все лабораторные и основные физиологические показатели (включая температуру), определенные в конце исследования, находились в пределах нормы.

Случаев цереброваскулярных нарушений, нейролептических экстрапирамидных осложнений у пациентов не наблюдалось. Увеличения массы тела мы не наблюдали.

Дополнительная терапия. В течение исследования, наряду с АРИПОМ МТ, части пациентов с целью коррекции психомоторного возбуждения назначались галоперидол до 10 мг/сут, азалептин до 100 мг/сут., а для коррекции нарушений сна – хлорпротиксен 50 - 100 мг на ночь.

Выводы

Таким образом, полученные результаты применения АРИПА МТ в клинической практике показали эффективность препарата для лечения психических расстройств в рамках шизофренического процесса. АРИП МТ отвечает основным критериям атипичных нейролептиков: эффективное воздействие на позитивную и негативную симптоматику; низкий риск развития экстрапирамидной симптоматики; быстрота терапевтического эффекта; отсутствие лекарственных взаимодействий с другими препаратами. Следует отметить удобство назначения препарата - 1 раз в сутки. Препарат обладает приятным фруктовым вкусом и ароматом, быстро растворяется во рту. Эти особенности, что немаловажно для повышения комплаенса и, соответственно, эффективности проводимой терапии.

Следует отметить, что опыт применения АРИПА МТ позволяет выделить некоторые особенности клинического применения арипипразола. Наряду с редукцией позитивной симптоматики, его клиническое действие более выражено у пациентов с преобладанием негативной симптоматикой, что несколько затрудняет его использование в качестве монотерапии у пациентов с выраженными проявлениями тревоги и психомоторного возбуждения.

Небольшая длительность терапии позволяет говорить лишь о самых начальных признаках развития эффекта арипипразола. Отсутствие контрольной группы и ограниченное число пациентов заставляют с особой осторожностью формулировать выводы.

Литература:

1. Кузнецов, В.Н. Предварительные данные использования нейролептиков тиорила и арипа в психиатрической практике/ В.Н. Кузнецов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - Одеса, 2006. - №2. - С. 190-191.
2. Benkert O., Muller-Siecheneder F., Wetzel H. Dopamine agonists in schizophrenia; a review // Eur. Neuropsychopharmacol. - 1995. - Vol. 5. - P. 43-53.
3. Bolonna A.A., Kerwin R.W. Partial agonism and schizophrenia // British Journal of psychiatry. 2005. 186. P. 7-10
4. Burris K.D., Molski T.F., Xu C. et al. Aripiprazole, a novel antipsychotic, is a high affinity partial agonist at human dopamine D2 receptors // J. Pharmacol. Exp. Ther. - 2002. - Vol. 302. - P. 381-389.
5. Casey D., Saha A.R., Ali M.W. et al. Switching to aripiprazole monotherapy // Int. J. Neuropsychopharm. - 2002. - Vol. 5, Suppl. 1. - P. S187.
6. Casey D.E., Carson W.H., Saha A.R. et al. Switching patients to aripiprazole from other antipsychotic agents: a multicenter randomized study // Psychopharmacol. - 2003. - Vol. 166. - P. 391-399.
7. Cornblatt B., Kern R.S., Carson W.H. et al. Neurocognitive effects of aripiprazole versus olanzapine in stable psychosis [abstract] // Int. J. Neuropsychopharmacol. - 2002. - Vol. 5, Suppl. 1. - P. S185
8. Daniel D.G., Saha A.R., Ingenito G. et al. Aripiprazole, a novel antipsychotic: overview of a phase II study result [abstract] // Int. J. Neuropsychopharmacol. - 2000. - Vol. 3, Suppl. 1. - P. S157.
9. Davis K.L., Kahn R.S., Ko C. et al. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization // Am. J. Psychiatry. - 1991. - Vol. 148. - P. 1474-1486.
10. Harrison P.J. The neuropathology of schizophrenia: a critical review of the data and their interpretation // Brain. - 1999. - Vol. 122, Pt 4. - P. 593-624.
11. Inoue A., Nakata Y. Strategy for modulation of central dopamine transmission based on the partial agonist concept in schizophrenia therapy // Jap. J. Pharmacol. - 2001. - Vol. 86. - P. 376-380.
12. Inoue T., Domae M., Yamada K. et al. Effects of the novel antipsychotic agent 7-{4-[2,3-dichlorophenyl]-1-piperazinyl]-utyloxy}-3,4-dihydro-2 (1 H)-quinolinone (OPC-14597) on prolactin release from the rat anterior pituitary gland // J. Pharmacol. Exp. Ther. - 1996. - Vol. 277. - P. 137-143.
13. Johnston L.C., McCreary A.C., Rose S. et al. Association between intrinsic activity and the antiparkinsonian effects of a novel dopamine D2 agonist series in the 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine treated primate model of Parkinson's disease. Poster presented at the 7th Congress of the European Federation of Neurological Societies; 2003 Aug 30-Sep 2; Helsinki, Finland.
14. Kane et al. J Clin Psychiatry 2003; Volume 64, Supplement 12
15. Kane J.M., Carson W.H., Saha A.R. et al. Efficacy and safety of aripiprazole and haloperidol versus placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder // J. Clin. Psychiatry. - 2002. - Vol. 63. - P. 763-771.
16. Kasper S., Lerman M.N., McQuade H.D. et al. Efficacy and safety of aripiprazole versus haloperidol for long-term maintenance treatment following acute relapse of schizophrenia // Int. J. Neuropsychopharmacol. - 2003. - Vol. 6. - P. 325-337.
17. Kerwin R. et al. Eur. Psychiatr. - 2007. - Vol. 22, N 7. - P. 433-443
18. Kikuchi T., Tottori K., Uwahodo Y. et al. 7-{4-[2,3-dichlorophenyl]-1-piperazinyl]utyloxy}-3,4-dihydro-2 (1 H)-quinolinone (OPC-14597), a new putative antipsychotic drug with both presynaptic and postsynaptic D2 receptor antagonist activity // J. Pharmacol. Exp. Ther. - 1995. - Vol. 274. - P. 329-336.
19. Lieberman J.A., Mailman R.B., Duncan G. et al. Serotonergic basis of antipsychotic drug effects in schizophrenia // Biol. Psychiatry. - 1998. - Vol. 44.-P. 1099-1117.
20. Mailman, Richard B.; Murthy, Vishakantha Third Generation Antipsychotic Drugs: Partial Agonism or Receptor Functional Selectivity? // Current Pharmaceutical Design, Volume 16, Number 5, February 2010, pp. 488-501(14)
21. Marder S.R., McQuade R.D., Slock E. et al. Aripiprazole in the treatment of schizophrenia: safety and tolerability in short-term placebo-controlled trials // Schizophr. Res. - 2003. - Vol. 61. - P. 123-136.
22. McQuade R.D., Burris K.D., Jordan S. et al. Aripiprazole: a dopa-

mine-serotonin system stabilizer [abstract] // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* - 2002. - Vol. 5, Suppl. 1. - P. S176.

23. Petrie J.L., Saha A.R., McEvoy J.P. Aripiprazole, a new novel atypical antipsychotic: phase II clinical trial result [abstract] // *Eur. Neuropsychopharmacol.* - 1997. - Vol. 7, Suppl. 2. - P. S227.

24. Pigott T.A., Carson W.H., Saha A.R. et al. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study // *J. Clin. Psychiatry.* - 2003. - Vol. 64. - P. 1048-1056.

25. Potkin S.G., Saha A.R., Kujawa M.J. et al. Aripiprazole, an antipsychotic with a novel mechanism of action. and risperidone vs placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2003. - Vol. 60. - P. 681-690.

26. Stahl S.M. *Essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications.* - 2-nd ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000.

27. Willner P. The dopamine hypothesis of schizophrenia: current status, future prospects // *Int. Clin. Psychopharmacol.* - 1997. - Vol. 12. - P. 297-308.

28. Yokoi F., Grunder G., Biziere K. et al. Dopamine D2 and D3 receptor occupancy in normal humans treated with the antipsychotic drug aripiprazole (OPC 14597): a study using positron emission tomography (PET) and [¹¹C] raclopride // *Neuropsychopharmacol.* - 2002. - Vol. 27, N 2. - P. 248-259.

ПЕРЕНОСИМІСТЬ, БЕЗПЕЧНІСТЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ГНУЧКИМИ ДОЗАМИ АРИПІПРАЗОЛУ АРІП МТ У ПАЦІЄНТІВ З ШИЗОФРЕНІЄЮ

В.Д. Мішійєв, М.В. Шейко, Ю.А. Блажевич, К.А. Василенко, Ю.А. Кушнір, Г.О.Осадча

В статті представлений досвід використання атипичного нейролептику АРИП МТ у лікуванні загострення шизофренії. Відмічені особливості клінічної дії препарату, основні прояви терапевтичного ефекту та показання для призначення.

Ключові слова: нейролептики, шизофренія, психічні розлади, АРИП МТ, часткові агоністи

BEARABLENESS, SAFETY AND EFFICIENCY OF TREATMENT THE FLEXIBLE DOSES OF ARIPIPAZOL ARIP MT AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V. Mishyiev, M. Sheiko, U. Blajevich, K. Vasilenko, Y. Kyshnir, G.Osadcha

The article presented the use of atypical neuroleptics dosid ARYP MT in the treatment of exacerbation of schizophrenia. Marked basic signs and indications of therapeutic effect for drug purpose.

Keywords: neuroleptics, schizophrenia, mental disorders, ARYP MT, partial agonists

УДК: 616.89-003.96-057.875-08-084: 378.147: 378.3

А.М. Кожина¹, М.В. Маркова², Е.Г. Гриневич³, Е.А. Зеленская¹

К ПРОБЛЕМЕ АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ ВУЗОВ III-IV УРОВНЕЙ АККРЕДИТАЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет¹,

Харьковская медицинская академия последипломного образования²,

Национальная медицинская академия последипломного образования им.Шупика, г. Киев³

Ключевые слова: адаптационный синдром, студенты

Все более возрастающие темпы жизни, выраженные миграционные тенденции населения, урбанизация неизбежно предъявляют большие требования к механизмам адаптации для преодоления конфликтов, приобретающих многомерный характер. При этом усиливаются формализация контактов и индивидуалистические тенденции как способ защиты. Это ведет к утрате устойчивых связей в привычных референтных группах, дефициту способности устанавливать прочные аутентичные межличностные отношения [4;8].

На современном этапе развития общества, характеризующегося социально-экономическими преобразованиями, повышением уровня психоэмоциональной напряженности резко возрастают требования к адаптивным навыкам человека. Ускоренный темп жизни, приводящий к необходимости в короткий промежуток времени решать разносторонние проблемы, запоминать большие объемы информации и принимать конструктивные решения, закономерно сопровождающие-

ся увеличением распространенности дезадаптивных реакций и состояний [1;3].

Одной из актуальных научных проблем является изучение особенностей адаптации студентов к учебной деятельности в ВУЗе. Поскольку именно первые годы учебы считаются особенно напряженными и сложными, процесс обучения происходит в условиях информационного и эмоционального стресса, значительного психического и физического напряжения [2;6].

Адаптация студентов к обучению в ВУЗе - интенсивный, динамичный, многосторонний и комплексный процесс жизнедеятельности, в ходе которого у индивида на основе соответствующих приспособительных реакций формируются устойчивые навыки удовлетворения требований, предъявляемых к нему в период обучения и воспитания в высшей школе [5, 7;9].

Целью нашего исследования явилось изучение причин и проявлений расстройств процесса адаптации студентов 1 курса к учебной деятельности

mine-serotonin system stabilizer [abstract] // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* - 2002. - Vol. 5, Suppl. 1. - P. S176.

23. Petrie J.L., Saha A.R., McEvoy J.P. Aripiprazole, a new novel atypical antipsychotic: phase II clinical trial result [abstract] // *Eur. Neuropsychopharmacol.* - 1997. - Vol. 7, Suppl. 2. - P. S227.

24. Pigott T.A., Carson W.H., Saha A.R. et al. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study // *J. Clin. Psychiatry.* - 2003. - Vol. 64. - P. 1048-1056.

25. Potkin S.G., Saha A.R., Kujawa M.J. et al. Aripiprazole, an antipsychotic with a novel mechanism of action. and risperidone vs placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2003. - Vol. 60. - P. 681-690.

26. Stahl S.M. *Essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications.* - 2-nd ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000.

27. Willner P. The dopamine hypothesis of schizophrenia: current status, future prospects // *Int. Clin. Psychopharmacol.* - 1997. - Vol. 12. - P. 297-308.

28. Yokoi F., Grunder G., Biziere K. et al. Dopamine D2 and D3 receptor occupancy in normal humans treated with the antipsychotic drug aripiprazole (OPC 14597): a study using positron emission tomography (PET) and [¹¹C] raclopride // *Neuropsychopharmacol.* - 2002. - Vol. 27, N 2. - P. 248-259.

ПЕРЕНОСИМІСТЬ, БЕЗПЕЧНІСТЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ГНУЧКИМИ ДОЗАМИ АРИПІПРАЗОЛУ АРІП МТ У ПАЦІЄНТІВ З ШИЗОФРЕНІЄЮ

В.Д. Мішійєв, М.В. Шейко, Ю.А. Блажевич, К.А. Василенко, Ю.А. Кушнір, Г.О.Осадча

В статті представлений досвід використання атипичного нейролептику АРИП МТ у лікуванні загострення шизофренії. Відмічені особливості клінічної дії препарату, основні прояви терапевтичного ефекту та показання для призначення.

Ключові слова: нейролептики, шизофренія, психічні розлади, АРИП МТ, часткові агоністи

BEARABLENESS, SAFETY AND EFFICIENCY OF TREATMENT THE FLEXIBLE DOSES OF ARIPIPAZOL ARIP MT AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V. Mishyiev, M. Sheiko, U. Blajevich, K. Vasilenko, Y. Kyshnir, G.Osadcha

The article presented the use of atypical neuroleptics dosid ARYP MT in the treatment of exacerbation of schizophrenia. Marked basic signs and indications of therapeutic effect for drug purpose.

Keywords: neuroleptics, schizophrenia, mental disorders, ARYP MT, partial agonists

УДК: 616.89-003.96-057.875-08-084: 378.147: 378.3

А.М. Кожина¹, М.В. Маркова², Е.Г. Гриневич³, Е.А. Зеленская¹

К ПРОБЛЕМЕ АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ ВУЗОВ III-IV УРОВНЕЙ АККРЕДИТАЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет¹,

Харьковская медицинская академия последипломного образования²,

Национальная медицинская академия последипломного образования им.Шупика, г. Киев³

Ключевые слова: адаптационный синдром, студенты

Все более возрастающие темпы жизни, выраженные миграционные тенденции населения, урбанизация неизбежно предъявляют большие требования к механизмам адаптации для преодоления конфликтов, приобретающих многомерный характер. При этом усиливаются формализация контактов и индивидуалистические тенденции как способ защиты. Это ведет к утрате устойчивых связей в привычных референтных группах, дефициту способности устанавливать прочные аутентичные межличностные отношения [4;8].

На современном этапе развития общества, характеризующегося социально-экономическими преобразованиями, повышением уровня психоэмоциональной напряженности резко возрастают требования к адаптивным навыкам человека. Ускоренный темп жизни, приводящий к необходимости в короткий промежуток времени решать разносторонние проблемы, запоминать большие объемы информации и принимать конструктивные решения, закономерно сопровождающие-

ся увеличением распространенности дезадаптивных реакций и состояний [1;3].

Одной из актуальных научных проблем является изучение особенностей адаптации студентов к учебной деятельности в ВУЗе. Поскольку именно первые годы учебы считаются особенно напряженными и сложными, процесс обучения происходит в условиях информационного и эмоционального стресса, значительного психического и физического напряжения [2;6].

Адаптация студентов к обучению в ВУЗе - интенсивный, динамичный, многосторонний и комплексный процесс жизнедеятельности, в ходе которого у индивида на основе соответствующих приспособительных реакций формируются устойчивые навыки удовлетворения требований, предъявляемых к нему в период обучения и воспитания в высшей школе [5, 7;9].

Целью нашего исследования явилось изучение причин и проявлений расстройств процесса адаптации студентов 1 курса к учебной деятельности

Материал и методы. Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 912 студентов 1 курса Харьковского национального медицинского университета, обоего пола, в возрасте 17 – 24 лет. Из них 603 – отечественных (1 группа), 100 иностранных студентов обучающихся на русском (2 группа) и 209 на английском языке (3 группа).

В ходе работы нами были использованы использование клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический и статистический методы исследования

Результаты и обсуждение. В процессе исследования нами проведено изучение роли и патогенетической значимости социально-психологических факторов в формировании расстройств адаптации к обучению в ВУЗе у студентов 1 курса. Выделены три блока факторов влияющих на формирование адаптации у студентов 1 курса. Социальный - включающий в себя социальное происхождение и тип образовательного учреждения, которое он уже закончил. Психологический блок содержит индивидуально-психологические, социально-психологические факторы: интеллект, направленность, личностный адаптационный потенциал, положение в группе. Педагогический блок факторов включает в себя уровень педагогического мастерства, организацию среды, материально-техническую базу, ТСО и др.

Необходимо подчеркнуть, что состояния психической дезадаптации возникают при комплексном воздействии неблагоприятных социальных, психологических и биологических факторов, при этом патогенетическую значимость приобретает ограниченная возможность личности активно противодействовать стрессовой ситуации, избегать ее или корректировать.

Как показали результаты исследования основными факторами, негативно влияющими на процесс адаптации студентов первокурсников, являются неблагоприятные бытовые условия, недостаточное и нерегулярное питание, резкая смена жизненного стереотипа, вхождение в новый коллектив, сплочение учебной группы (табл.1) .

Отрыв от домашних условий тяжело переносят 14,4% студентов иностранцев обучающихся на английском языке, в сравнении с 6,0% русскоязычных иностранных студентов и 6,5% отечественных студентов.

Не соблюдают привычный режим дня (учебы и отдыха) 52,4% отечественных студентов и 51% русскоязычных иностранных студентов, при этом англоязычные студенты более дисциплинированы – иногда нарушают режим дня 34,0%.

К факторам, влияющим на трудности адаптации к учебе на первом курсе студенты относят: трудности в усвоении учебного материала (83,2% отечественных студентов, 45% иностранных студентов обучающихся на русском и 31,1% английском языках); непривычные

Таблица 1

Факторы, влияющие на адаптацию студентов к учебе в ВУЗе, %

		Отечественные студенты	Иностранцы русскоязычные	Иностранцы англоязычные
Перенос отрыва от домашних условий	Хорошо	48,9	45,0	58,3
	Удовлетворительно	44,6	49,0	27,3
	Плохо	6,5	6,0	14,4
Распорядок дня (режим учёбы и отдыха)	Постоянный	27,2	34,0	49,7
	Время от времени нарушается	52,4	51,0	34,0
	Нарушается очень часто	20,4	15,0	16,3
Особенно трудно переносят учебу по причинам	Труден учебный материал	83,2	45,0	31,1
	Непривычные бытовые условия	15,1	38,0	57,9
	Не может адаптироваться в коллективе	1,7	17,0	11,0
Учебный материал на занятиях усваивают	Хорошо	35,3	50,0	48,8
	Удовлетворительно	62,2	47,0	50,2
	Плохо	2,5	3,0	1,0
Учебный материал при самостоятельной работе усваивают	Хорошо	39,8	44,0	63,7
	Удовлетворительно	54,1	52,0	34,9
	Плохо	6,1	4,0	1,4

Таблица 2

Уровень дезадаптации студентов 1 курса, %

	Отечественные студенты	Иностранцы русскоязычные	Иностранцы англоязычные
Высокий	0,3	0	0,5
Выраженный	1,3	4,0	10,1
Умеренный	26,2	48,0	50,2
Низкий или отсутствие	72,2	48,0	39,2

бытовые условия (15,1%, отечественных студентов, 38,0% русскоязычных и 57,9% англоязычных студентов-иностранцев); а также трудности в адаптации к новому коллективу (1,7%, 17,0% и 11,0% соответственно). При этом учебный материал, как на занятиях, так и при самостоятельной работе удовлетворительно усваивают подавляющее большинство как отечественных и иностранных студентов, не зависимо от языка обучения.

Как показали результаты исследования, иностранные студенты обнаруживают более высокий уровень расстройств адаптации к учебной деятельности, по сравнению с отечественными студентами (по опроснику «Оценка профессиональной дезадаптации», Родина О.Н. , 1995). Так высокий уровень дезадаптации, требующий принятия неотложных мер (психологических и медицинских) обнаруживают у себя 0,3% отечественных студентов и 0,5% студентов-иностранцев, обучающихся на английском языке; выраженный уровень дезадаптации, требующий обязательного вмешательства психологов, проведения программы по реадaptации – 1,3% отечественных студентов, 4,0% и 10,1% иностранных студентов, обучающихся на русском и на английском языках соответственно; умеренный уровень дезадаптации, при котором полезно проведение консультативной работы специалистов – 26,2% отечественных студентов, 48,0 русскоязычных иностранцев и 50,2% англоязычных иностранцев (табл. 2).

При этом, согласно полученным в ходе работы данным только 30% из всех опрошенных первокурсников категорически отрицают необходимость психологической помощи. Еще 26% учащихся затруднились с ответом. Остальные 44% первокурсников считают, что психологическая помощь им нужна в первую очередь

при решении следующих проблем: преодоление информационного стресса, адаптация к новым условиям обучения; вхождение в новый коллектив, сплочение учебной группы; решение личностных проблем.

Согласно данным клинико-психопатологического исследования 15,8% иностранных студентов обучающихся на английском языке выявлены клинические проявления тревоги (по клинической шкале тревоги и депрессии Гамильтона), в сравнении с 7,0% русскоязычных иностранцев и 4,6% отечественных студентов. Субклинические проявления тревоги выявлены у 16,3% англоязычных иностранцев, 15,05% русскоязычных иностранцев и 8,1% отечественных студентов.

Клинические проявления депрессии характерны для 2,4% иностранных студентов обучающихся на английском, 7,0% - на русском языке и 1,4% отечественных студентов, а субклинические проявления депрессии для 20,1%, 16,0% и 4,5% соответственно.

Таким образом, как показали результаты нашего исследования иностранные студенты первокурсники, особенно обучающиеся на английском языке, по сравнению с отечественными студентами тяжело адаптируются к условиям обучения, склонны к развитию невротических реакций, чаще испытывают трудности в усвоении учебного материала.

Нами выделены основные проявления учебной дезадаптации студентов младших курсов:

Психофизиологические - проявляющиеся в снижении умственной работоспособности, нарушении внимания, повышенной утомляемости, снижении скорости переработки информации.

Психические - сопровождающиеся ухудшением психологического самочувствия, возрастанием астени-

Таблица 3

Выраженность тревоги и депрессии у студентов 1 курса, %

		Отечественные студенты	Иностранцы русскоязычные	Иностранцы англоязычные
Клинические проявления	Тревоги	4,6	7,0	15,8
	Депрессии	1,4	7,0	2,4
Субклинические проявления	Тревоги	8,1	15,0	16,3
	Депрессии	4,5	16,0	20,1
Норма	Тревоги	87,3	78,0	67,9
	Депрессии	94,1	77,0	77,5

заций, емоціональними расстройствами, изменением активности, снижением самооценки здоровья, уверенности в себе и тоскливым настроением.

Социально-психологические - проявляющиеся в виде нарушений межличностных отношений, усилении внутриличностной конфликтности, неудовлетворенности избранной профессией, трудностями в овладении программами обучения, неудовлетворенностью бытовыми и социальными условиями жизни.

Таким образом, как показывают результаты исследования, учебную деятельность студентов первокурсников можно рассматривать как естественную модель эмоционального и информационного психологического стресса, который в ряде случаев может привести дезадаптивным реакциям и состояниям, нуждающимся в психологической и психотерапевтической коррекции.

Полученные в ходе работы данные позволяют разработать программу прогнозирования возникновения социально-психологической дезадаптации у студентов начального периода обучения в вузе и определить основные направления психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

Литература:

1. Абрамов В.А., Лебедев Д.С. Психическая дезадаптация // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - Донецк, 1996. - №1(2). - С.34-38.
2. Башкин В.М. Методика диагностики и коррекции функционального состояния студентов высшего учебного заведения // Метод. указания. - Санкт-Петербург. - 2006. - 10 с.
3. Васильева С.В. Структурные и динамические особенности студенческого адаптационного синдрома. // Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.11 / СПб., 2000. - 16 с.
4. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні // Нейро News психоневрология и нейропсихиатрия. №5 (24), 2010, С. 83-90.
5. Носов В.І. Основи психогігієнічного забезпечення гуманістично орієнтованої професійної підготовки студентів // Автореф. дис.д.мед.н., Київ 2002.- 26 с.
6. Соколова И.М. Психосоциологические механизмы адаптации студентов // Монография. - Харьков: ХГМУ, 2007. - 412 с.
7. Соколова И.М. Соціальні та клініко-психологічні особливості порушення адаптації у студентів вузу // Зб. наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України. - Київ, 2001. - Т. 3, ч. 5. - С. 281-284.
8. Табачников С.І., Мельник А.В. Роль громадського суспільства у формуванні державної політики щодо охорони психічного здоров'я населення України. // Архів психіатрії. Том 11, №1 (40), 2005. С. 17-21.
9. Чехлатый Е.И. Исследование копинг-механизмов у студентов вузов в связи с задачами первичной психогигиены и психопрофилактики // Обозрении психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 2006.- Т.3.- №2.- С. 26-28

ДО ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЙНОГО СИНДРОМУ СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ ВНЗ III-IV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

А.М. Кожина, М.В. Маркова, Є.Г. Гриневич, К.О. Зеленська

У роботі проведена порівняльна оцінка причин та проявів розладів процесу адаптації до навчальної діяльності у вітчизняних та іноземних студентів I курсу. Систематизовано патогенетично значущі чинники формування розладів адаптації у студентів молодших курсів. Описано специфіку клінічної структури і динаміку клінічного перебігу розладів адаптації у студентів молодших курсів.

Ключові слова: адаптаційний синдром, студенти

THE PROBLEM OF THE UNDERGRADUATE STUDENTS OF UNIVERSITIES III-IV ACCREDITATION LEVELS

A. M. Kozhyna, M.V. Markova, Ye.G. Grinevich, E.A.Zelenskaya

In a comparative assessment of the causes and manifestations of disorders of adaptation to educational activity in the domestic and foreign students a year. Systematized pathogenetically relevant factors of adjustment disorder in younger students. We describe the clinical specificity of the structure and dynamics of the clinical course of adjustment disorder among younger students.

Keywords: adaptation syndrome, students

УДК 616.89

В.И. Коростий

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПОДХОДЫ К ИХ КОРРЕКЦИИ¹

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: эмоциональные расстройства, тревожные и депрессивные расстройства, психосоматические заболевания

Значительную часть пациентов соматической сети составляют больные психосоматическими заболеваниями. Данные о распространенности психосоматических нарушений в их классическом понимании, таких как бронхиальная астма, язвенная болезнь, арте-

риальная гипертензия свидетельствуют, что их частота колеблется от 15 до 50%. Значительная часть этих больных имеют психические расстройства эмоциональной сферы непсихотического уровня, при этом по данным ряда авторов отдельные симптомы психиче-

¹ Статья публикуется в авторской редакции

заций, емоціональними расстройствами, изменением активности, снижением самооценки здоровья, уверенности в себе и тоскливым настроением.

Социально-психологические - проявляющиеся в виде нарушений межличностных отношений, усилении внутриличностной конфликтности, неудовлетворенности избранной профессией, трудностями в овладении программами обучения, неудовлетворенностью бытовыми и социальными условиями жизни.

Таким образом, как показывают результаты исследования, учебную деятельность студентов первокурсников можно рассматривать как естественную модель эмоционального и информационного психологического стресса, который в ряде случаев может привести дезадаптивным реакциям и состояниям, нуждающимся в психологической и психотерапевтической коррекции.

Полученные в ходе работы данные позволяют разработать программу прогнозирования возникновения социально-психологической дезадаптации у студентов начального периода обучения в вузе и определить основные направления психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

Литература:

1. Абрамов В.А., Лебедев Д.С. Психическая дезадаптация // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - Донецк, 1996. - №1(2). - С.34-38.
2. Башкин В.М. Методика диагностики и коррекции функционального состояния студентов высшего учебного заведения // Метод. указания. - Санкт-Петербург. - 2006. - 10 с.
3. Васильева С.В. Структурные и динамические особенности студенческого адаптационного синдрома. // Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.11 / СПб., 2000. - 16 с.
4. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні // Нейро News психоневрология и нейропсихиатрия. №5 (24), 2010, С. 83-90.
5. Носов В.І. Основи психогігієнічного забезпечення гуманістично орієнтованої професійної підготовки студентів // Автореф. дис.д.мед.н., Київ 2002.- 26 с.
6. Соколова И.М. Психосоциологические механизмы адаптации студентов // Монография. - Харьков: ХГМУ, 2007. - 412 с.
7. Соколова И.М. Соціальні та клініко-психологічні особливості порушення адаптації у студентів вузу // Зб. наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України. - Київ, 2001. - Т. 3, ч. 5. - С. 281-284.
8. Табачников С.І., Мельник А.В. Роль громадського суспільства у формуванні державної політики щодо охорони психічного здоров'я населення України. // Архів психіатрії. Том 11, №1 (40), 2005. С. 17-21.
9. Чехлатый Е.И. Исследование копинг-механизмов у студентов вузов в связи с задачами первичной психогигиены и психопрофилактики // Обозрении психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 2006.- Т.3.- №2.- С. 26-28

ДО ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЙНОГО СИНДРОМУ СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ ВНЗ III-IV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

А.М. Кожина, М.В. Маркова, Є.Г. Гриневич, К.О. Зеленська

У роботі проведена порівняльна оцінка причин та проявів розладів процесу адаптації до навчальної діяльності у вітчизняних та іноземних студентів I курсу. Систематизовано патогенетично значущі чинники формування розладів адаптації у студентів молодших курсів. Описано специфіку клінічної структури і динаміку клінічного перебігу розладів адаптації у студентів молодших курсів.

Ключові слова: адаптаційний синдром, студенти

THE PROBLEM OF THE UNDERGRADUATE STUDENTS OF UNIVERSITIES III-IV ACCREDITATION LEVELS

A. M. Kozhyna, M.V. Markova, Ye.G. Grinevich, E.A.Zelenskaya

In a comparative assessment of the causes and manifestations of disorders of adaptation to educational activity in the domestic and foreign students a year. Systematized pathogenetically relevant factors of adjustment disorder in younger students. We describe the clinical specificity of the structure and dynamics of the clinical course of adjustment disorder among younger students.

Keywords: adaptation syndrome, students

УДК 616.89

В.И. Коростий

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПОДХОДЫ К ИХ КОРРЕКЦИИ¹

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: эмоциональные расстройства, тревожные и депрессивные расстройства, психосоматические заболевания

Значительную часть пациентов соматической сети составляют больные психосоматическими заболеваниями. Данные о распространенности психосоматических нарушений в их классическом понимании, таких как бронхиальная астма, язвенная болезнь, арте-

риальная гипертензия свидетельствуют, что их частота колеблется от 15 до 50%. Значительная часть этих больных имеют психические расстройства эмоциональной сферы непсихотического уровня, при этом по данным ряда авторов отдельные симптомы психиче-

¹ Статья публикуется в авторской редакции

ских нарушений встречаются практически у всех пациентов с психосоматическими заболеваниями. В их лечении необходимо учитывать существенную роль психологических и психопатологических факторов [1;2;5;9].

Доля невыявленных случаев наличия психических нарушений у больных с психосоматическими расстройствами остается пока неизвестной. Считается, что примерно у 30% взрослого населения в силу разных жизненных обстоятельств возникают непродолжительные депрессивные и тревожные эпизоды непсихотического уровня, из которых диагностируются не более 5% случаев. [3;4;8]. «Субсиндромальные» и «донозологические» изменения психической сферы, зачастую проявления тревожности, не соответствующие диагностическим критериям рубрик тревожно-фобических расстройств МКБ-10, вообще остаются без внимания специалистов в области психического здоровья [6; 7; 10; 11; 12].

Тенденция к хроническому течению психосоматических расстройств, существенное снижение качества жизни больных повышают актуальность поиска эффективных методов лечения, профилактики и реабилитации пациентов именно молодого возраста.

Целью проведенного исследования является разработать принципы дифференцированной терапии эмоциональных психических расстройств и психологической коррекции психологического состояния при психосоматических заболеваниях у молодых лиц на основе комплексного изучения их клинко-психопатологических и психологических особенностей.

Материал и методы исследования. В ходе работы в период с 2004 по 2009 годы в Областной студенческой больнице г. Харькова обследовано 956 молодых лиц с психосоматическими заболеваниями. В исследование включены 520 пациентов (188 больных с бронхиальной астмой, 162 – с язвенной болезнью, 160 – с артериальной гипертензией). Для решения поставленных задач использованы следующие методы: клинко-анамнестический; клинко-психопатологический; психодиагностический – шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, катamnестический – катamnестическое наблюдение в течение не менее 1 года. Контрольную группу составили 100 практически здоровых молодых лиц, сопоставимых по возрасту, полу и социально-демографическим показателям. Для оценки эффективности психореабилитационной программы пациенты клинической группы разделены на две подгруппы: основную, в которой проводилась предложенная автором психореабилитационная программа, и группу сравнения, пациенты которой получали стандартное лечение.

Результаты исследования и их обсуждение. При клиническом и психодиагностическом обследовании у 97 % больных всех нозологических групп выявлено сочетание в клинической картине заболевания соматических симптомов с жалобами на эмоциональное состояние и симптомами психических нарушений. Из них только у 38% установлено диагноз психического

расстройства в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: невротическими, неврозоподобными и личностными расстройствами.

Данные о соотношении пациентов с субсиндромальными проявлениями и клинически очерченными эмоциональными расстройствами у больных бронхиальной астмой (БА), артериальной гипертензией (АГ) и язвенной болезнью (ЯБ) приведены в таблице 1.

Таблица 1
Субсиндромальные проявления и клинически очерченные эмоциональные расстройства у больных бронхиальной астмой (БА), артериальной гипертензией (АГ) и язвенной болезнью (ЯБ)

Клинические проявления	БА	АГ	ЯБ
Субсиндромальные проявления депрессии и тревоги (F54)	58,5%	59%	59,5%
Клинически очерченные эмоциональные расстройства	36,5%	37,5%	40,0%
Всего	95,0%	96,5%	99,5%

Для квалификации состояния пациентов с субсиндромальными проявлениями (жалобами на эмоциональное состояние и симптомами психических нарушений, которые не достигали степени выраженности, соответствующей диагностическим критериям соответствующих рубрик МКБ, мы использовали категорию F54. Она используется для указания на эмоциональное происхождение физических расстройств, классифицированных в других разделах МКБ-10. У обследованных пациентов устанавливался двойной диагноз, так как для регистрации соматического расстройства использовался дополнительный код, например при астме (F54 плюс J45.-); при язве желудка (F54 плюс K25.).

Особенно важно отметить, что указанные психические нарушения являются легкими и сами по себе они не оправдывают использование какой-либо из других диагностических категорий, однако часто являлись пролонгированными и предшествовали обострению соматического заболевания.

Число таких пациентов – 59% от общего числа обследованных. При этом в рутинной клинической практике рубрика F54 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» практически не используется. Эта категория должна использоваться для регистрации наличия психологических или поведенческих факторов, которые, как предполагается, сыграли важную роль в этиологии физических расстройств, классифицируемых в других классах МКБ-10. Таким образом, использование диагноза оправдано для пациентов без явно выраженного психического расстройства, нуждающихся в медико-психологической помощи.

Нозологически среди выявленных психических расстройств удельный вес невротических, связанных

со стрессом расстройств составил - 43,5% (продолжительная депрессивная реакция, расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций, соматизированное, ипохондрическое, паническое и генерализованное тревожное расстройство), аффективных - 24,1% (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство), личностных - 19,7% (зависимое, истерическое расстройство личности), органических - 12,7% (органическое астеническое) расстройств. Как видно из полученных данных, у пациентов молодого возраста с психосоматическими заболеваниями преобладают функционально-динамические психические расстройства невротического регистра над органическими невротоподобными расстройствами.

Таким образом, непсихотические эмоциональные расстройства тревожно-депрессивного спектра среди других психических расстройств у больных с психосоматическими заболеваниями в среднем наблюдались в 67,6% случаев. Распределение по диагнозам у больных бронхиальной астмой (БА), артериальной гипертензией (АГ) и язвенной болезнью (ЯБ) представлено в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, у больных с бронхиальной астмой и артериальной гипертензией преобладают тревожные расстройства, а у больных с язвенной болезнью – депрессивные. Достоверные различия выявлены по частоте генерализованного тревожного расстройства, агорафобии, депрессивных реакций ($p < 0,01$).

Основой терапевтической тактики при эмоциональных расстройствах у пациентов с психосоматическими заболеваниями являлось комплексное биологическое и социореабилитационное воздействие, в котором ведущую роль занимала психотерапия. Проведение психотерапии у пациентов с диагнозом F54 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицирован-

ными в других рубриках» наиболее целесообразно медицинским психологом. Патогенетическое понимание сущности психосоматических расстройств дает возможность проведения превентивных, реадaptационных и ресоциализационных мероприятий, направленных на укрепление, усиление слабых звеньев патогенеза, коррекцию и предупреждение патологических срывов адаптации. Все лечебные и психотерапевтические мероприятия проводились с учетом личностной структуры и варианта клинической динамики.

В соответствии с биопсихосоциальной моделью выделялись следующие лечебно-реабилитационные мероприятия: психотерапевтический комплекс (ПТК), психопрофилактический комплекс (ППК), фармакологический (ФК) и психофармакологический (ПФК), а также физиотерапевтический (ФТК) в сочетании с лечебно-физкультурным комплексом (ЛФК).

При катamnестическом исследовании через 12 месяцев в основной подгруппе отмечено достоверное улучшение показателей по шкале HDRS до уровня нормы (с $22,5 \pm 0,8$ до $12,6 \pm 0,6$) ($p < 0,01$), за исключением пункта «суточные колебания». В группе сравнения динамика по рассматриваемым параметрам отличалась от основной подгруппы. Отмечено статистически незначимое изменение суммарного балла по шкале HDRS в сторону улучшения (с $21,3 \pm 2,7$ до $19,5 \pm 1,6$) ($p > 0,05$) за счет уменьшения по пунктам «соматическая тревога» (с $1,6 \pm 0,4$ до $0,9 \pm 0,2$) ($p < 0,05$), «желудочно-кишечные симптомы» (с $0,8 \pm 0,4$ до $0,4 \pm 0,2$), «соматические симптомы» (с $1,3 \pm 0,4$ до $0,9 \pm 0,1$), «заторможенность» (с $0,8 \pm 0,4$ до $0,4 \pm 0,2$) ($p < 0,05$). По всем остальным пунктам общий балл сохраняется на прежнем уровне либо увеличивается. В целом положительная динамика у пациентов, прошедших психореабилитационный курс, рассчитанный на 6 месяцев, отмечена в 77,8 % ($p < 0,01$), из них в 32,2 % наблюдалось отчетливое улучшение с полным купированием психопатоло-

Таблица 2

Тревожные и депрессивные расстройства у больных бронхиальной астмой (БА), артериальной гипертензией (АГ) и язвенной болезнью (ЯБ)

Клинические проявления	БА	АГ	ЯБ
Тревожные реакции	10,8%	11,8%	11,4%
Паническое расстройство	5,5%	4,5%	3,5%
Агорафобия	3,8%	2,5%	1,8%
Генерализованное тревожное расстройство	2,4%	3,7%	1,4%
Социальная фобия	1,6%	1,8%	1,4%
Изолированные фобии	3,6%	1,8%	2,0%
Депрессивные реакции (астено-депрессивная и депрессивно-ипохондрическая)	31,6%	30,6%	35,4%
Тревожно-депрессивное расстройство	5,8%	7,8%	5,0%
Депрессивное расстройство легкой степени тяжести	2,4%	2,0%	3,4%
Депрессивное расстройство средней степени тяжести	1,5%	2,1%	2,5%
Всего	68,0	67,0%	67,8%

гической симптоматики. В группе сравнения стабильная положительная динамика наблюдалась в 24,2 %.

Выводы

1. У большинства (97%) пациентов молодого возраста с психосоматическими заболеваниями (артериальной гипертензией, язвенной болезнью, бронхиальной астмой) выявлено сочетание в клинической картине заболевания соматических симптомов с жалобами на эмоциональное состояние и симптомами психических нарушений различной степени выраженности. Из них только у 38% установлено диагноз психического расстройства в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: невротическими, неврозоподобными или личностными расстройствами.

2. В структуре эмоциональных расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных с бронхиальной астмой и артериальной гипертензией преобладают тревожные расстройства, а у больных с язвенной болезнью – депрессивные. Достоверные различия выявлены по частоте генерализованного тревожного расстройства, агорафобии, депрессивных реакций.

3. У 59% от общего числа обследованных выявлены жалобы и симптомы, соответствующие категории F54 МКБ-10. Она используется для указания на эмоциональное происхождение физических расстройств, классифицированных в других разделах МКБ-10. Указанные психические нарушения являются легкими и сами по себе они не оправдывают использование какой-либо из других диагностических категорий, однако часто являлись пролонгированными и предшествовали обострению соматического заболевания.

4. Результаты клинко-катамнестического наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности разработанных лечебно-реабилитационных программ. В целом положительная динамика у пациентов, прошедших психореабилитационный курс, рассчитанный на 6 месяцев, отмечена в 77,8 %, из них в 32,2% наблюдалось отчетливое улучшение с полным купированием психопатологической симптоматики с достоверным отличием от группы сравнения.

Литература:

1. Гавенко В.Л., Коростий В.И. Непсихотические психические расстройства у больных с психосоматическими заболеваниями. / *Експериментальна і клінічна медицина*. – Харків: ХДМУ, 2007. - №3. – С122-124.
2. Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия: Учеб. пособие / Давид Александрович Каменецкий. – Днепропетровск, 2008. – 301с.
3. Кожина Г. М. Невротичні розлади у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи (клініка, механізми формування, корекція, профілактика): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.16 “Психіатрія” / Г. М. Кожина. — Х., 2006. — 32с.
4. Кошелев В. В. Система медицинской реабилитации пациентов при состояниях психической дезадаптации с преобладанием астенических нарушений на основе комплексного этапного применения восстановительных технологий: дис. ... доктора мед. наук : спец. 14.00.51 “” / Кошелев Всеволод Владимирович. – Москва, 2009. – 192 с.: ил.
5. Марута Н.А. Расстройства сна при неврастении (диагностика и терапия) / Н.А. Марута, Е.Е. Семикина // *Украинский вестник психоневрологии*. – 2007. – Т 15, вып. 2 (51). – С.15–18.
6. Михайлов Б.В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами / Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, И.Н. Сарвир // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. – 2004. – №4(14). – С.35–38.
7. Насыбулина Н. М. Психологические аспекты заболевания [Электронный ресурс] / Н. М. Насыбулина // *Concilium Provisorium*. – 2006. – Т.4, № 5. – Режим доступа к журн.: <http://www.concilium-medicum.com/provisorium/article/9426/>
8. Негашева М. А. Взаимосвязи соматических, дерматоглифических и психологических признаков в структуре общей конституции человека с позиций системного подхода / М. А. Негашева // *Морфология*. – 2008. – Т. 133, № 1. – С. 73–77.
9. Семке В.Я., Семке А.В., Аксенов М.М. Здоровье личности и психотерапия: руководство для врачей, психологов и педагогов. Томск, Кемерово: Изд-во КемГУ, 2002. – С. 22-25.
10. Смулевич А. Б. Новый подход к терапии неврастении и соматогенной астении (результаты многоцентрового исследования эффективности и безопасности Ладастена) [Электронный ресурс] / А. Б. Смулевич, А. В. Андриященко, Д. А. Бескова // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2009. – № 1. – С. 35. – Режим доступа: <http://www.concilium-medicum.com/psychiatry/article/17722/>
11. Jessop D.C., Rutter D.R., Sharma D., Albery L.P. Emotion and adherence to treatment in people with asthma: an application of the emotional stroop paradigm. *Br.J.Psychol.* 2004, 95(Pt2): 127-47.
12. Karavaeva T.A. The Change in the Psychotherapeutic and Rehabilitation Strategies in the Treatment of Neurotic Disorders in the Time of Socio-economic Changes. Part I. the Influence of the socio-economic Factors on the Clinical Picture of the Neurotic Disorders Patients V.M.Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg.- №1 2010 (Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева №1 2010, Т.А.Каравеева Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева).

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ПІДХОДИ ДО ЇХ КОРЕКЦІЇ

В. І. Коростій

Стаття присвячена результатам вивчення емоційних психічних розладів при психосоматичних захворюваннях у молодих осіб і принципу диференційованої терапії в структурі комплексної системи лікування і психотерапевтичної реабілітації пацієнтів з психосоматичною патологією, яка розроблена автором. Результати показують ефективність використання цієї системи лікування та реабілітації у хворих молодого віку з виразковою хворобою, бронхіальною астмою, артеріальною гіпертензією.

Ключові слова: емоційні розлади, тривожні та депресивні психосоматичні захворювання

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS AND APPROACHES TO THEIR CORRECTION

V. I. Korostiy

Article is devoted to the results of the study of emotional disorders in psychosomatic disorders in young people and the principle of differentiated treatment in the structure of an integrated system of treatment and psychological rehabilitation of patients with psychosomatic disorders, developed by the author. The results show the effectiveness of the treatment system and rehabilitation of young patients with peptic ulcer disease, asthma and hypertension.

Keywords: mood disorders, anxiety and depressive disorders, psychosomatic diseases

УДК 616.89:159.23

Ш.Д. Таравнех

ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Харківська медична академія післядипломної освіти
Харківський національний медичний університет**Ключові слова:** емоційні розлади, стоматологічні хворі

Стоматологічна допомога населенню є одним із масових видів медичного обслуговування, про що свідчить кількість звертань, що складає в нашій країні 339 млн. на рік [4;6].

Гнійні запальні процеси є однією із найскладніших проблем сучасної медицини, особливе місце серед них належить тим, які локалізуються в щелепно-лицевій ділянці. Згідно статистичних даних хворі на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицевій ділянці становлять від 40 до 60% від загальної кількості хірургічних стоматологічних хворих. Підвищення ефективності лікування флегмон щелепно-лицевій ділянці має не лише медичне, а й соціально-економічне значення, оскільки висока частота та важкість перебігу вказаної патології обумовлює зростання тривалості тимчасової непрацездатності, випадків інвалідності та летальних наслідків [5;6].

Вивченню стоматологічної патології, питанням її профілактики та корекції присвячено чимало літератури набагато менше досліджено проблему подолання хворими психоемоційного напруження, що виникає за стоматологічної терапії, і недостатньо досліджено питання адаптації до неї [4;5].

Накопичено значну кількість емпіричних даних про стресорний вплив на людину ушкоджень зубощелепної системи і взагалі органів та тканин щелепно-лицьової ділянки. Проте відсутній системний підхід до вирішення цих проблем. Запальні стоматологічні захворювання м'яких тканин щелепно-лицевій ділянці розглядаються, як правило, у відриві від особистості пацієнта, і якщо їхній зв'язок зі станом соматичного здоров'я ще враховується, хоч і не завжди, то психологічні, соціально-психологічні й соціальні аспекти стоматологічної патології здебільшого залишаються без належної уваги дослідників і лікарів [3;6].

Сьогодні вже не потребує доказів роль психологічних (особистісних) чинників у розвитку будь-якого патологічного процесу та їх значення для результатів лікувальної дії. Це зумовлює необхідність системного, комплексного, міждисциплінарного підходу до діагностики й лікування порушення здоров'я людини, в тому числі й стоматологічного [1;2;3].

Таким чином, порушення психологічної адаптації стоматологічних хворих залишається недостатньо вивченим, цим пояснюється відсутність системи досить ефективних методів її психопрофілактики та психокорекції.

Усе викладене визначає актуальність зазначеної проблеми й диктує необхідність її розв'язання.

Мета дослідження: комплексне вивчення патопсихологічних особливостей хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицевій ділянці і розробка принципів їхньої корекції.

Матеріали та методи. З дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі Харківського міського центру щелепно-лицевій та реконструктивної хірургії Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. А.І.Мещанінова було проведено комплексне обстеження 150 хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицевій ділянці обох статей, у віці 18 – 55 років.

Результати та обговорення. Як показали отримані у ході роботи данні найбільш часто хворі на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицевій ділянці пред'являють скарги на знижений фон настрою ($79,5 \pm 2,8\%$ обстежених), пригніченість ($46,2 \pm 3,4\%$), плаксивість ($37,4 \pm 3,3\%$), почуття смутку, туги ($39,5 \pm 3,3\%$ опитаних), відчуття тривоги, постійної внутрішньої напруги ($44,6 \pm 3,4\%$), небажання спілкуватися ($42,3 \pm 3,4\%$), труднощі в адаптації до знаходження у лікарні ($39,2 \pm 3,3\%$), погану переносимість шуму і яскравого світла ($35,6 \pm 3,3\%$), парестезії ($33,1 \pm 3,2\%$), порушення циклу сон-неспаня ($76,2 \pm 2,9\%$), загальну слабкість, млявість і швидку стомлюваність ($56,2 \pm 3,4\%$). У $64,7 \pm 3,3\%$ обстежених виникають стану розгубленості.

Згідно з даними психодіагностичного та клініко-психопатологічного дослідження у обстежених хворих найбільш часто спостерігаються пригніченість настрою та афект туги, тривожні прояви, астеничні симптоми, дратівливість, гіперестезія, почуття внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися.

На основі даних клініко-психопатологічного дослідження були виділені такі варіанти емоційних розладів: тривожно-депресивний ($44,2 \pm 3,4\%$), неврастенічний ($38,9 \pm 3,4\%$) та астено-апатичний ($16,9 \pm 2,1\%$).

При тривожно-депресивному варіанті відзначається знижене тло настрою ($89,3 \pm 11,5\%$ обстежених), афект туги і тривоги ($85,7 \pm 13,0\%$), різноманітні страхи і побоювання ($35,7 \pm 17,7\%$), астеничні прояви ($53,6 \pm 18,5\%$) та вегетативні пароксизми ($50,0 \pm 18,5\%$).

Неврастенічний - проявлявся дратівливістю ($96,9 \pm 4,2\%$), емоційною лабільністю ($96,9 \pm 4,2\%$), експлозивністю ($83,1 \pm 9,1\%$), афектом тривоги ($92,3 \pm 6,5\%$), зниженням фону настрою ($69,2 \pm 11,2\%$). У $80,0 \pm 9,7\%$ хворих спостерігалися астеничні прояви, у

86,2±8,4% - гіподинамія ($p<0,05$).

Астено-апатичний - характеризувався слабкістю, підвищеною стомлюваністю (94,1±11,2%), млявістю, виснаженням (88,2±15,3%), бездіяльністю, байдужістю, відсутністю інтересу до спілкування (64,1±11,2%) на тлі зниженого настрою (64,7±22,7%), дратівливості (23,5±20,2%), підвищеної чутливості до раніше нейтральних подразників (47,1±23,7%), апатії (90,9±17,0%).

У більшості обстежених, було виявлено різні порушення циклу «сон - неспання», найбільш характерними були труднощі засипання з частими пробудженнями та жакливими сновидіннями (76,2±2,9%).

Психодіагностичне дослідження показало високі рівні ситуативної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера у обстежених хворих (43,89±1,88 та 49,19±1,30 відповідно), вищі середні рівні виразності астеничного стану за шкалою Л.М.Малкової і Т.Г.Чертової (54,12±1,98), нервово-психічної напруги за шкалою Т.А.Немчіна (48,38±1,79) та гіпотимії за шкалою Цунга (50,30±1,66).

Найпоширенішими відхиленнями за зазначеними психодіагностичними шкалами, характерними для хворих з астено-апатичним синдромом були відхилення за шкалою астеничного стану (63,6±28,4%) і шкалою особистісної тривожності (54,5±29,4%). Обстежені з неврастенічним синдромом характеризувалися високими рівнями астенії (52,3±12,1%) та особистісної тривожності (67,7±11,4%). Хворі із тривожно-депресивним синдромом мали високу частоту відхилень за всіма перерахованими вище шкалами. Зокрема, за шкалами ситуативної та особистісної тривожності перевищення нормативних значень відзначалося у 53,6±18,5% та 82,1±14,2% обстежених, за шкалою астеничного стану - у 71,4±16,7%, за шкалою гіпотимії Цунга - у 67,9±17,3% та за шкалою нервово-психічної напруги - у 42,9±18,3% обстежених.

Результати психологічного дослідження за методикою СБОО показали, що хворі на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки мають у середньому більш високі усереднені показники за всіма шкалами СБОО, але не перевищують нормативні. Найбільшим числом відхилень від нормативних величин характеризувалися хворі із тривожно-депре-

сивним синдромом - 42,9±18,3% обстежених мали парадоксально високі значення за шкалою «гіпоманії», 32,1±17,3% - за шкалою «ригідності афекту», 25,0±16,0% - за шкалами «імпульсивності» та «витиснення тривоги».

Для неврастенічного синдрому найбільш характерними були відхилення за шкалами «гіпоманії» та «витиснення тривоги», які спостерігалися з однаковою частотою - 24,6±10,5%. Серед хворих з астено-апатичним синдромом, 52,9±23,7% мали піки за шкалою «гіпоманії», «соматизації тривоги» та «психастенії», які спостерігалися з однаковою частотою (36,4±28,4%).

Проведені нами дослідження дозволяють зробити наступні **висновки**:

1. Клінічна структура емоційних розладів у хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки представлена: тривожно-депресивним, неврастенічним та астено-апатичним синдромами.

2. Хворі на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки мають високі рівні особистісної та ситуативної тривожності, гіпотимії, астенії та нервово-психічної напруги.

3. Отримані у ході роботи данні визначають основні напрямки психологічної корекції патопсихологічних особливостей хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.

Література:

1. Абрамов В.А., Лебедев Д.С. Психическая дезадаптация // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - Донецк, 1996. - №1(2). - С.34-38.
2. Кожина А.М., Гайчук Л.М. Новые возможности в терапии тревожных расстройств // Экспериментальная и клиническая медицина, 2011 №1 (50), С.139-142
3. Кокун О.М. Адаптация та адаптаційні можливості людини: прикладні аспекти // Актуальні проблеми психології. - Т. 5, вип. 4: Психофізіологія. Медична психологія. Генетична психологія / За ред. С.Д. Максименка. - К.: Міленіум, 2005. - С.77-85.
4. Табачникова В.С. Особенности адаптационных нарушений у больных с дефектами зубов и зубных рядов // Архив психиатрии. - 2005. - Т.11, №2 (41). - С.214-218.
5. Табачникова В.С. Особенности психологического состояния больных со стоматологической патологией // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - 2006. №2(10). - С.93-97.
6. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии // Киев 2004 - 1062 с.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ш.Д. Таравнех

В работе проведено комплексное обследование 150 больных воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области. Выявлены клинические варианты и формы патопсихологических особенностей больных воспалительные заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области. Изучены характерологические и личностные различия стоматологических больных, способствующих их дезадаптации.

Ключевые слова: эмоциональные расстройства, стоматологические больные

AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF SOFT TISSUE IN MAXILLOFACIAL AREA

Sh.D. Taravneh

The paper contains a comprehensive survey of 150 patients with inflammatory diseases of soft tissue in maxillofacial area. Revealed clinical variants and forms patopsychological features of patients with inflammatory diseases of soft tissue in maxillofacial area. Characterological and personality differences among dental patients, contributing to their exclusion were studied.

Keywords: affective disorders, dental patients

УДК 616.89

В.В. Сорока

СТРУКТУРА СУПРУЖЕСКОГО НАСИЛИЯ

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: кризисные состояния у мужчин, кризисные состояния у женщин; супружеское насилие, структура

Супружеское насилие является видом семейного насилия, под которым понимают действия мужа или жены, наносящие физический или психический дискомфорт партнеру [1].

Изменения, произошедшие в социально-экономической сфере, вызвали трансформацию системы ценностной ориентации. Сегодня уже не существует жесткого закрепления какой-то определенной роли за каждым из супругов. Женщина в последнее время нередко выступает как основной финансовый источник существования семьи и при этом приобретает все большую независимость [2;4-6].

Некоторые исследования даже сообщают о более высоких показателях насилия совершаемого женщинами, по сравнению с мужчинами [4].

Супружеское насилие рассматривается как многомерный феномен, порождаемый взаимодействием как внутренних, так и внешних факторов, зависящий от уровня супружеской компетентности, индивидуальных особенностей личности супругов, от их взаимоотношений в браке и жизненного опыта [3-7].

Таким образом, изучение особенностей протекания процесса супружеского насилия, его структура являются актуальной темой.

Целью работы явилось изучение особенностей протекания и структуры супружеского насилия.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 40 жертв супружеского насилия, с различными клиническими формами пограничных психических расстройств и обратившихся за специализированной помощью в Областную клиническую психоневрологическую больницу - Медико-Психологический Центр.

Они были распределены в группы по половому признаку. Первую группу составили 20 женщин-жертв супружеского насилия. Вторую группу составили 20 мужчин, переживших супружеское насилие.

Исследование проводилось с помощью специального клинко-анмнестического, виктимо-анамнестического, социально-демографического и статистического методов.

Результаты и обсуждение. Тщательный сбор анамнеза заболевания, психологического анамнеза позволяли выявить и оценить ситуацию супружеского насилия. Для этого все участники исследования заполнили анкеты, в которой указали ситуации, воспринимаемые как угроза безопасности или ущемление интересов в их супружеской жизни. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1**Предконфликтные ситуации супружеского насилия**

Ситуации, предшествовавшие насилию	Женщины-жертвы	Мужчины-жертвы
Недовольство ведением домашнего хозяйства	55%	20%
Борьба за власть/доминирование	40%	45%
«Непонимание», проблемы коммуникации	55%	55%
Разница взглядов на воспитание детей	45%	55%
Проблемы с финансами	50%	65%
Проблемы работы	20%	75%
Собственническое поведение	55%	45%
Ревность	35%	15%
Нехватка чувства от партнера	55%	60%
Сексуальные проблемы	25%	20%
Эффект алкоголя	20%	35%

Для мужчин наиболее распространенными предконфликтными ситуациями оказались: проблемы с работой, проблемы с финансами, нехватка чувств от партнера, разница взглядов на воспитание детей, проблемы с коммуникацией.

Женщины в качестве основных ситуаций, предшествовавших насилию, выделили: собственническое поведение со стороны партнера, нехватка чувств от партнера, недовольство ведением домашнего хозяйства со стороны партнера, проблемы коммуникации, проблемы с финансами.

Учитывая, что и мужчины, и женщины рассматривают коммуникацию как большую проблему любое терапевтическое вмешательство должно уделить первоочередное внимание нормализации внутрисемейной коммуникации.

Предконфликтная ситуация вызывает у сторон попытки разрешить проблему неконфликтным способом – убеждением, просьбой, разъяснением. На данном этапе с целью фиксации своих интересов, стороны пробуют аргументировать свои позиции.

Переход от аргументов к претензиям и личным выпадам резко интенсифицирует взаимодействие партнеров, приводя к эскалации конфликта. Распреде-

ление ответов респондентов о фазах конфликта представлено в таблице 2.

Таблица 2
Тревожные и депрессивные расстройства у больных бронхиальной астмой (БА), артериальной гипертензией (АГ) и язвенной болезнью (ЯБ)

Фазы	Женщины-жертвы	Мужчины-жертвы
Аргумент→насилие	85%	20%
Аргумент→Спор→насилие	20%	25%
Провокация→насилие	10%	30%
Игнорирование→насилие	10%	75%
Аргумент→ответ насилием→вторая сторона отвечает насилием	45%	50%

Женщины-жертвы чаще сталкиваются с ситуацией, когда в ответ на их аргументы партнер стремится проявить свое превосходство и сразу переходит к насилию.

Мужчины-жертвы выделили в эскалации конфликта следующие элементы: «Игнорирование насилия». Мужчины сообщили, что длительное время игнорировали упреки, замечания, оскорбления в свой адрес, до того времени пока не происходило обострение всех противоречий с женой и последующим противоборстве.

Ситуация «Аргумент→ответ насилием→вторая сторона отвечает насилием» оказалась актуальной как для мужчин, так для женщин, жертв семейного насилия. Она характерна для тех семей, в которых обе стороны надеются путем нажима и твердости вызвать перемену позиций оппонента, но никто не готов добровольно уступить.

При этом исследуемые отметили, что насилие партнера может быть эпизодическим с длинными интервалами отказа от насилия, прерывающимися более короткими периодами интенсивного насилия и охватывающего самые различные сферы жизни (экономическую, интимную, бытовую, карьерную).

Способность одной из сторон подавить оппонента или навязать ему свою волю приводят к ослаблению, затуханию активного периода конфликта.

В таблице № 3 представлены способы решения конфликтов, используемые жертвами супружеских отношений.

Чаще практикуют уход из дома как способ прерывания конфликта мужчины-жертвы семейного насилия. При этом они в отличие от женщин не выбирают прогулку в парке, а ночуют в машине или на лавочке.

Прибегание к помощи извне больше практикуется женщинами-жертвами. При этом они стремятся задействовать ближайшее окружение – родственников или соседей.

Успешная коммуникация как способ решения проблемной ситуации не была отмечена ни одним из исследуемых.

Таблица 3
Способы решения конфликтов супругами

Попытка остановить конфликт	Женщины-жертвы	Мужчины-жертвы
Уход из дому (прогулка, переночевать в машине)	70%	90%
Временное разделение (пожить у знакомых, родственников)	40%	50%
Успешная коммуникация	-	-
Партнер выгнал из дома	10%	-
Прибегание к помощи извне	60%	10%

Переход от конфликтного противодействия к прекращению конфликта приводит к возникновению постконфликтной ситуации.

Данные о поведении партнера-обидчика в постконфликтном периоде представлены в таблице 4.

Таблица 4
Поведение агрессора в постконфликтном периоде

	Женщины-агрессоры	Мужчины-агрессоры
Уверяет, что инцидент больше не повторится/раскаяние	10%	30%
Беспомощность	25%	50%
Более агрессивное	5%	15%
Как-будто ничего не произошло	60%	5%

Поведение «раскаяние» характеризуется подчеркнутыми знаками внимания к партнеру (посвящение стихов, фотографии на баннерах, просьбы о прощении в радио и телеэфирах, цветы, конфеты).

Агрессор выражает свое глубокое сожаление, сосредотачивается на все положительные аспекты отношений и дает обещание, что насилие больше не повторится.

Тактика «беспомощность» проявляется, когда агрессор выходит через знакомых или самостоятельно на жертву и сообщает, что «не может самостоятельно гвоздь забить без такого хозяйственного мужа», «не ел три дня и не менял одежду без заботы жены» и т.д. Всячески сообщается - жизнь настолько ужасна, что если партнер не вернется домой, агрессору придется совершить самоубийство. При этом жертва начинает задумываться о собственной несостоятельности – если партнер находится в таком ужасном положении, то, видимо, это вызвано неудачей в выполнении социальной роли. Кроме того, совсем не хочется быть виноватым за смерть партнера.

Как правило, после неэффективности указанных выше тактик агрессор прибегает к еще большему насилию. Он будет угрожать жертве различными ограничениями, побоями.

Если какая-либо из тактик оказалась успешной в воссоединении отношений с жертвой, то чаще именно она и будет повторена при рецидивах насилия.

В таблице № 5 приведены данные о патопсихологических проявлениях у самих жертв супружеского насилия.

Таблица 5
Патопсихологические проявления
у жертв насилия в семье

Патопсихологические проявления	Женщины-жертвы	Мужчины-жертвы
Снижение настроения	85%	65%
Тревога	55%	85%
Плаксивость	95%	5%
Суицидальные мысли	60%	10%
Повышенная психическая утомляемость	45%	30%
Нарушение сна	70%	10%
Чувство вины	65%	10%
Снижение уверенности в собственных силах	70%	25%
Отсутствие жизненной перспективы	55%	30%
Ощущение ненужности, никчемности	70%	15%
Соматические проявления	25%	40%
Потеря веса	45%	15%

Депрессивные эпизоды более характерны для женщин-жертв семейного насилия. При этом 70-85 % женщин испытывает депрессивные эпизоды умеренной глубины и 15-30% тяжелый депрессивный эпизод. Данное состояние может приводить к аутоагрессивным действиям, попыткам самоубийства.

Тревога и депрессия могут рассматриваться как облигатный патогенетический фактор формирования и динамики дисфункций внутренних органов, развития соматической патологии у жертв семейного насилия в связи с переживаемым стрессом. Данные показатели оказались выше у мужчин-жертв семейного насилия.

Выводы

Насилие в семье представляет собой сложную систему поведения супругов, характеризующуюся многоэтапными, определенными характеристиками и

фазами, имеющими свое собственное развитие в аспекте семейной дисфункции. В структуре семейного насилия можно выделить следующие этапы:

Преднасилия;
Собственно насилия;
Постнасилия.

Преднасилие характеризуется нарастанием напряженности: жертва пытается выразить свои представления об отношениях, их улучшении, а агрессор начинает критиковать, проявляет раздражительность, гнев по отношению к партнеру.

Период собственно насилия характеризуется эскалацией конфликта. Одна из сторон или оба оппонента конфликта в целях устрашения противника постоянно пытаются показать, что мощь и ресурсы одной стороны превосходят другую сторону. При этом каждый надеется, что такая его позиция приведет к капитуляции противника. Используется комбинация из видов насилия (физическое, психологическое, экономическое, сексуальное).

Для периода постконфликта на фоне спокойствия и воссоединения характерно установление еще большего контроля над жертвой, усиление ее зависимости от агрессора.

Результатом супружеского насилия является полная дисфункциональность семьи на всех уровнях, что обуславливает необходимость адекватного комплексного лечения для каждого из указанных периодов.

Литература:

1. *Pattern Changing for Abused Women*. By Marilyn Shear Goodman and Beth Creager Fallon. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995, 236 pp.,
2. Боро М.П., Краузе Р., Бахтеева Т.Д., Марута Н.А., Бондаренко А.Ю. Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии. Д., «Капитан», 2010. – 360 с.
3. *Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /-* Под ред. Этьенна Г. Круга и др. — М: Издательство «Весь Мир», 2003. — 376 с
4. Hines, D. A., & Malley-Morrison, K. Psychological effects of partner abuse against men: A neglected research area. *Psychology of Men and Masculinity*. - 2001. - Vol.2, P. 75-85.
5. McNeely, R.L. Is domestic violence a gender issue, or a human issue? / R.L. McNeely, P.W. Cook, J.B. Journal of human behavior in the social environment. - 2001. - № 4 (4). - P. 227 - 251.
6. Felson, R. B., & Messner, S. F. The control motive in intimate partner violence. *Social Psychology Quarterly*. - 2000. - Vol. 63, P. 86-94.
7. Garbarino J. *Understanding Abusive Families: An Ecological Approach to Theory and Practice*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1997, 273 pages.

СТРУКТУРА ПОДРУЖНОЇ АГРЕСІЇ

В.В. Сорока

У публікації висвітлюються підсумки проведеного обстеження чоловіків та жінок, жертв подружньої агресії. Метою якого було дослідження структури подружнього насильства.

Ключові слова: кризові стани у жінок; кризові стани у чоловіків; подружнє насильство, структура

THE STRUCTURE OF DOMESTIC VIOLENCE

V.Soroka

In article the given inspections of battered men and battered women. Structure domestic violence studying was which purpose.

Keywords: neurotic disorders, women and man who have experienced domestic violence, structure

УДК 616.89

Т.С. Яновский

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И НЕВРАСТЕНИИ

Научно-практический центр наркологии и психосоматической медицины

Ключевые слова: невротическое расстройство, неврастения, синдром хронической усталости (CFS/CXY), ЭЭГ, спектральный анализ ЭЭГ

Синдром хронической усталости (CFS/CXY) – это заболевание неизвестной этиологии, основным проявлением которого является немотивированная выраженная общая слабость, на длительное время лишаящая больного активного участия в повседневной жизни. При синдроме хронической усталости не отмечается изменений в составе крови и мочи, нет рентгенологических изменений, не выявляется органических или функциональных изменений в эндокринном и иммунном статусе. Таким больным ставят обычно диагноз «нейровегетативной дистонии» и неврозов. В то же время, назначаемые обычно для таких случаев курсы лечения не дают, как правило, вообще никакого эффекта. Заболевание типично течёт с ухудшением и в далеко зашедших случаях выявляются резкие расстройства памяти и психики, подтверждающиеся изменениями на ЭЭГ [1].

Клинические критерии CXY во многом совпадают (на 97% по A.Former и соавт., 1995) с клиническими критериями по МКБ-10 F48.0 «Неврастения». Современные данные об электроэнцефалографических коррелятах функционального состояния мозга указывают на повышенную степень активации (т.е. дефицит торможения) на уровне коры и лимбикоретикулярных структур мозга в виде десинхронизации ЭЭГ, угнетения альфа-ритма, повышенной бета-активности и низкоамплитудных тета- и дельта волн при невротических и тревожных расстройствах [2]. В исследовании Н.А. Маруты [3] отмечено, что картина ЭЭГ зависит от клинического варианта невроза и свидетельствует о различном участии мозговых структур в возникновении и оформлении эмоциональных проявлений при различных формах невротических расстройств: при неврастении они формируются вследствие физиологической активности неокортикальных эмоциогенных механизмов и нарушения их взаимосвязи с лимбико-ретикулярными механизмами, обеспечивающими уровень бодрствования; при диссоциативных расстройствах развитие эмоциональных нарушений обусловлено доминированием активности эмоциогенных гипоталамических механизмов, вступающих в конкурентные взаимоотношения с высшими неокортикальными механизмами модуляции и регуляции эмоционального поведения; эмоциональные проявления при тревожно-фобических расстройствах обусловлены нарушением системных механизмов формирования эмоций на всех уровнях их мозговой организации.

Общими для больных с невротическими расстройствами особенностями биоэлектрической активности

коры головного мозга, как отмечается в большинстве работ последних десятилетий, являются неустойчивость и нерегулярность корковой ритмики [4–10], атипичность б-активности в передних отделах коры [6;9], усиление медленной активности в передних отделах, наличие многочисленных острых колебаний и б-подобных выбросов, полиморфных медленных волн. Если некоторые исследователи не находят зависимости изменений на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) от формы невротического расстройства [11], то в работах других авторов эта зависимость отчетливо прослеживается [12–14]. Так, В.В. Бобковой показано, что при неврастении выявляются снижение амплитуды и индекса б-ритма, преобладание медленной активности и преимущественное отсутствие усвоения ритмической фотостимуляции, что объясняется снижением лабильности дезактивированной коры головного мозга и тормозным состоянием ретикулярной формации [12]. При истерии обнаруживается доминирование б-ритма, захватывающего лобные отделы, сглаживание регионарных различий. Реакции на раздражители либо нормальные, либо сниженные. Объясняются подобные изменения биоэлектрической активности мозга снижением тонуса коры вследствие заблокированности активизирующих влияний ретикулярной формации. Но у части больных выявляются неустойчивость фоновой ЭЭГ, полиритмия, острые волны. У больных с неврозом навязчивых состояний отмечается доминирование частой активности, усвоение более высоких частот фотостимуляции, что автор объясняет усилением тонизирующих влияний ретикулярной формации вследствие ее повышенной возбудимости.

Т.В.Докукина, Н.Н.Мисюк выявляли дополнительные дифференциально-диагностические критерии органического поражения головного мозга с помощью метода картирования биоэлектрической активности [15]. Ими показано, что частотно-пространственная инверсия б-ритма, усиление в-ритма выше пороговых величин, снижение нормированной регулярности б-ритма ниже пороговой величины позволяют дифференцировать ЭЭГ здорового человека и больного с неврозоподобным расстройством при наличии патогенетически значимого органического поражения головного мозга.

Значительно меньше работ, в которых различий на ЭЭГ у больных с невротическими расстройствами и у здоровых лиц не отмечено [16;17].

Таким образом, на современном этапе изучения

генеза невротических расстройств нейрофизиологические аспекты этой проблемы содержат ряд вопросов, требующих своего разрешения. Работ, посвящённых изменениям на ЭЭГ при СХУ исключительно мало и при них не учитываются детально клинко-психопатологические варианты СХУ, чему посвящено настоящее исследование.

Первый этап исследования. Выборка больных, отвечающих критериям синдрома хронической усталости состояла из 90 человек. При исследовании ЭЭГ были выявлены три варианта изменений частотно-амплитудного спектра биопотенциалов мозга.

I группа (31 чел.) характеризовалась преобладанием фоновой ЭЭГ с альфа-ритмом (40-50 мкВ, альфа-индекс 60-75%), модулированного острыми колебаниями, локализованного в затылочных и теменных отделах мозга. В лобных и височных отделах представленность альфа-ритма была слабо выражена, амплитуда существенно снижена, и преобладающим был бета-ритм (13-15 мкВ). У этой группы больных на ЭЭГ отмечались выраженные реакции активации и усвоения ритмов. Гипервентиляция приводила к восстановлению исходной активности, изменённой предыдущим навязыванием световых ритмов. У 5 больных из 31 после гипервентиляции регистрировались диффузные единичные острые волны.

Такой характер ЭЭГ-изменений у больных сочетался с соматовегетативными проявлениями, подавленным настроением и выраженной утомляемостью.

II группа состояла из 29 человек и характеризовалась также преобладанием альфа-ритма с высокой амплитудой (80-120 мкВ, альфа-индекс составлял 75-80%) на фоновой ЭЭГ. У этих пациентов отмечалась миграция альфа-ритма в передние (лобно-височные) отделы головного мозга. На фоновой ЭЭГ этих больных эпизодически регистрировались медленные волны (тета-колебания) и диффузные низкоамплитудные бета-колебания. На этом фоне на ЭЭГ нередко отмечались высокоамплитудные (до 150 мкВ) всплески тета- и альфа-ритма, острые единичные волны, модулирующие альфа-активность. Особенностью реактивности мозга у этих больных было увеличение латентных периодов развития реакции активации (0,4 - 0,5), уменьшение латентного периода реакции на закрытие глаз (0,1 с). Реакции усвоения ритма в ответ на гипервентиляцию были сниженными.

Такие изменения на ЭЭГ свидетельствуют о сложном характере корко-подкорковых взаимосвязей. Для пациентов второй группы клинически характерным являлось наличие астении с сочетанием с гипотимией и абулией.

В III группе пациентов (30 человек) на ЭЭГ отмечались нерегулярные, неустойчивые и низкоамплитудные альфа-волны (25-40 мкВ, альфа-индекс 40-65%). У этих больных доминировала медленноволновая тета- и дельта-активность (индекс 70-75%), мигрирующие в передние отделы мозга. В реакциях на функциональные нагрузки отмечались инверсии или их ослабление.

При этом реакции усвоения ритма либо отсутствовали, либо появлялись при низких частотах световых раздражений.

Такие изменения электрической активности мозга у больных сочетались с астенией, гипотимией и выраженными агрипническими расстройствами.

На втором этапе методом исследования была электроэнцефалография с использованием спектрального анализа электроэнцефалограммы (ЭЭГ), который проводился по алгоритму прямого преобразования Фурье. Обследовались больные с СХУ, больные с диагнозом «неврастении» при наличии чётких указаний на предшествующую заболеванию психотравму (30 человек) и здоровые волонтеры (20 человек). Респонденты в исследуемых группах были сопоставимы по полу, возрасту и социальным характеристикам. Запись ЭЭГ проводили на компьютерном электроэнцефалографе «Телепат 104-Д» фирмы «Потенциал» монополярным методом с использованием стандартной международной схемы наложения электродов «10-20» (активные электроды налагались в точках Fp1, Fp2, F3, F4, C3, C4, P3, P4, O1, O2, F7, F8, T3, T4, T5, T6; индифферентные – на мочках левого и правого уха). Частота оцифровки сигналов составляла 250 Гц. Исследование проводилось в затемненной комнате, испытуемые размещались в кресле в положении полулежача, голова фиксировалась на подголовнике. ЭЭГ регистрировали в состоянии пассивного бодрствования пациентов при закрытых глазах.

Материалом для анализа служили сигналы отведений Fp1, Fp2, F3, F4, C3, C4, P3, P4, O1, O2, F7, F8, T3, T4, T5, T6. Обработку данных проводили с помощью специально разработанного пакета программ по алгоритму прямого преобразования Фурье, позволяющего определить плотность мощности сигнала для отдельных ритмов следующих частотных диапазонов: д-ритма (0,5-3,9 Гц), х-ритма (4-7,9 Гц), б-ритма (8-13), в1-ритма (13,1-25), в2-ритма (25,1-35). Математической обработке подвергались 15 фрагментов ЭЭГ длительностью 4 с, не содержавшие физиологических и физических артефактов.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «Statistica 6». Применяли параметрические и непараметрические методы статистики с использованием критериев Стьюдента, Вилкоксона, Манна-Уитни.

Результаты второго этапа исследования. Целью исследования являлось изучение биоэлектрической активности мозга с использованием спектрального анализа у больных с невротическими расстройствами и СХУ.

При сопоставлении групп по средним значениям спектральной мощности д-ритма фоновой ЭЭГ выявлено, что во всех отведениях у больных с СХУ прослеживается тенденция к увеличению значений спектральной мощности, которая достигает достоверной значимости в лобных, центральных и теменных областях. У пациентов с СХУ по сравнению с больными неврастенией

средние значения спектральной мощности д-ритма были достоверно выше в лобных, центральных и височных областях, в теменных и затылочных областях наблюдалась тенденция к их повышению.

При сопоставлении групп по средним значениям спектральной мощности х-ритма фоновой ЭЭГ оказалось, что по сравнению с группой здоровых лиц во всех отведениях у больных как с СХУ, так и с невротическими расстройствами прослеживается тенденция к повышению значений спектральной мощности, причем у больных с СХУ эти значения были выше, чем у больных с невротическими расстройствами, но не достигали уровня достоверной значимости. Достоверные различия выявлены между здоровыми людьми и больными с невротическими расстройствами только в правых височных областях, а также между здоровыми и больными с СХУ – в правом переднелобном отведении. Достоверных различий средних значений частоты х-ритма между здоровыми лицами и больными не выявлено.

При сопоставлении групп по средним значениям спектральной мощности б-ритма фоновой ЭЭГ установлено, что по сравнению со здоровыми лицами у больных неврастениями и СХУ имеется тенденция к снижению значений спектральной мощности в лобных, центральных и теменных отведениях, которая достигает достоверной значимости в затылочных областях. Достоверных различий средних значений спектральной мощности б-ритма между группами больных не выявляется. При сопоставлении групп по средним значениям частоты б-ритма оказалось, что по сравнению с группой здоровых эти значения были достоверно ниже у больных с СХУ в лобных и височных отведениях, а у больных с неврастениями – в лобных, теменных, затылочных и височных отведениях. Достоверных различий средних значений частоты а-ритма между группами больных не выявлено.

При сопоставлении групп по средним значениям спектральной мощности в1- и в2-ритма установлено, что по сравнению со здоровыми лицами у больных обеих групп достоверно выше значения спектральной мощности в лобных, центральных и височных отведениях, а у больных с неврастениями – в теменных отведениях. Достоверных различий средних значений спектральной мощности в1- и в2-ритма между группами больных не выявлено. При сопоставлении групп здоровых и больных, а также групп больных между собой по средним значениям частоты в1- и в2-ритма различий не выявлено.

По результатам исследований выявлено еще одно общее для двух групп больных изменение ЭЭГ – усиление мощности х-ритма в правых височных отведениях. Имеются данные, свидетельствующие о преимущественном значении правого полушария, прежде всего правой височной доли, в генезе невротических расстройств [6, 11]. Правая височная доля имеет тесные морфологические связи с лимбическими структурами, которые активно участвуют в регуляции эмоцио-

нальных и вегетативных функций организма, нарушающихся при возникновении невротической симптоматики.

Выводы

1. Общей особенностью ЭЭГ больных с неврастениями и СХУ явилось также увеличение спектральной мощности в-ритмов в лобных, центральных и височных отведениях обоих полушарий, что может быть следствием влияния активирующей ретикулярной формации на кору больших полушарий при функциональной недостаточности ретикулоталамокортикальных активирующих систем.

2. Изменения на ЭЭГ при синдроме хронической усталости зависят от клинико-психопатологических особенностей этого расстройства. Имеются отличительные признаки, полученные при спектральном анализе ЭЭГ больных неврастениями и СХУ.

3. Данные спектрального анализа основных ритмов ЭЭГ свидетельствуют о том, что для пациентов с неврастениями и СХУ характерны общие, универсальные (нозоспецифические) изменения ЭЭГ, отражающие нарушение интегративной деятельности мозга (снижение спектральной мощности б -ритма и его частоты, повышение мощности в-ритмов);

4. Специфические изменения (повышение мощности х-ритма в правой височной области, обуславливают возникновение симптоматики независимо от того, на какой основе – психогенной или органической – она развивается.

5. Отличительной особенностью пациентов с СХУ от пациентов с невротическими нарушениями является повышение мощности д-ритма, что может указывать на более глубокие, патологические изменения, в том числе и структурные.

Литература:

1. Синдром хронической усталости (http://doctorsph.ru/article.php?article_id=1586)
2. Жирмунская Е.А. В поисках объяснения феноменов ЭЭГ. – М.: ННПФ Биол, 1995. – 117 с.
3. Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: Монография. – Харьков: РИФ «АРСИС, ЛТД», 2000. – 160 с.
4. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990.
5. Козлова Т.А. Исследование функционального состояния нейромедиаторной системы у больных с тиками. Рукопись деп. во ВНИИМИ МЗ СССР 1979, №2307–79.
6. Мясер В.К. Дизэнцефальные нарушения и неврозы. Л., 1976.
7. Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988.
8. Слезин В.Б., Шукина Н.В. Новые электрофизиологические методы диагностики в психоневрологии: Методические рекомендации. СПб., 1993.
9. Шибалкин Н.Т., Лескин Е.Н. Об этиологии гиперкинетических синдромов у детей. В кн.: Сосудистые и воспалительные заболевания нервной системы. Труды Воронежского государственного мед. ин-та. Воронеж, 1968; с. 134–40.
10. Gracia M, Medinal J. Studies of computerized EEG in Neuroses. EEG and Clin Neurophysiol 1984; 58(1): 1–6.
11. Жирмунская Е.А., Макарова А.Г., Чухрова В.А. Вопросы патогенеза, клиники и лечения неврозов. Л., 1958; с. 108–20.
12. Бобкова В.В. Особенности электрической активности мозга

при невротических состояниях. Автореф. дис ... д-ра биол. наук. Л., 1971.

13. Рыбников А.И. Анализ вегетативных нарушений церебрально-го генеза (клинико-электроэнцефалографическое исследование). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1978.

14. Яхно Н.Н., Куликовский В.В. Сов. мед. 1979; 7: 39–43.

15. Докукина Т.В., Мисюк Н.Н. Картирование ЭЭГ в выявлении признаков органического поражения головного мозга у больных с психическими заболеваниями. Журн. неврол. и психиатр. 2000; 5: 39–44.

16. Koukkou M, Bigler M, Lehman D. Central components of the orienting response (EEG – reactivity) in acute and former schizophrenics, neurotics and normal. *Electrophysiol. Correl. Psychopathol. 3d Int. Symp. Clin. Neurophysiol. Aspects Psychopathol. Cond.*, Stockholm, 28 June 1981. Basel 1982; 20–7.

17. Koukkou M, Buttmann H. *Electroencephalographische Studien der Informationsverarbeitung bei akuten und chronischen schizophrenen Patienten Neurotikern und psychisch Gesunden. Forsch Biol Psychi-at* Dusseldorf 23–25 Sept. 1982. Berlin, 1984; S. 35–40.

18. Поворинский А.Г. Клинико-электрофизиологические показатели функционального состояния головного мозга человека. Л., 1971.

ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ СИНДРОМІ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ ТА НЕВРАСТЕНІЇ

Т.С. Яновський

Дослідили 30 хворих з невротичними і 90 з хворих з СХВ невротизованими розладами і 20 здорових осіб (контрольна група) у віці від 17 до 50 років. Методом дослідження була електроенцефалографія з використанням спектрального аналізу електроенцефалограми (ЕЕГ), який проводився за алгоритмом прямого перетворення Фур'є. Встановлено, що для хворих характерна зміна організації електричної активності мозку, що проявляється надмірним активуючим впливом ретикулярної формації на кору більших напівкуль при функціональній недостатності ретикулоталамокортикальних активуючих систем.

Ключові слова: невротичний розлад, неврастенія, синдром хронічної втоми (CFS/CXB), ЕЕГ, спектральний аналіз ЕЕГ

BIOELECTRIC BRAIN ACTIVITY IN PATIENTS WITH NEUROTIC AND CFS NEUROSIS-LIKE DISORDERS

T.S. Yanovsky

Patients with neurotic and CFS neurosis-like disorders and twenty healthy controls, aged 17–50 years, have been examined. Spectral analysis of electroencephalography (EEG) by means of Fourier direct transformation algorithm was the basic research method. It was found that patients with functional insufficiency of reticulo-thalamo-cortical activating systems demonstrate change of brain electric activity manifesting in excessive activating effect on cortex by reticular formation.

Keywords: neurotic disorder, CFS neurosis-like disorder, EEG spectral analysis

УДК 616.899-056.7+616-039.42+616-072.8+616-076.5+575.113+577.21

А.М. Бычкова¹, Н.А. Афанасьева², Е.В. Дубровская³, Э.И. Пацкун⁴, Н.О. Зимаков-Закутная⁵,
С.Ю. Логун⁶, А.М. Кучеренко⁷, Н.В. Грищенко⁷, Л.А. Лившиц⁷

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

ГУ «Научный центр радиационной медицины НАМНУ», г.Киев¹

Крымский Республиканский медико-генетический центр, г.Симферополь²

ГУ «Институт акушерства, педиатрии и гинекологии НАМН Украины», г.Киев³

Областной медико-генетический кабинет Закарпатской областной клинической больницы
им. Андрея Новака, г.Ужгород⁴

Областной медико-генетический центр, г.Хмельницкий⁵

ГУ «Институт наследственной патологии НАМН Украины», г.Львов⁶

Институт молекулярной биологии и генетики НАН Украины, г.Киев⁷

Ключевые слова: умственная отсталость, клинико-генеалогическое исследование, молекулярно-генетическое исследование, геномная перестройка

Вступлення

Наследственные формы умственной отсталости (УО) являются серьезной медико-социальной проблемой, приводящей к глубокой инвалидизации пациента, что ложится психологическим и финансовым грузом как на семью больного, так и на государство. В развитых странах УО встречается у 0,5–3% населения [21;17]. Распространенность УО в Украине на 2009 год составила около 600 человек на 100 тыс. [4]. Дифференциальная диагностика данной патологии открывает перспективу превентивного и персонализированного лечения.

Цель работы в рамках международного научного проекта CHERISH 7-й рамочной программы – улучшение диагностики наследственно обусловленной умственной отсталости у детей в странах Центральной и Восточной Европы путем детального анализа известных хромосомных и генных перестроек, приводящих к развитию УО, а также поиску новых генов-кандидатов УО.

Умственная отсталость – это обобщенное понятие, включающее разнородные с клинической точки зрения явления [16]. Объединяют все эти различные состояния выявленные в раннем возрасте (в период формирова-

при невротических состояниях. Автореф. дис ... д-ра биол. наук. Л., 1971.

13. Рыбников А.И. Анализ вегетативных нарушений церебрально-го генеза (клинико-электроэнцефалографическое исследование). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1978.

14. Яхно Н.Н., Куликовский В.В. Сов. мед. 1979; 7: 39–43.

15. Докукина Т.В., Мисюк Н.Н. Картирование ЭЭГ в выявлении признаков органического поражения головного мозга у больных с психическими заболеваниями. Журн. неврол. и психиатр. 2000; 5: 39–44.

16. Koukkou M, Bigler M, Lehman D. Central components of the orienting response (EEG – reactivity) in acute and former schizophrenics, neurotics and normal. *Electrophysiol. Correl. Psychopathol. 3d Int. Symp. Clin. Neurophysiol. Aspects Psychopathol. Cond.*, Stockholm, 28 June 1981. Basel 1982; 20–7.

17. Koukkou M, Buttmann H. *Electroencephalographische Studien der Informationsverarbeitung bei akuten und chronischen schizophrenen Patienten Neurotikern und psychisch Gesunden. Forsch Biol Psychi-at* Dusseldorf 23–25 Sept. 1982. Berlin, 1984; S. 35–40.

18. Поворинский А.Г. Клинико-электрофизиологические показатели функционального состояния головного мозга человека. Л., 1971.

ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ СИНДРОМІ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ ТА НЕВРАСТЕНІЇ

Т.С. Яновський

Дослідили 30 хворих з невротичними і 90 з хворих з СХВ невротизованими розладами і 20 здорових осіб (контрольна група) у віці від 17 до 50 років. Методом дослідження була електроенцефалографія з використанням спектрального аналізу електроенцефалограми (ЕЕГ), який проводився за алгоритмом прямого перетворення Фур'є. Встановлено, що для хворих характерна зміна організації електричної активності мозку, що проявляється надмірним активуючим впливом ретикулярної формації на кору більших напівкуль при функціональній недостатності ретикулоталамокортикальних активуючих систем.

Ключові слова: невротичний розлад, неврастенія, синдром хронічної втоми (CFS/CXB), ЕЕГ, спектральний аналіз ЕЕГ

BIOELECTRIC BRAIN ACTIVITY IN PATIENTS WITH NEUROTIC AND CFS NEUROSIS-LIKE DISORDERS

T.S. Yanovsky

Patients with neurotic and CFS neurosis-like disorders and twenty healthy controls, aged 17–50 years, have been examined. Spectral analysis of electroencephalography (EEG) by means of Fourier direct transformation algorithm was the basic research method. It was found that patients with functional insufficiency of reticulo-thalamo-cortical activating systems demonstrate change of brain electric activity manifesting in excessive activating effect on cortex by reticular formation.

Keywords: neurotic disorder, CFS neurosis-like disorder, EEG spectral analysis

УДК 616.899-056.7+616-039.42+616-072.8+616-076.5+575.113+577.21

А.М. Бычкова¹, Н.А. Афанасьева², Е.В. Дубровская³, Э.И. Пацкун⁴, Н.О. Зимаков-Закутная⁵,
С.Ю. Логун⁶, А.М. Кучеренко⁷, Н.В. Грищенко⁷, Л.А. Лившиц⁷

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

ГУ «Научный центр радиационной медицины НАМНУ», г.Киев¹

Крымский Республиканский медико-генетический центр, г.Симферополь²

ГУ «Институт акушерства, педиатрии и гинекологии НАМН Украины», г.Киев³

Областной медико-генетический кабинет Закарпатской областной клинической больницы
им. Андрея Новака, г.Ужгород⁴

Областной медико-генетический центр, г.Хмельницкий⁵

ГУ «Институт наследственной патологии НАМН Украины», г.Львов⁶

Институт молекулярной биологии и генетики НАН Украины, г.Киев⁷

Ключевые слова: умственная отсталость, клинико-генеалогическое исследование, молекулярно-генетическое исследование, геномная перестройка

Вступлення

Наследственные формы умственной отсталости (УО) являются серьезной медико-социальной проблемой, приводящей к глубокой инвалидизации пациента, что ложится психологическим и финансовым грузом как на семью больного, так и на государство. В развитых странах УО встречается у 0,5–3% населения [21;17]. Распространенность УО в Украине на 2009 год составила около 600 человек на 100 тыс. [4]. Дифференциальная диагностика данной патологии открывает перспективу превентивного и персонализированного лечения.

Цель работы в рамках международного научного проекта CHERISH 7-й рамочной программы – улучшение диагностики наследственно обусловленной умственной отсталости у детей в странах Центральной и Восточной Европы путем детального анализа известных хромосомных и генных перестроек, приводящих к развитию УО, а также поиску новых генов-кандидатов УО.

Умственная отсталость – это обобщенное понятие, включающее разнородные с клинической точки зрения явления [16]. Объединяют все эти различные состояния выявленные в раннем возрасте (в период формирова-

ния психики) нарушения адаптивного поведения, связанные с недостаточным развитием познавательных способностей. Термин «умственная отсталость» включает в себя все клинические и патогенетические варианты возникшего в раннем возрасте интеллектуального дефекта [5]. Недоразвитие интеллектуальных функций может возникать вследствие действия множества разнообразных факторов, влияющих на созревание мозга, т.о. этиология заболевания крайне гетерогенна: это и влияние неблагоприятных внешних факторов (поражение мозга во внутриутробном периоде или в первые месяцы и годы жизни), и генетические факторы (хромосомные аномалии, генные мутации и др.) [9].

Установлено, что существуют две принципиально различные группы этиологических факторов, ответственных за формирование УО. Первая группа, обуславливающая более тяжелую умственную отсталость (интеллектуальный коэффициент (IQ) меньше 50%), включает в себя факторы, которые значительно дезорганизуют формирование структуры и функции головного мозга. Это и экзогенные факторы (тяжелые травмы мозга, нейроинфекции), и генетические факторы (70-80 % случаев тяжелой умственной отсталости связано с генетическими нарушениями) [20]. Вторая группа этиологических факторов связана с более легкой умственной отсталостью (IQ между 50 и 70%) и включает неблагоприятные экологические факторы (воздействие загрязняющих веществ, радиоактивного заражения, состояние питания, социально-экономический уровень семьи, в том числе педагогическая запущенность в неблагополучных семьях). Возможен и сочетанный вариант: неблагоприятные условия внешней среды в комплексе с генетической предрасположенностью, так называемые мультифакторные заболевания. [11]

В базе данных OMIM Online Mendelian Inheritance in Man® (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim>) генетические нарушения представлены хромосомными aberrациями (самой распространенной хромосомной аномалией является синдром Дауна - трисомия по 21-й хромосоме) и генными мутациями.

Хромосомные аномалии, выявляемые рутинными цитогенетическими методиками, обнаруживают у 25 % больных с умственной отсталостью. Новые технологии, такие как серийная сравнительная геномная гибридизация или array CGH (genome-wide microarray comparative genomic hybridization - array CGH), основанная на использовании биотехнологических микрочипов, позволяют выявить «микроаномалии генома» еще у 10-20% пациентов [13, 15].

Генные мутации приводят к возникновению моногенных форм умственной отсталости с различными типами наследования: аутосомно-доминантным, аутосомно-рецессивным, X-сцепленным. Выделяют моногенную синдромальную умственную отсталость, которая сочетается с другими заболеваниями и пороками развития, и несиндромальную, не связанную с другими нарушениями. В настоящее время известно около

тысячи наследственных заболеваний, которые сопровождаются умственной отсталостью, или для которых умственная отсталость является основным проявлением [24]. К самым распространенным наследственным моногенным формам умственной отсталости относятся синдром X-ломкой хромосомы, нейрофиброматоз, туберозный склероз, синдром Вильямса, синдром Корнелии де Ланге, синдром Прадера-Вилли, синдром Лоуренса-Муна-Барде-Бидля, синдром Рубинштейна-Тэйби, синдром Коффина-Лоури, большая группа синдромов, сочетающих умственную отсталость и краниофациальные аномалии, наследственная микроцефалия [24]. К развитию умственной отсталости приводит и большое количество наследственных дефектов обмена: аминокислородопатии (самая распространенная из них - фенилкетонурия), мукополисахаридозы, муколипидозы и др. Ежегодно в научной литературе появляются описания новых мутаций, приводящих к развитию умственной отсталости.

В 2007 г. был введен термин для описания нового типа полиморфизма генома человека - вариации числа копий генов (Copy Number Variants - CNVs), которые возникают в результате геномных перестроек типа делеций/дупликаций размером более 1 т.п.н. (тысяча пар нуклеотидов). В настоящее время для более 3 тыс. генов показано наличие CNVs [10;14], что составляет 10% от общего количества генов человека. Большинство из этих CNVs, не являются патогенными и представляют собой варианты нормы. Однако при некоторых патологиях показан так называемый «эффект дозы гена», который возникает в результате наличия у пациента патогенных CNVs. Развитие умственной отсталости довольно часто связывают с наличием патогенных CNVs. Точно определить, какой именно ген или гены ответственны за развитие умственной отсталости в каждом конкретном случае, очень сложно, поскольку выявляемые у пациентов хромосомные перестройки часто охватывают десятки, иногда сотни, генов. Наиболее эффективным современным скринирующим методом для выявления патогенных CNVs является анализ с использованием array-CGH высокого разрешения [15].

В проекте CHERISH принимают участие ученые из научных организаций 9 стран (Италия, Кипр, Польша, Чехия, Эстония, Литва, Украина, Россия и Армения), он рассчитан на 3 года и финансируется Еврокомиссией. Для выполнения проекта создан научный консорциум, состоящий из представителей научных организаций биологического и медицинского профиля в странах-участниках проекта. Украина в проекте представлена отделом геномики человека ИМБГ НАНУ. В каждой из организаций производится отбор пациентов с УО, их клинический, цитогенетический и молекулярно-генетический анализ с целью установления точного диагноза и поиска молекулярно-генетических причин патогенеза у каждого конкретного пациента.

Материалы и методы. От всех семей было получено информированное согласие на участие в данном

проекте в соответствии с международными нормами по биоэтике и законами, принятыми в каждой из стран-участниц. Данное исследование одобрено биоэтическим комитетом ИМБГ НАНУ.

Для сбора и анализа информации о больных и их семьях консорциумом была разработана специальная анкета, которая включала в себя несколько разделов: паспортные данные, семейный анамнез и родословную, историю протекания беременности и неонатального периода у пробанда, данные про развитие ребенка, антропометрические данные, данные общего клинического обследования и анализа фенотипа, данные психопатологического и патопсихологического обследований (определение коэффициента интеллекта), данные инструментальных обследований (в т.ч. КТ и ЯМР-обследование головного мозга, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ и др.), данные цитогенетических, молекулярно-генетических и биохимических обследований.

Клиническое обследование

Проводилось клинико-генеалогическое и антропометрическое обследование, анализ фенотипа, психопатологическое и патопсихологическое обследование (определение коэффициента интеллекта - IQ[3]). Отбор семей осуществлялся по следующим критериям:

- наличие в семье одного и больше больных с недифференцированной умственной отсталостью ($IQ \leq 70\%$);
- отсутствие у больных известных хромосомных мутаций или клинических синдромов (синдром Дауна и др.) и генетически обусловленных биохимических нарушений (фенилкетонурия и др.);
- отсутствие у больных генных мутаций в локусах FRAXA, FRAXE, FRAXF

Сбор биологического материала

У больных с УО и всех доступных для анализа родственников был проведен забор образцов периферической крови для дальнейшего анализа (цитогенетического, молекулярно-генетического и работы с клеточными культурами). Семьи с несколькими больными, у которых не выявлены известные клинические фенотипы, были отобраны для биобанка с использованием клеточных линий лейкоцитов периферической крови представителей этих семей (38 образцов крови из 9 семей). Для этой цели образцы крови были подвергнуты криоконсервации и в настоящее время хранятся в жидком азоте.

Цитогенетическое исследование

Цитогенетический анализ выполнен на материале клеток крови классическим полумикроскопическим методом с последующим кариотипированием (G - bending, 500-800 bend). Анализировали 29 метафазных пластинок.

Молекулярно-цитогенетическое исследование хромосомных перестроек типа делеции/дупликации проводили с использованием array-CGH технологии высокого разрешения 44K (44000 зондов) и 105K (105000 зондов). Данное исследование проводится в организациях-партнерах проекта в ЕС (на Кипре и в Италии).

Молекулярно-генетическое исследование

Из образцов крови всех пациентов и их родственников проведено выделение ДНК стандартным методом с использованием фенольно-хлороформной экстракции [8]. Растворы ДНК хранятся при $T = -20^{\circ}\text{C}$.

Молекулярно-генетическое исследование количества CGG-повторов генов *FMR1* и *FMR2* проводили согласно методикам описанным ранее [1, 2, 22]. Анализ метилирования в локусах FRAXA, FRAXE, FRAXF выполнен согласно описанному ранее протоколу с собственными модификациями [2, 23].

Исследование субтеломерных геномных перестроек в локусах, ассоциированных с УО, проводили с использованием коммерческого набора SALSA MLPA kit Telomere-5 для MLPA производства MRC-Holland согласно рекомендуемому протоколу с электрофоретическим разделением фрагментов на секвенаторе ABI 3100 (Applied Biosystems, США).

Биоинформационный анализ

Анализ выявленных геномных реорганизаций выполняли с использованием биоинформационных ресурсов баз данных DECIPHER v5.1 (<https://decipher.sanger.ac.uk>), ENSEMBL (<http://may2009.archive.ensembl.org/index.html>), Database of Genomic Variants (<http://projects.tcag.ca/variation>).

Результаты и обсуждение. В соответствии с разработанными критериями по отбору пациентов проведено клинико-генеалогическое обследование пациентов и сбор образцов периферической крови, из которой выделена геномная ДНК. Консорциумом собрано 2653 образца членов 1130 семей пациентов с УО. Был создан банк образцов ДНК 270 индивидов из 95 неродственных семей из Украины (16 семейных случаев – более 1 больного в семье, 79 - спорадических) (табл.1).

Таблица 1
Характеристика украинской группы семей с УО

Образцы ДНК всего	Больные с УО	Здоровые члены семьи	Семьи	Семейные случаи		Спорадические случаи	
				Синдромальные	Несиндромальные	Синдромальные	Несиндромальные
270	113	157	95	3	13	7	72

По результатам цитогенетического исследования 113 пациентов получены следующие данные: все пациенты имели нормальный хромосомный набор (46XY или 46XX); у 2 пациентов выявлены хромосомные перестройки. У пациента 031S - 46,XY,del(5)(q15q22) или del(5)(q13q15), у пациентки 057B - 46,XX,der(10). Обе выявленные перестройки были в дальнейшем уточнены при молекулярно-цитогенетическом исследовании с использованием 44K CGH-микрочипов. У обоих пациентов наблюдалась тяжелая форма УО (IQ 40-43) в сочетании с различными скелетными анома-

лиями и лицевыми дисморфизмами.

31 пробанду с УО был проведен анализ субтеломерных перестроек типа делеции/дупликации с помощью MLPA. У 6 пациентов выявлены различные хромосомные перестройки (табл.2).

Таблица 2
Субтеломерные геномные реорганизации в исследованной группе

№ образца	Статус индивида	Хромосомная перестройка
114Z	пробанд с УО	del4q; del15p
140P	пробанд с УО	dupX-Yq
202B	пробанд с УО	del5p
225B	здоровый sibс	del21q
248B	здоровый sibс	del7q
259A	пробанд с УО	del16q; dup16p

Примечание: del – делеция, dup – дупликация

Поскольку в двух случаях были выявлены хромосомные перестройки у фенотипически здоровых sibсов, в то время как эти же перестройки не были обнаружены у больных пробандов из данных семей. Можно предположить, что эти геномные реорганизации могут не затрагивать, по-видимому, функционально значимые участки генома и представлять собой нормальные CNVs. Остальные выявленные хромосомные перестройки у 3 пробандов с УО требуют более детализированного анализа для определения роли данных реорганизаций генома в патогенезе УО.

По результатам молекулярно-генетического анализа 96 пробандов установлено отсутствие экспансии CGG-повторов гена *FMR1*. Выявлены нормальные аллели гена *FMR1* содержащие от 14 до 41 CGG-повторов. Следует, однако, отметить, что у 5 пациентов были выявлены «короткие» (менее 20 CGG-повторов), или «длинные» (более 39 CGG-повторов), аллельные варианты. В данном исследовании у трех пробандов с УО из неродственных семей в генотипах присутствовали удлинённые аллельные варианты гена *FMR1* (077S♀ - 20/40 CGG-повторов, 0791B♀ - 23/41 CGG-повтор, 170B♀ - 29/40 CGG-повторов). В одной семье у двух пациентов с УО были идентифицированы короткие аллельные варианты гена *FMR1* (012B♂ – 14 CGG-повторов, 012B♀ - 14/30 CGG-повторов). Такие аллели по некоторым литературным данным могут быть ассоциированы с различными фенотипическими нарушениями, такими как преждевременное истощение яичников (ПИЯ), болезнь Паркинсона, различные атаксии и др.[6, 7, 12, 19].

У 66 пациентов с УО мужского пола был проведен анализ экспансии CGG-повторов гена *FMR2*. Примененная в исследовании методика не позволяет проводить анализ у индивидов женского пола, а также нет

возможности точного определения количества CGG-повторов в исследуемом образце. Во всех образцах был выявлен аллельный вариант гена *FMR2*, содержащий неэкспансированное количество CGG-повторов (-норма). Кроме того, всем пациентам мужского пола был проведен анализ метилирования трех «ломких» локусов X-хромосомы (FRAXA (*FMR1*), FRAXE (*FMR2*), FRAXF). Наличие метилирования данных хромосомных участков у мужчин ассоциировано с синдромом ломкой X-хромосомы. Ни у одного из проанализированных пациентов не было выявлено метилирования исследованных локусов. Результаты проведенного анализа генов *FMR1* и *FMR2*, а также локусов X-хромосомы позволили исключить у всех пациентов синдром ломкой X-хромосомы, что было одним из обязательных условий включения пациентов в дальнейшее исследование.

Следующим этапом работы было проведение молекулярно-цитогенетического скрининга микрохромосомных перестроек с использованием высокоразрешающего CGH-анализа. На данный момент обследовано по 1 пациенту с УО из 48-ми неродственных семей из Украины (пробанды). У 26-ти пробандов не были выявлены перестройки генома. Остальные результаты CGH-анализа представлены в таблице 3.

У 9-ти пробандов (3 мальчика и 6 девочек в возрасте от 2 до 16 лет) удалось выявить патогенные перестройки, захватывающие известные гены-кандидаты, ассоциированные с патогенезом УО. Размер части выявленных перестроек настолько велик (охватывает от нескольких десятков до нескольких сотен генов), что на данный момент не представляется возможным выделить конкретные гены, перестройки в которых могут быть ассоциированы с развитием УО у данных пациентов. Среди возможных кандидатов в первую очередь следует выделить гены, кодирующие белковые продукты, которые задействованы в процессах развития и функционирования ЦНС: *MECP2* – ген транскрипционного фактора, мутации в котором ассоциированы с синдромом Ретта, *SATB2* – ген регулятора транскрипции, *RIMBP2* – ген белка-партнера нейромедиатора, *FPA1* и *ANKMY2* – гены транспортных факторов, участвующих в сигнальных каскадах. Приведенные данные являются веским доказательством того, что умственная отсталость в проанализированных семьях может иметь генетическую природу и развиваться вследствие реорганизаций генома.

Результаты сравнительного анализа клинических данных продемонстрировали также высокую фенотипическую гетерогенность УО у обследованных пациентов. Единственным общим признаком для всех больных является умственная отсталость. Важно отметить, что среди данной группы больных были как пациенты женского пола (♀) – 9, так и мужского (♂) – 3. Возраст больных колебался от 2-х до 42-х лет, в основном это были дети и подростки от 2-х до 16 лет (11 больных). В 3-х семьях пробандов с выявленными патогенными перестройками диагностированы и другие члены семьи

Таблиця 3

Геномные реорганизации, выявленные у пробандов с УО (CGH-скрининг)

№ про-банда	Тип пер.	Хромосомный участок	Размер т.п.н.	Фенотипический эффект	Патогенез, гены
053A	Dup	Xp22.31 (3 копии)	1431	не выяснен	Новый синдром УО, возможно вовлечены гены HDHD1 (нуклеотидный обмен), STS (обмен стероидных гормонов), PNPLA4 (обмена липидов)
063A	Dup	5p13.3	1039	не патогенный	Новый полиморфизм
071A	Del	2q37.3	17	не патогенный	Частичное перекрытие с патогенными CNV
040B	Dup	11q22.3	1088	не выяснен	Новый полиморфизм
	Dup	11q22.3	1087,5	не патогенный	Известный ранее полиморфизм
050B	Dup	8p23.1-p23.2	694	уточняется	Новый полиморфизм, возможно патогенный
057B	Del	10q26.3-qter	2257	патогенный	Перекрытие с патогенными CNV (44 гена-кандидата)
	Dup	2q35-qter	24378	патогенный	Перекрытие с патогенными CNV (325 генов-кандидатов)
083B	Del	2q37.3	17	не патогенный	Частичное перекрытие с патогенными CNV
088B	Del	2q37.3	17	не патогенный	Частичное перекрытие с патогенными CNV
091B	Dup	Xp22.12-p22.11	39	не выяснен	Новый полиморфизм
	Dup	5p13.3	114	не патогенный	Новый полиморфизм
097B	Del	6pter-p25.3	34	не патогенный	Новый полиморфизм,
	Del	2q37.3	17	не патогенный	Частичное перекрытие с патогенными CNV
112B	Del	Xq28	87	возможно патогенный	Внутри перестройки ген MECP2
119B	Del	2q32.3-q33.1	5013	возможно патогенный	Перекрытие с патогенными CNV
124B	Del	1p36.32-pter	2803	патогенный	Перекрытие с патогенными CNV (74 генов)
143B	Del	19q12	507	не выяснен	Новый полиморфизм, частично перекрывается с патогенными CNV
160B	Del	1p36.13	107	не патогенный	Новый полиморфизм
	Dup	Xp21.1	191	не выяснен	Новый полиморфизм
154P	Del	2q37.3	17	не патогенный	Частичное перекрытие с патогенными CNV
031S	Del	5q15-q22.1	18109	возможно патогенный	Не возможно определить из-за большого размера перестройки
044S	Del	8pter-p23.1	6720	патогенный	Перекрытие с патогенными CNV (26 генов)
	Dup	8p23.1-p21.2	14417	патогенный	Не возможно определить из-за большого размера перестройки
114Z	Del	16p12.2	477	не выяснен	Известный патогенный CNV
136Z	Del	2q37.1-qter	9788	патогенный	Перекрытие с патогенными CNV (103 гена)
	Dup	3q27.3-qter	11523	патогенный	Перекрытие с патогенными CNV (90 генов)
003B *	Dup	12q24.33	249	возможно патогенный	Новый полиморфизм, внутри перестройки ген RIMBP2
022B *	Dup	7p21.1	364	возможно патогенный	Новый полиморфизм, внутри перестройки гены FPA1 и ANKMY2

Примечание: Образцы с «*» проанализированы с использованием 105K-микрочипов, остальные образцы – 44K-микрочипов. Del – делеция, Dup – дупликация

с умственной отсталостью. В одной семье кроме пробанда (003ВЃ) была больная сестра (004ВЃ), во второй - пробанд 022ВЃ и ее мать (023ВЃ), в третьей - пробанд (057ВЃ) и родная тетя пробанда по линии отца (096ВЃ). У 4-х больных отмечалась легкая умственная отсталость (IQ от 58 до 64), у 9 - выраженная умственная отсталость (IQ от 40 до 50). У 6-ти из них преобладало недоразвитие речи. Из других психопатологических симптомов у 3-х больных отмечалась гиперактивность, у 5-ти - аутистические черты в поведении, у 2-х - повышенная агрессивность, у 2-х - апатический синдром, у 1-го - больного судорожный синдром.

Фенотип 2-х из 12-ти больных можно отнести к синдромальной форме умственной отсталости (умственная отсталость сочеталась с врожденными пороками развития и большим количеством стигм дизэмбриогенеза, в том числе и специфических). У пробанда 124В (делеция *1p36.32-pter*; охватывающая 74 гена) отмечался фенотип, подобный синдрому Корнелии де Ланге (-СКЛ), а именно узкий лоб, сросшиеся брови, гипотелоризм, монголоидный разрез глаз, нарушение прикуса и др. Согласно литературным данным, 56% случаев синдрома Корнелии де Ланге являются моногенными формами, обусловленными наличием мутаций в трех генах - *NIPBL*, *SMC1A*, *SMC3*, которые кодируют белки семейства когезинов и располагаются на 5, X и 10 хромосомах соответственно [18]. Что касается остальных 44% - их генетическая природа неизвестна. Важно отметить, что ни один из ранее выявленных генов-кандидатов СКЛ не находится в делетированном участке 1-й хромосомы. Таким образом, есть основания ожидать, что при более детальном молекулярно-генетическом анализе пациентов с фенотипом, подобным фенотипу пациента 124В, а также биоинформационном анализе функций всех генов локуса *1p36.32-pter* удастся установить новые гены, ассоциированные с УО и СКЛ. Например, в зоне делеции, обнаруженной у пробанда 124В, находится, ген *TNFRSF18*, кодирующий белок апоптического каскада, который экспрессируется в тканях головного и спинного мозга. Поэтому нарушения в этом белке могут обуславливать развитие УО. У второго пробанда (057В) (две патогенные делеции *10q2.3-qter* и *2q35-qter*) выраженная УО сочеталась с множественными скелетными дисплазиями (удлиненные конечности, кифоз, сколиоз грудного и поясничного отделов позвоночника, деформация пальцев стоп, гипоплазия ногтевых фаланг пальцев рук) и стигмами дизэмбриогенеза (микроцефальная форма черепа, тригоноцефалия, монголоидный разрез глаз, эпикант, уплощенное переносье, гиперплазия нижней челюсти, асимметричные деформированные ушные раковины). У родной тети этого пробанда, также больной с УО, отмечался аналогичный фенотип. В литературе и известных базах данных фенотипической картины, полностью соответствующей описанной в данной семье, нами найдено не было, за исключением клинического описания пациентов с моносомией 2q37 в базе данных DECIPHER. Далее в статье мы подробно оста-

новимся на этой хромосомной перестройке.

Из остальных 11 больных у 5 не было выявлено врожденных пороков развития и стигм дизэмбриогенеза, у 6 они имелись в разном количестве и сочетании: у 2-х больных по 2 стигмы, у 2-х по 3 стигмы, у 2-х - 6 стигм. Это были: эпикант (у 3-х пробандов), высокое небо (у 4-х пробандов), диспластичные ушные раковины (у 2-х пробандов), антимонголоидный разрез глаз (- у 2-х пробандов), врожденный птоз и страбизм (у 1-го пробанда), микроретрогнатия (у 1-го пробанда), врожденный порок сердца (у 1-го пробанда), подковообразная почка (у 1-го пробанда), крипторхизм (у 1-го пробанда). Специфических стигм дизэмбриогенеза и какой-либо специфической их комбинации, характерной для известного синдрома, выявлено не было.

Следует отметить, что, по результатам анализа базы данных DECIPHER, некоторые из выявленных перестроек не обозначены как патогенные. Эти перестройки не захватывают известных в настоящее время функционально значимых участков генома или были выявлены у условно здоровых индивидов из контрольной группы. Важно, однако, отметить, что для индивидов, образцы ДНК которых в проекте НарМар использованы в качестве контрольной группы, не собрано достаточно медицинских данных для исключения у них патологий (в т.ч. УО). Следовательно, факт выявления геномной реорганизации у индивидов из контрольной группы не может однозначно свидетельствовать в пользу нейтральности («непатогенности») данной перестройки. Поэтому, интересным является тот факт, что у пациентов с УО из 4 неродственных семей из украинской группы, а также у 7-ми пациентов в странах-партнерах проекта (2 из Литвы, 4 из Италии, 1 из России) выявлена одна и та же геномная реорганизация - частичная моносомия по хромосомному участку 2q37.3 размером 17,4 тысяч пар нуклеотидов (-т.п.н.). Общим для всех описанных выше пациентов с делецией 2q37.3 является то, что практически у всех пробандов наблюдалась легкая УО, преимущественное недоразвитие речи, аутистические черты в поведении. Из фенотипических особенностей чаще всего отмечается эпикант, также у всех похожая форма носа с утолщенной спинкой, что нельзя отнести к дизэмбриогенетическим стигмам, но является общей особенностью фенотипа.

На данный момент выявленная реорганизация классифицируется как «не патогенная». Однако следует отметить, что более обширные делеции данного хромосомного региона (около 3 млн.п.н.) являются патогенными. У пациентов с такой моносомией 2q37, по литературным данным, наблюдается различная степень УО в сочетании с лицевым дисморфизмом (круглое лицо, глубокопосаженные глаза, тонкая нижняя губа), с частыми проблемами в поведении, в 50% наблюдается брахиметафалангизм, в некоторых случаях у пациентов имеются врожденные пороки сердца и др. дефекты (<https://decipher.sanger.ac.uk/syndrome/44>). Заслуживает внимания тот факт, что у пациент-

ки, описание которой было приведено выше (057B), была также выявлена обширная делеция 2q35-qter, классифицированная как «патогенная». Данная делеция включает и регион 2q37, и, что важно, клиническая картина заболевания частично совпадает с литературными данными по фенотипам пациентов с моносомией 2q37. Это также может свидетельствовать в пользу функциональной значимости генов хромосомной области 2q37 в патогенезе УО.

Интересно отметить, что делеция 17,4 т.п.н. в локусе 2q37.3, выявленная у наших пациентов, захватывает единственный ген *ATG4B*, кодирующий белок из семейства цистеиновых протеаз, участвующих в процессе внутриклеточной аутофагии, в частности белков-партнеров рецептора гамма-аминомасляной кислоты (нейромедиатора). Логично предположить, что нарушения в гене, кодирующем белок с вышеперечисленными функциями, может быть причиной патогенеза, приводящего к УО. Однако, для подтверждения данной гипотезы необходим детализированный анализ как самой хромосомной перестройки, так и функций продукта гена *ATG4B* на биохимическом уровне.

Выводы

Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что в сложном процессе формирования УО может быть задействован целый спектр генов, участвующих в формировании и функционировании ЦНС (гены нейрорецепторов, нейромедиаторов и т.д.), что свидетельствует о высокой генетической гетерогенности наследственных форм умственной отсталости. Дальнейшие исследования в рамках проекта CHERISH, а также других подобных проектов, проведенные с использованием арсенала новейших молекулярно-генетических методов, таких как полногеномное секвенирование (-Next Generation Sequencing – NGS) позволят более точно выделить гены-кандидаты и конкретные мутации в них, ассоциированные с умственной отсталостью. Это предоставит возможность существенно улучшить диагностику, а, в перспективе, и индивидуализированное лечение пациентов с данной патологией.

Авторы благодарны Dr. C. Graziano, Dr. P. Magini (University of Bologna), а также Dr. P. Patsalis, Dr. J. Hettinger (The Cyprus Institute of Neurology and Genetics) за проведение CGH-скрининга пациентов с УО из Украины.

Данное исследование финансируется Европейским Союзом в рамках 7-й рамочной программы (соглашение № 223692).

Литература:

1. Бичкова Г.М., Лівшиць Г.Б., Лівшиць Л.А., Скибан Г.В., Барилія І.Р., Сопко Н.І., Хажилєнко К.Г., Мозгова О.М Роль мутацій гена інгібіну, генів родини глутатіон-S-трансферази та гена *FMR1* у розвитку деяких форм репродуктивних порушень у жінок// Збірник наукових праць Досягнення і проблеми генетики, селекції та біотехнології, Том1, Київ 2007, С. 410–414.

2. Грищенко Н.В., Малайчук С.Г., Экичан А.Ю., Бычкова А.М., Лівшиць Л.А. Анализ метилирования промоторной области гена *FMR1* у больных с синдромом Мартина-Белла из Украины // Цитология и генетика, 2002, т. 36, № 4, с.53–56.
3. Дружинин В. Психология общих способностей.- С.-Пб.: Психология, 1999. с.117–131.
4. Зінченко О.М., Паламарчук П.В. Динаміка основних показників стану психічного здоров'я населення Херсонської області // Архів психіатрії. 2011. Т17, №1(64). С.31–37.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста.- М.: Медицина, 1989. 607с.
6. Лівшиць Г.Б., Кравченко С.А., Грищенко Н.В., Судомо І.А. Використання методів ДНК-аналіза для діагностики спадкових форм виснаження яєчників // Цитология и генетика. 2005. Т.39 №2 с.60–64.
7. Лівшиць Г.Б., Кравченко С.А., Татарський П.Ф., Судомо І.О., Лівшиць Л.А. Молекулярно-генетичні дослідження порушень природної та стимульованої овуляції // Цитология и генетика. 2000. № 2. с. 63–69.
8. Маниатис Т., Фрич Е.Е., Сэмбрук Ж. Молекулярное клонирование / пер. с англ. А. А. Баева, К.Г. Скрыбина. М.: Мир, 1985. 420 с.
9. Маринчева Г.С., Гаврилов В.И. УО при наследственных болезнях. М.: Медицина. 2002. 412 с.
10. Beckmann J.S., Sharp A.J., Antonarakis S.E. CNVs and genetic medicine (excitement and consequences of a rediscovery) // Cytogenet Genome Res. 2008. V.123. P.7–16.
11. Chelly J., Khelifaoui M., Francis F. et al. Genetics and pathophysiology of mental retardation // Eur. J Hum. Genet. 2006. № 14. P. 701–713.
12. Costa A., Gao L., Carrillo F., Caceres-Redondo M.T. et al. Intermediate alleles at the *FRAXA* and *FRAXE* loci in Parkinson's disease // Parkinsonism Relat Disord. 2011. V.17, N.4. P.281–284.
13. Feuk L., Carson A.R., Scherer S.W. Structural variation in the human genome // Nat. Rev. Genet. 2007. №7. P. 85–97.
14. Kehrer-Sawatzki H., Cooper D. Preface // Cytogenet Genome Res. 2008. V.123. P.5–6.
15. Koolen D.A., Pfundt R., de Leeuw N. et al. Genomic microarrays in mental retardation: a practical workflow for diagnostic applications // Hum. Mutat. 2009. №30. P. 283–292.
16. Kozma, C. & Stock, J. "What is mental retardation." In Smith, R.S. Children with Mental Retardation: A Parent's Guide. Maryland: Woodbine House. 1992.
17. . . The epidemiology of mental retardation: challenges and opportunities in the new millennium // Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2002. V.8, N.3. P.117–34.
18. Liu J., Baynam G. Cornelia de Lange syndrome// Adv Exp Med Biol. 2010. V.685. P.111–123.
19. Patsalis P.C., Sismani C., Hettinger J.A. et al. Frequencies of "grey-zone" and premutation-size *FMR1* CGG-repeat alleles in patients with developmental disability in Cyprus and Canada // Am J Med Genet. 1999. V. 84, N. 3. P.195–201.
20. Raymond F.L., Tarpey P. The genetics of mental retardation // Hum. Mol. Genet. 2008.- V. 15.- Spec № 2. P.110–116.
21. Roelveland N., Zielhuis G.A., Gabreëls F. The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature // Dev Med Child Neurol. 1997. V.39, N.2. P.125–157.
22. Santos C.B., Costa Lima M.A., Pimentel M.M.G. A New PCR Assay Useful for Screening of *FRAXE*/*FMR2* Mental Impairment Among Males // Human Mutation 2001. V.18. P.157–162.
23. Strelnikov V., Nemtsova M., Chesnokova G. et al. A simple multiplex *FRAXA*, *FRAXE* and *FRAXF* PCR assay convenient for wide screening programs.// Human Mutation 1999. N13. p.166–169.
24. van Karnebeek C.D., Jansweijer M.C., Leenders A.G. et al. Diagnostic investigations in individuals with mental retardation: a systematic literature review of their usefulness// Eur J Hum. Genet. 2005. №13. P. 6–25.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕДИФФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ

**А.М. Бичкова, Н.А. Афанасьєва, Е.В. Дубровська, Е.І. Пацкун, Н.О. Зімак- Закутняя,
С.Ю. Логун, А.М. Кучеренко, Н.В. Грищенко, Л.А. Лівшиц**

Представлені результати клініко-генеалогічного, цитогенетичного та молекулярно-генетичного дослідження 113 пацієнтів з 96 родин із різними формами розумової відсталості з України, яке проводилося в рамках міжнародного проекту CHERISH 7-ої рамкової програми. За результатами цитогенетичного дослідження, а також MLPA-аналізу субтеломерних ділянок та CGH-скринінгу виявлено геномні реорганізації у 28 пацієнтів із різними клінічними фенотипами. Отримані результати свідчать про високу генетичну гетерогенність спадкових форм розумової відсталості.

Ключові слова: розумова відсталість, клініко-генеалогічне дослідження, молекулярно-генетичне дослідження, геномна перебудова

MOLECULAR GENETIC STUDY OF PATIENTS WITH NON-DIFFERENTIATION MENTAL RETARDATION

**A. Bychkova, N. Afanasjeva, E. Dubrovskaya, E. Patskyn, N. Zymak-Zakutnaya,
S. Logyush, A. Kycherenko, N. Grischenko, L. Livshits**

The results of clinical, genealogical, cytogenetic and molecular genetic studies of 113 patients from 96 families with different forms of mental retardation from Ukraine are presented. Genome rearrangements were found in 28 patients with different clinical phenotypes using cytogenetic analysis, MLPA analysis of subtelomeric regions and array CGH screening. Obtained results show the strong genetic heterogeneity of hereditary forms of mental retardation.

Keywords: mental retardation, clinical genealogical study, molecular genetics study, genome rearrangement

УДК 616.8-008

І.В. Лазебник

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ, ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЯ, МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ X

Український науково-дослідний інститут соціальної й судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: психосоматичні розлади, тривожні розлади, метаболічний синдром X

Вступ

Багато дослідників пояснюють появу деяких симптомів метаболічного синдрому X та тривоги наявністю гіпервентиляційного синдрому (В.К. Бутейко, М.М. Бутейко, Richard O. Cannon, Paolo G. Camici, Stephen E. Epstein, та інш.), який можна об'єктивізувати завдяки встановленню зниження парціального тиску вуглекислого газу в крові чи альвеолярному повітрі під час загострення симптоматики. Так N. P. Lewis, S. J. Hutchison, N. Willis, A. H. Henderson в своєму дослідженні (1991) виявили зв'язок розвитку метаболічного синдрому з гіпервентиляційним синдромом, гіпервентиляційна проба викликала в них кардіоішемічні зміни на ЕЕГ, характерні для стенокардії напруги.

Гіпервентиляція супроводжується глибокими метаболічними змінами, які проявляються в газовому алкалозі і метаболічному ацидозі. Змінення основних констант гомеостазу викликає поліорганні і полісистемні клінічні порушення: серцево-судинні, шлунково-кишкові, сечостатеві, багато численні порушення з боку центральної та периферичної нервової системи, м'язів. Виникає спазм судин та пролонгована вазоконстрикція. Олужнення крові та мозкової тканини призводить до того, що спорідненість гемоглобіну до кисню збільшується, погіршується дисоціація окси-гемоглобіну, тобто відщеплення кисню від гемоглобіну відбувається з великими труднощами. І навіть при наявності в крові достатньої кількості кисню гемоглобін міцно утримує його і ускладнює перехід до тканин мозку.

Зазначеними зрушеннями кислотно-основного стану пояснюються багато в чому і неспецифічні електрокардіографічні відхилення (переважно в грудних

відведеннях) в клініці, невротичних і псевдоневротических станів: спонтанні добові коливання векторів QRS і Г у межах фізіологічних показників (відповідно до змін афективного статусу хворих), інверсія позитивного зубця Т, депресія сегмента ST і в ряді випадків транзиторні порушення серцевого ритму (аж до мерехтіння передсердь) на висоті емоційної гіпервентиляції. Аналогічні електрокардіографічні порушення відзначаються у цих хворих і після виконання тесту з гіпервентиляції (швидких форсованих вдихів з короткими видихами протягом 30-45 с). Позитивні результати проби з гіпервентиляції і негативні - тесту з дозованим фізичним навантаженням дозволяють думати про психогенний характер електрокардіографічних зрушень. Попередній прийом транквілізаторів перешкоджає зсуву сегмента ST донизу і негативізації зубців Т, що також може бути використано для диференціації електрокардіографічних змін, зумовлених гіпервентиляцією або органічним ураженням серцевого м'яза.

Розуміння ролі емоційного фактора у виникненні та прогресуванні соматичних розладів, а також протилежний процес – виникнення розладів психоемоційної сфери як відповідь на гостре чи хронічне захворювання внутрішніх органів, набуває особливої важливості на сучасному етапі, коли відбувається збільшення частоти межових нервово-психічних розладів у всьому світі. Особливо від цього страждають хворі на хронічні захворювання, які потребують тривалої кваліфікованої медичної допомоги та медикаментозної терапії. В цілому кожен момент психогенні симптоми виявляються у 50% (!) населення. Протягом же всього свого життя з ними стикаються 80-95% пацієнтів, тобто

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕДИФФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ

**А.М. Бичкова, Н.А. Афанасьєва, Е.В. Дубровська, Е.І. Пацкун, Н.О. Зімак- Закутняя,
С.Ю. Логун, А.М. Кучеренко, Н.В. Грищенко, Л.А. Лівшиц**

Представлені результати клініко-генеалогічного, цитогенетичного та молекулярно-генетичного дослідження 113 пацієнтів з 96 родин із різними формами розумової відсталості з України, яке проводилося в рамках міжнародного проекту CHERISH 7-ої рамкової програми. За результатами цитогенетичного дослідження, а також MLPA-аналізу субтеломерних ділянок та CGH-скринінгу виявлено геномні реорганізації у 28 пацієнтів із різними клінічними фенотипами. Отримані результати свідчать про високу генетичну гетерогенність спадкових форм розумової відсталості.

Ключові слова: розумова відсталість, клініко-генеалогічне дослідження, молекулярно-генетичне дослідження, геномна перебудова

MOLECULAR GENETIC STUDY OF PATIENTS WITH NON-DIFFERENTIATION MENTAL RETARDATION

**A. Bychkova, N. Afanasjeva, E. Dubrovskaya, E. Patskyn, N. Zymak-Zakutnaya,
S. Logyush, A. Kycherenko, N. Grischenko, L. Livshits**

The results of clinical, genealogical, cytogenetic and molecular genetic studies of 113 patients from 96 families with different forms of mental retardation from Ukraine are presented. Genome rearrangements were found in 28 patients with different clinical phenotypes using cytogenetic analysis, MLPA analysis of subtelomeric regions and array CGH screening. Obtained results show the strong genetic heterogeneity of hereditary forms of mental retardation.

Keywords: mental retardation, clinical genealogical study, molecular genetics study, genome rearrangement

УДК 616.8-008

І.В. Лазебник

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ, ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЯ, МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ X

Український науково-дослідний інститут соціальної й судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: психосоматичні розлади, тривожні розлади, метаболічний синдром X

Вступ

Багато дослідників пояснюють появу деяких симптомів метаболічного синдрому X та тривоги наявністю гіпервентиляційного синдрому (В.К. Бутейко, М.М. Бутейко, Richard O. Cannon, Paolo G. Camici, Stephen E. Epstein, та інш.), який можна об'єктивізувати завдяки встановленню зниження парціального тиску вуглекислого газу в крові чи альвеолярному повітрі під час загострення симптоматики. Так N. P. Lewis, S. J. Hutchison, N. Willis, A. H. Henderson в своєму дослідженні (1991) виявили зв'язок розвитку метаболічного синдрому з гіпервентиляційним синдромом, гіпервентиляційна проба викликала в них кардіоішемічні зміни на ЕЕГ, характерні для стенокардії напруги.

Гіпервентиляція супроводжується глибокими метаболічними змінами, які проявляються в газовому алкалозі і метаболічному ацидозі. Змінення основних констант гомеостазу викликає поліорганні і полісистемні клінічні порушення: серцево-судинні, шлунково-кишкові, сечостатеві, багато численні порушення з боку центральної та периферичної нервової системи, м'язів. Виникає спазм судин та пролонгована вазоконстрикція. Олужнення крові та мозкової тканини призводить до того, що спорідненість гемоглобіну до кисню збільшується, погіршується дисоціація окси-гемоглобіну, тобто відщеплення кисню від гемоглобіну відбувається з великими труднощами. І навіть при наявності в крові достатньої кількості кисню гемоглобін міцно утримує його і ускладнює перехід до тканин мозку.

Зазначеними зрушеннями кислотно-основного стану пояснюються багато в чому і неспецифічні електрокардіографічні відхилення (переважно в грудних

відведеннях) в клініці, невротичних і псевдоневротических станів: спонтанні добові коливання векторів QRS і Г у межах фізіологічних показників (відповідно до змін афективного статусу хворих), інверсія позитивного зубця Т, депресія сегмента ST і в ряді випадків транзиторні порушення серцевого ритму (аж до мерехтіння передсердь) на висоті емоційної гіпервентиляції. Аналогічні електрокардіографічні порушення відзначаються у цих хворих і після виконання тесту з гіпервентиляції (швидких форсованих вдихів з короткими видихами протягом 30-45 с). Позитивні результати проби з гіпервентиляції і негативні - тесту з дозованим фізичним навантаженням дозволяють думати про психогенний характер електрокардіографічних зрушень. Попередній прийом транквілізаторів перешкоджає зсуву сегмента ST донизу і негативізації зубців Т, що також може бути використано для диференціації електрокардіографічних змін, зумовлених гіпервентиляцією або органічним ураженням серцевого м'яза.

Розуміння ролі емоційного фактора у виникненні та прогресуванні соматичних розладів, а також протилежний процес – виникнення розладів психоемоційної сфери як відповідь на гостре чи хронічне захворювання внутрішніх органів, набуває особливої важливості на сучасному етапі, коли відбувається збільшення частоти межових нервово-психічних розладів у всьому світі. Особливо від цього страждають хворі на хронічні захворювання, які потребують тривалої кваліфікованої медичної допомоги та медикаментозної терапії. В цілому кожен момент психогенні симптоми виявляються у 50% (!) населення. Протягом же всього свого життя з ними стикаються 80-95% пацієнтів, тобто

практично кожна доросла людина знайома з такими симптомами.

Метою дослідження було визначення клініко-психопатологічних особливостей тривожних розладів у пацієнтів з МСХ для підвищення ефективності надання медичної допомоги цій категорії хворих шляхом подальшого удосконалення якості діагностики, лікування та реабілітації.

Матеріал і методи дослідження. Об'єктом дослідження були тривожні розлади у 306 пацієнтів віком від 19 до 79 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у Національному науковому центрі «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеско» АМН України і у профільних відділеннях ДКЛ №1 та ДКЛ №2 ст. Київ. Для визначення клінічних особливостей тривожних розладів пацієнти були розділені на 2 групи. В першу групу ввійшли пацієнти з МСХ (201 особа - основна група), в другу – пацієнти без МСХ (105 осіб – контрольна група). Пацієнти були обстежені за допомогою шкали реактивної тривоги Спілбергера-Ханіна, госпітальної шкали тривоги и депресії (HAD), шкали оцінки якості життя (О.С. Чабан, 2008р.), Торонтської алекситимічної шкали, гіпервентиляційного тесту (Чабан О.С., Хаустова О.О., Лазебник І.В.).

Результати дослідження та їх обговорення. Середній вік обстежених контрольної групи склав 44,6 років, групи з метаболічним синдромом Х – 56,3 років ($p \leq 0,01$).

В обстежених групах (результати наведені в таблиці 1) переважали жінки: в контрольній групі їх кількість складала 65 осіб (61,9 %), в групі пацієнтів з метаболічним синдромом Х 133 особи (66,17 %). В контрольній групі чоловіки були представлені 40 особами (38,1 %), в групі пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 68 особами (33,83 %).

Тривалість захворювання в контрольній групі (результати наведені в таблиці 2) складала 5,42 роки в той час як у пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 15,01 роки.

Такий розподіл хворих був обумовлений переважанням осіб працездатного віку в контингенті контрольної групи стаціонарних хворих всіх відділень, задіяних в дослідженні, та підвищеною соматичною ускладненістю (в тому рахунку і на метаболічний синдром Х) осіб зрілого віку, які складали основну групу, це напряду співвідноситься також з тривалістю тривожних розладів, що має сприяти соматизації тривоги. Дані літератури також вказували на метаболічний синдром Х, як на хворобу зрілого віку, але й відмічали значне «омолодження» розладу з появою його у дітей та підлітків [1].

Статевий розподіл відповідає даним багатьох досліджень про популяційний розподіл пацієнтів з метаболічним синдромом Х, які також свідчать про переважання жінок, особливо в літньому віці після настання менопаузи.

Достовірна різниця в групах за розподілом за статтю також відсутня згідно критеріям формування вибір-

ки осіб для включення до дослідження ($p \leq 0,01$).

Клінічні прояви тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х менш різноманітні, представлені в більшій мірі прихованими соматичною патологією панічними розладами та органічними тривожними розладами (результати наведені в таблиці 3).

В групі з метаболічним синдромом Х за нозологією психічні розлади були представлені панічним розладом [F41.0] – 119 осіб (53,66%), генералізованим тривожним розладом [F41.1] – 52 особи (25,35%), посттравматичним стресовим розладом [F43.1] – 3 особи (1,47%), жахами під час сну [F51.4] – 13 осіб (6,35%); органічним тривожним розладом [F06.4] – 27 осіб (13,17%).

В контрольній групі психічні розлади були представлені тривожно-фобічними розладами [F40] – 5 осіб (4,8%), панічними розладами [F41.0] – 5 осіб (4,8%), генералізованим тривожним розладом [F41.1] – 22 особи (20,95%), змішаним тривожним і депресивним розладом [F41.2] – 19 осіб (18,1%), іншими змішаними тривожними розладами [F41.3] – 23 особи (21,9%), змішаними обсесивними думками та діями [F42.2] – 4 особи (3,8%), посттравматичним стресовим розладом [F43.1] – 1 особа (0,95%), розладами адаптації [F43.2] – 9 осіб (8,6%), соматоформними розладами [F 45] – 7 осіб (6,7%); неврастенією [F48.] – 1 особа (0,95%); жахами під час сну [F51.4] – 1 особа (0,95%); кошмарами [F51.5] – 2 особи (1,8%); органічними тривожними розладами [F06.4] – 6 осіб (5,7%).

За шкалою оцінки якості життя рівень в контрольній групі складав 13,21 бали, в пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 12,94 бали.

Пацієнти (результати наведені в таблиці 5) з метаболічним синдромом Х показали вищий рівень алекситимії – 77,13 балів по зрівнянню з контрольною групою – 70,51 балів ($p < 0,01$). Що вказує на прихованість афекту тривоги при метаболічному синдромі Х соматичними відчуттями.

При верифікації клініко-психопатологічних феноменів психічних та психосоматичних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х було враховано, що алекситимічні особливості психосоматичних пацієнтів можуть деякою мірою маскувати истинну картину тривожних розладів.

За шкалою Спілбергера-Ханіна (результати наведені в таблиці 6) рівень реактивної тривоги в контрольній групі складав у 41,6 балів, в групі пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 51,2 балів; рівень особистісної тривоги складав в контрольній групі 16,1 балів, в групі пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 48,2 балів.

За даними гіпервентиляційного тесту загальний підрахунок середніх балів в контрольній групі склав 6,5 в основній групі пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 12,36 балів, що вказує на ступінь прояву гіпервентиляційного синдрому (дані наведені в таблиці 7).

При проведенні гіпервентиляційної проби (результати наведені в таблицях 8 та 9) у пацієнтів з метаболічним синдромом Х наряду з соматичними ознаками

гіпероксигенації (які мали дуже широкий спектр та інтенсивність) виникали панічні атаки в 83,5 %, у пацієнтів загальної популяції вони виникали в 10,5%, соматичні прояви були також менш виражені та відрізнялись меншим спектром проявів. Так серед пацієнтів основної групи психічні симптоми були представлені тривогою – 201 особа (100%), неспокоєм – 201 особа (100%), збудженням – 71 особа (70,1%), дереалізацією – 113 осіб (56,7%), деперсоналізацією – 114 осіб (57,7%), страхами – 168 осіб (83,5%), зниженням концентрації уваги – 186 осіб (92,8%), погіршенням пам'яті – 153 особи (76,4%), звуженням свідомості – 35 осіб (17,5%), плаксивістю – 58 осіб (28,9%).

Серед пацієнтів контрольної групи психічні симптоми були представлені тривогою – 94 особи (89,5%), неспокоєм – 90 осіб (86%), збудженням – 28 особи (26,7%), дереалізацією – 6 осіб (5,8%), деперсоналізацією – 7 осіб (6,9%), страхами – 11 осіб (10%), зниженням концентрації уваги – 59 особи (56,6%), погіршенням пам'яті – 39 особи (37%), звуженням свідомості – 16 осіб (9,3%), плаксивістю – 16 осіб (15,1%).

Соматичні симптоми серед пацієнтів основної групи були представлені симптомами з боку серця і серцево-судинної системи – 190 осіб (94,8%), з боку верхнього відділу шлунково-кишкового тракту – 155 осіб (77,3%), з боку нижнього відділу шлунково-кишкового тракту – 145 осіб (72,1%), з боку дихальної системи – 126 осіб (62,9%), з боку сечостатевої системи – 99 осіб (49,5%), з боку інших органів і систем – 201 особа (100%).

В контрольній групі соматичні симптоми були представлені симптомами з боку серця і серцево-судинної системи – 63 особи (60,4%), з боку верхнього відділу шлунково-кишкового тракту – 56 осіб (53,5%), з боку нижнього відділу шлунково-кишкового тракту – 27 осіб (25,6%), з боку дихальної системи – 21 особа (19,7%), з боку сечостатевої системи – 17 осіб (16,2%), з боку інших органів і систем – 65 осіб (61,6%).

Під час виконання гіпервентиляційного тесту подібність проявів соматичної та психічної складової гіпервентиляції до симптомів загострення основного розладу відчували 198 осіб (98,5%) основної групи і 74 особи (70,48%) контрольної групи.

Одним з альтернативних підходів в терапії тривожних розладів при неврозах може з'явитися метод впливу на порушення, викликані гіпервентиляційним синдромом. Лікування гіпервентиляційного синдрому носить комплексний характер і спрямоване на корекцію психічних порушень, навчання правильного дихання, усуненню мінерального дисбалансу. Існує дуже багато праць лікування гіпервентиляційного синдрому завдяки дихальним вправам, інгаляції газової суміші J. Meduna , інтервальне нормобаричне гіпоксичне тренування, йогатерапія, дихання по К.П. Бутейко та інші.

Нами було відмічено, що більшість пацієнтів, яким проводилась гіпервентиляційна проба відмічали покращення свого самопочуття (186 осіб –92.54 % з

метаболічним синдромом X та 84 особи – 80 % контрольної групи), зниження напруги та рівня тривоги, супутніх соматичних симптомів в порівнянні із своїм станом до виконання гіпервентиляційної проби (дані наведені в таблиці 11.).

Зазвичай покращення наступало через 5-15 хвилин після виконання гіпервентиляційної проби. Пацієнт поступово навчається відрізняти психічні прояви від соматичних, що суттєво знижує рівень алекситимії.

З досліджуваних, що відчували покращення, до подальшого катамnestичного дослідження згоду дали 30 пацієнтів з метаболічним синдромом X, що склало 14,93 % цієї групи хворих. Це було зумовлено тим, що більшість пацієнтів проживали далеко за межами Києва і не мали можливості в подальшому потрапити на дослідження.

Повторне дослідження проводилось вказаної категорії хворих на тривожні розлади з метаболічним синдромом X через 3 місяці після попереднього. За цей час щоденно пацієнти робили 2 серії гіпервентиляції одна за одною без перерви; двічі на день (вранці і ввечері). Крім того пацієнти приймали лікування, прописане іншими лікарями соматичного профілю та виконували психофармакологічні призначення.

Група пацієнтів на тривожні розлади з метаболічним синдромом X , що виконували дихальні вправи складала 17 жінок та 13 чоловіків віком від 31 до 74 років. Середній вік групи складав 47,9 років.

За шкалою оцінки рівня якості життя на початку дослідження в середньому рівень складав – 12,34 балів, після 3 місяців 16,12 балів (дані наведені в таблиці 12 та діаграмі).

В реабілітаційній групі психічні розлади були представлені панічним розладом – 17 осіб (56,7 %), генералізованим тривожним розладом – 5 осіб (16,65 %), посттравматичним стресовим розладом – 1 особа (3,3 %), жахами під час сну [F51.4]-5 осіб (16,65 %), органічним тривожним розладом – 2 особи (6,7 %), дані наведені в таблиці 13.

При проведенні гіпервентиляційної проби (результати наведені в таблиці 14) на первинному тестуванні виникали панічні атаки в 20 осіб, соматичні симптоми на первинному тестуванні були представлені симптомами з боку серця і серцево-судинної системи – 22 особи, з боку верхнього відділу шлунково-кишкового тракту – 27 осіб, з боку нижнього відділу шлунково-кишкового тракту – 20 осіб, з боку дихальної системи – 19 осіб, з боку сечостатевої системи – 7 осіб, з боку інших органів і систем – 30 осіб, нагадували за своїми проявами загострення основного тілесного захворювання у 22 осіб, психічні симптоми були представлені тривогою –25 осіб, неспокоєм –25 осіб, збудженням – 20 осіб, дереалізацією – 15 осіб, деперсоналізацією – 16 осіб, страхами – 21 особа, зниженням концентрації уваги – 27 осіб, погіршенням пам'яті – 24 особи, звуженням свідомості – 17 осіб, плаксивістю – 11 осіб. Через 3 місяці соматичні симптоми були представлені симптомами з боку серця і серцево-судинної системи –

9 осіб, з боку верхнього відділу шлунково-кишкового тракту – 12 осіб, з боку нижнього відділу шлунково-кишкового тракту – 2 особи (, з боку дихальної системи – 1 особа, з боку сечостатевої системи – 1 особа, з боку інших органів і систем – 22 особи, психічні симптоми були представлені зниженням концентрації уваги – 4 особи, дереалізацією – 3 особи, деперсоналізацією – 3 особи.

На первинному тестуванні реабілітаційна група за даними гіпервентиляційного тесту мала 11,6 балів, через 3 місяці – 2,23 балів, що переконливо свідчить про зникнення гіпервентиляційного синдрому, значне зниження рівня тривожних розладів та пов'язаних з ними вегето-вісцеральних проявів, що складають значну складову метаболічного синдрому Х.

Висновки

1. Метаболічний синдром Х пов'язан з наявністю тривожних розладів, та асоційованного з ними гіпервентиляційного синдрому, які внаслідок довготривалості захворювання поступово викликають соматичні (біохімічні, вегето-вісцеральні, тканинні та органні) зміни.

2. Тяжкість тривожних та соматичних розладів позитивно корелює з тяжкістю гіпервентиляційного синдрому, а їх патоморфоз полягає у збільшенні вегето-вісцеральних розладів, алекситимії, тривоги, маскованої цими феноменами.

3. Психопатологічні прояви тривожних розладів при метаболічному синдромі Х мають вищий ступінь ніж у соматично здорових та носять в більший мірі пароксизмальний характер, але ці прояви масковані вегето-вісцеральними симптомами, тому кваліфікуються в рамках соматичних розладів, тому для підвищення якості діагностики на клінічному дослідженні доцільно використовувати гіпервентиляційну пробу (яка не потребує додаткових засобів, проста у виконанні, дешева, та може використовуватись навіть безпосередньо в кабінеті при первинному дослідженні лікарем-інтерністом) для виявлення прихованих соматич-

ними розладами симптомів тривоги та пов'язаних з ними вегето-вісцеральних розладів.

4. Соматичні симптоми у пацієнтів з метаболічним синдромом Х, переважно вегето-вісцерального характеру, тісно пов'язані з тривожними розладами та наявністю гіпервентиляційного синдрому.

5. Наявність гіпервентиляційного синдрому в складі метаболічного синдрому Х обумовлює резистентність пацієнтів до стандартної соматичної, та психіатричної терапії.

6. Гіпервентиляційні вправи з наступною затримкою дихання є найбільш простим, дешевим та ефективним засобом корекції гіпервентиляційного синдрому та пов'язаних з ним тривожних розладів та метаболічного синдрому Х.

7. Корекція гіпервентиляційних розладів покращує не тільки психічний, але й соматичний стан пацієнтів з метаболічним синдромом Х.

8. Доцільним є застосування комплексної реабілітації з психосоматичною терапією та корекцією гіпервентиляційного синдрому, яка сприяє адекватній соціалізації з покращенням соматичного самопочуття, задоволенню лікуванням і підвищенням якості життя пацієнтів.

Література:

1. Хаустова О.О., Хмелевська О.В. Застосування інтегративної психотерапії в лікуванні пацієнтів з метаболічним синдромом Х // *Наук. Вісн. НМУ ім. О.О. Богомольця*. – 2006. – №4. – С. 195-199
2. Хаустова О.О. Метаболічний синдром Х (психосоматичний аспект). – К.: Мед книга, 2009. – 125 с.
3. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник. – Київ: ТОВ „ДСГ Лтд”. – 2004. – 96 с.
4. Теория Бутейко о роли дыхания в здоровье человека : научное введение в метод Бутейко для специалистов / В.К. Бутейко, М.М. Бутейко. . Воронеж : ООО "Общество Бутейко", 2005. . 100 с.,
5. Hyperventilation: is it a cause of panic attacks? G. Hibbert and D. Pilbury University of Oxford, Department of Psychiatry, The Royal College of Psychiatrists Warneford Hospital, Headington. *The British Journal of Psychiatry* 155: 805-809 (1989)

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ Х

И.В. Лазебник

Было исследовано 201 человек с метаболическим синдромом Х и 105 человек без признаков метаболического синдрома Х (контрольная группа). В ходе исследования было обнаружена тесная связь тревожных расстройств у пациентов с метаболическим синдромом с наличием гипервентиляционного синдрома, их высокую выраженность и длительность по сравнению с контрольной группой. Научно обоснован, разработан и внедрен способ диагностики тревожных расстройств, и функциональный способ терапии тревожных расстройств путем воздействия на гипервентиляционный синдром.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, тревожные расстройства, метаболический синдром Х

ANXIETY DISORDERS, HYPERVENTILATION, METABOLIC SYNDROME X

I.V. Lazebnyk

Was studied 201 people with metabolic syndrome X, and 105 people without signs of metabolic syndrome X (control group). The study found a close relationship of anxiety disorders in patients with metabolic syndrome with the presence of hyperventilation syndrome, their high intensity and duration compared with the control group. Scientifically based, developed and implemented a method for the diagnosis of anxiety disorders, and functional method of treatment of anxiety disorders by affecting the hyperventilation syndrome.

Keywords: psychosomatic disorders, anxiety disorders, metabolic syndrome X

УДК 616.123-007.64-089+616.89-008-07

О.М. Дзюба, О.В.Бушинська, К.І. Тарновецька, В.П.Кардашов, А.Ю. Лагутін
РІВЕНЬ КОГНІТИВНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ
В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
м. Київ

Ключові слова: когнітивна сфера, емоційна сфера, експериментально-психологічне дослідження

У сучасних умовах здоров'я виступає як показник якості життя і політичного стану країни. Під здоров'ям нації розуміється кінцевий результат політики держави, що дає можливість громадянам ставитися до свого здоров'я як до неминучої самоцінності, як до основи продовження здорового роду, збереження і вдосконалення трудового потенціалу, як до розвитку генофонду, творчих і духовних начал у людині. Сьогодні в умовах гострої соціально-економічної кризи різко скоротився потенціал здоров'я та розвитку населення України, яке живе в стані довго триваючого соціального та психоемоційного стресу [1; 2].

Рівень здоров'я населення України, обумовлений кризовими явищами в економіці, політиці тощо, розглядається як не задовільний. Про це свідчить зростання рівня смертності (особливо серед працездатних осіб), значна інвалідизація, скорочення народжуваності, значні параметри захворюваності. Зокрема, за останні десять років в Україні на 40% зросла смертність і від серцево-судинних захворювань. Від серцевих недуг помирають майже 500 тисяч українців [3]. Цю вкрай негативну динаміку доповнюють дані Інституту кардіології: 22 мільйони українців страждають від серцево-судинних захворювань, а це майже половина населення. Серед факторів ризику – вік, спадковість, стиль життя і належність до «сильної статі». [4]. Як підкреслюють все більше науковців, важливою причиною все більшого поширення серцево-судинних захворювань (ССЗ) та самогубств є психосоціальні фактори (зокрема, соціальний стрес) [5; 6]. Підкреслимо, що смертність від психічних та психосоматичних захворювань є важливим індикатором соціально-економічної ситуації суспільства.

Результатом гострого та хронічного емоційного стресу можуть бути також і різноманітні порушення вищої нервової діяльності та багато, так званих, психосоматичних захворювань (вегето-судинна дистонія, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, аритмії, виразкова хвороба, цукровий діабет та інші) [Н.Е. Бачеріков, 1995]. Це відбувається із-за того, що емоційно стресовий стан супроводжується одночасними глибокими зрушеннями в багатьох фізіологічних системах (кровообігу, травлення, нейроендокринній системі та ін.), що призводить до розладів емоційної і когнітивної сфери.

Зауважимо, що розвиток когнітивної сфери – це не лише практично значима проблема, пов'язана з підвищення ефективності професійної підготовки спеціалі-

стів. Перш за все, це проблема розуміння природи здатності людини до навчання і цей її широкий науково-теоретичний зміст робить проблему актуальною в умовах сучасної культури. Наприклад, дослідження когнітивної сфери важливі для розв'язання питань про те, як протистояти наростаючому відчуженню людини від лавини знань, що постійно ускладнюються, як попередити відставання темпів індивідуальної соціалізації і навчання від прискореного росту об'єму наукових і технічних знань. Безпосередньо для психології вивчення когнітивної сфери допомагає розв'язати одну з центральних теоретичних проблем — взаємозв'язку навчання і розвитку людини [9].

При характеристиці когнітивних порушень (КП) використовують поняття «когнітивні функції». Під цим терміном прийнято розуміти найбільш складні функції головного мозку, за допомогою яких здійснюються процеси пізнання світу. До когнітивних функцій відносяться: пам'ять, гнозис, мова, праксис та інтелект [7].

Порушення когнітивних функцій включають в себе патологію короткотривалої та довготривалої пам'яті, зниження уваги та її концентрації, уповільнення психомоторної реакції [8]. Високий рівень мнестичної функції поєднується, за звичай, з більш рівномірним розвитком різноманітних процесів і видів пам'яті, що не виключає значних індивідуальних відмінностей. Градаційні оцінки пам'яті в чоловіків, у тій чи іншій мірі, вище оцінок пам'яті жінок. Багатофункціональні когнітивні порушення, тобто афазія, агнозія, амнезія або апраксія, за звичай, зустрічаються при локальних ураженнях тих чи інших відділів кори головного мозку. У той же час, більшість прогресуючих захворювань головного мозку або судинної природи супроводжується поліфункціональними когнітивними розладами і одночасним пригніченням декількох (або всіх) когнітивних функцій. Відповідно до класифікації академіка РАМН М.М. Яхно (2005), виділяють: важкі, помірні і легкі когнітивні порушення [10].

Важкими когнітивними порушеннями (ВКП) називають моно- або поліфункціональні розлади когнітивних функцій, які призводять до повної або часткової втрати незалежності і самостійності пацієнта [11].

Помірні когнітивні порушення (ПКП) представляють собою моно- або поліфункціональні розлади когнітивних функцій, які можуть призводити до труднощів у складних і незвичних для пацієнта ситуаціях [12]. Пацієнт з ПКП більш уразливий при будь-яких стресах, важко перемикається на новий об'єкт уваги і

види діяльності, відчуває труднощі при збереженні і забуванні інформації.

Легкі когнітивні порушення (ЛКП) – визначаються у випадку зниження однієї або декількох когнітивних функцій в порівнянні з початковим, більш високим рівнем (індивідуальною нормою). ЛКП не впливають на побутову, професійну і соціальну діяльність.

Мета нашого дослідження – вивчити стан емоційної та когнітивної сфери у осіб молодого віку.

Матеріали та методи дослідження. Нами (за інформованої згоди пацієнтів) було проведено скринінгове дослідження когнітивної і емоційної сфери 45 чоловіків (у віці від 19 до 35 років), середній вік склав $26 \pm 6,1$, з них 15 чоловіків, люди різних професій, з різним соціальним, сімейним статусом. Обстеження включало тестування за такими методиками:

- дослідження когнітивних функцій за допомогою Mini Mental State Examination;
- дослідження запам'ятовування за допомогою 10 слів (за О.Р. Лурією) ;
- дослідження уваги за методикою числового квадрату;
- тест реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна ;
- шкала оцінки тривоги та депресії HADS ;
- визначення рівня невротизації в балах (за К.Хеком и Х.Хессом).

Дослідження проводилось на базі науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження представлені в таблиці 1. Серед обстеженої групи осіб гострих психічних порушень не спостерігалось. Для виключення деменції проводилось дослідження за допомогою опитувальника MMSE (скороченно з англ. mini mental state examination), яке спрямовано на виявлення грубих когнітивних порушень.

Всі обстежені набрали більше 24 балів, що свідчить про інтелектуальну збереженість (середній показник склав $30,1 \pm 11,37$).

За методикою А. Лурії ми визначили рівень запам'ятовування, що склав $7,95 \pm 1,78$ слів, та рівень утримання, що склав $7,71 \pm 1,02$ слів (при літературній нормі 7-10 слів).

Методика числового квадрату допомогла оцінити об'єм розподілення та переключення уваги. Цей показник пов'язаний з успішною діяльністю у багатьох професіях. Точність, швидкість реагування - середній показник склав $13,7 \pm 5,03$ чисел (при нормі не менше 10 чисел).

Шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна представляє собою надійний та інформативний метод для виміру тривожності як властивості особистості і як стану, в якій не будь певний момент. Середній показник реактивної тривоги склав $42,3 \pm 23,57$, особистісної тривоги $40,6 \pm 21,28$ (при літературній нормі від 31 до 45 балів).

За допомогою госпітальної шкали тривоги та шкали депресії HADS визначили рівень тривоги $9,62 \pm 2,11$, депресія $8,53 \pm 1,2$ (при літературній нормі 0-7,8-10 - субклінічна тривога/депресія).

Було також визначено рівень невротизації досліджуваних (за К.Хеком и Х.Хессом): середній показник склав $8,04 \pm 1,69$, що свідчить про відсутність будь-яких натяків на ймовірність розвитку неврозу у досліджуваних цього віку.

Отримані результати дослідження дають можливість зробити наступні **висновки**:

У всіх обстежених не виявлено грубих порушень когнітивної сфери. У (10% - 4,5) відмічається зниження короткотривалої та довготривалої пам'яті. Відзначається дещо підвищений рівень реактивної тривоги у (17% - 37,7) обстежених. Тривожно-депресивний фон спостерігається у (40% - 88,9) досліджуваних, які проходили тестування.

Таблиця 1

№	Назва тесту	Показники	Вся група	
1	Mini Mental State Examination	Кількість балів	$30,1 \pm 11,37$	
2	10 слів (за О.Р. Лурією)	Кількість чисел	Кількість слів, відтворених після 5 проб	$7,95 \pm 1,78$
			Кількість слів, відтворених через 30 хв	$7,71 \pm 1,02$
3	Методика числового квадрату	Кількість чисел	$13,7 \pm 5,03$	
4	Тест реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна	Кількість балів	Реактивна тривога	$42,3 \pm 23,57$
			Особистісна тривога	$40,06 \pm 21,28$
5	Шкала оцінки тривоги та депресії HADS	Кількість балів	Тривога	$9,62 \pm 2,11$
			Депресія	$8,53 \pm 1,2$
6	Визначення рівня невротизації в (за К.Хеком и Х.Хессом)	Кількість балів	$8,047 \pm 1,69$	

Отже, постає питання: що може спровокувати низький рівень мнестичних функцій, високу тривожність та наявність тривожно-депресивного фону? Суспільство, новітні технології, економічна та соціальна кризи чи просто небажання індивідуума розвиватись в таких умовах?

Стресові ситуації можуть спровокувати і тривожні розлади, де тривога відіграє домінуючу роль. Можливі панічні атаки аж до розвитку психозів. Тривожність - це застережливий сигнал або наслідок небезпеки, що насувається, коли людина вимушена вжити заходів, щоб подолати її. Страх - також застережливий сигнал, який відрізняється від тривоги. Страх є реакцією на небезпеку відому, зовнішню чи визначену. Тривога - це реакція на небезпеку невідому, внутрішню, чи неявну. Стресовий стан може провокувати й такі розлади настрою, як субдепресивні й депресивні стани. Більшість клініцистів вважають, що життєві події грають первинну або принципову роль у розвитку депресії.

Важливу роль у стані психічного здоров'я суспільства становить, психічне здоров'я молодого покоління, зокрема, його особистісно-динамічні особливості. Оцінка мнестичного та емоційного фону у молодого покоління є чутливим маркером для впровадження психопрофілактичних робіт в рамках соціального-психіатричного підходу до проблеми покращення здоров'я та працездатності населення України.

Література:

1. Н.Коваленко, Н. Шестюк /Серце під загрозою». Дві третини смертей в Україні - через серцево-судинні хвороби / Суспільство, 2010, с 4-5 .
2. Веселова Н.В. Организация медико_психологической службы в структуре кардиологического диспансера //5 Всероссийский съезд кардиологов , Челябинск-Москва, 1996 – С.35.
3. Руководство по кардиологии / Под ред.В.Н. Коваленко. – К. – 2008. 220с.
4. Н.Коваленко, Н. Шестюк Серце під загрозою. Дві третини смертей в Україні – через серцево-судинні хвороби // Суспільство. –2010. – С.4-5.
5. Бойко Ю.П. Влияние психических и психосоматических заболеваний на смертность населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины – 2003-№4-С.17-19.
6. Никоненко В.А. Динамическая оценка выраженности не психотических психических расстройств у больных гипертонической болезнью // Украинський вісник психоневрології .- Харків, 1999. Т.7, вип.3(21) – С.90-93.
7. Васильева Н.Ю., Жаринов О.И., Кузь В.А., Еланинцев О.А. / Диагностика когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией / Украинський кардіологічний журнал 5/2009. с.91.
8. Ефимова Н.Ю., Чернышов В.И., Ахмедова Ш.Д. // Когнитивные функции и перфузия головного мозга у больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования / Грудная и сердечнососудистая хирургия, №6, 2002. с.47-48.
9. Сепкань А.А. Наукові засади педагогічного процесу у вищій школі. — К.: НПУ, 2000. — 210с.
10. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике //Неврологический журнал – 2006. – №1 – С.4-12.
11. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушение памяти – М: Гэотар – 2003. – С.150.
12. Локишина А.Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии //Неврол. Журнал – 2006. – №1. – С.57–64.

УРОВЕНЬ КОГНИТИВНОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА

А.Н. Дзюба, О.В. Бушинская, К.И. Тарновецкая, В.П.Кардашев, А.Ю. Лагутин

В статье рассматриваются когнитивные и эмоциональные особенности людей молодого возраста от 19 до 35 лет, которые проживают в Киеве в условиях экономического кризиса. После тестирования определяются такие показатели как: тревожность, депрессия, мнестические функции.

Ключевые слова: когнитивная сфера, эмоциональная сфера, экспериментально-психологическое исследование

THE LEVEL OF COGNITIVE AND EMOTIONAL STATE AMONG YOUNG AGE PERSONS IN CONDITIONS OF SOCIAL CRISIS

A. Dzuba, O. Bushinskaya, K. Tarnovetskaya, V. Kardashev, A. Lagutin

The article deals with cognitive and emotional characteristics of young age people from 19 to 35 years old who reside in Kiev in conditions of crisis. After testing are defined such indicators as: anxiety, depression, mnesic functions.

Keywords: cognitive domain, emotional sphere, the experimental-psychological research

УДК 616.5+616.98-022.7

И.А. Бабюк, А.В. Яковленко, О.Е. Шульц, О.Г. Студзинский РОЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН¹

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: психические факторы, сексуальные расстройства, мужчины

Исследования ученых указывают на многочисленные причины возникновения копулятивной дисфункции у мужчин. Эти причины можно разделить на 2 большие группы – психогенные и органические. При-

чем в клинической практике нередко у пациентов сексуальные нарушения вследствие соматических заболеваний сопровождаются функциональными нарушениями нервной системы, как результат действия условно-

¹ Статья публикуется в авторской редакции

Отже, постає питання: що може спровокувати низький рівень мнестичних функцій, високу тривожність та наявність тривожно-депресивного фону? Суспільство, новітні технології, економічна та соціальна кризи чи просто небажання індивідуума розвиватись в таких умовах?

Стресові ситуації можуть спровокувати і тривожні розлади, де тривога відіграє домінуючу роль. Можливі панічні атаки аж до розвитку психозів. Тривожність - це застережливий сигнал або наслідок небезпеки, що насувається, коли людина вимушена вжити заходів, щоб подолати її. Страх - також застережливий сигнал, який відрізняється від тривоги. Страх є реакцією на небезпеку відому, зовнішню чи визначену. Тривога - це реакція на небезпеку невідому, внутрішню, чи неявну. Стресовий стан може провокувати й такі розлади настрою, як субдепресивні й депресивні стани. Більшість клініцистів вважають, що життєві події грають первинну або принципову роль у розвитку депресії.

Важливу роль у стані психічного здоров'я суспільства становить, психічне здоров'я молодого покоління, зокрема, його особистісно-динамічні особливості. Оцінка мнестичного та емоційного фону у молодого покоління є чутливим маркером для впровадження психопрофілактичних робіт в рамках соціального-психіатричного підходу до проблеми покращення здоров'я та працездатності населення України.

Література:

1. Н.Коваленко, Н. Шестюк /Серце під загрозою». Дві третини смертей в Україні - через серцево-судинні хвороби / Суспільство, 2010, с 4-5 .
2. Веселова Н.В. Организация медико_психологической службы в структуре кардиологического диспансера //5 Всероссийский съезд кардиологов , Челябинск-Москва, 1996 – С.35.
3. Руководство по кардиологии / Под ред.В.Н. Коваленко. – К. – 2008. 220с.
4. Н.Коваленко, Н. Шестюк Серце під загрозою. Дві третини смертей в Україні – через серцево-судинні хвороби // Суспільство. –2010. – С.4-5.
5. Бойко Ю.П. Влияние психических и психосоматических заболеваний на смертность населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины – 2003-№4-С.17-19.
6. Никоненко В.А. Динамическая оценка выраженности не психотических психических расстройств у больных гипертонической болезнью // Украинський вісник психоневрології .- Харків, 1999. Т.7, вип.3(21) – С.90-93.
7. Васильева Н.Ю., Жаринов О.И., Кузь В.А., Еланинцев О.А. / Диагностика когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией / Украинський кардіологічний журнал 5/2009. с.91.
8. Ефимова Н.Ю., Чернышов В.И., Ахмедова Ш.Д. // Когнитивные функции и перфузия головного мозга у больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования / Грудная и сердечнососудистая хирургия, №6, 2002. с.47-48.
9. Сепкань А.А. Наукові засади педагогічного процесу у вищій школі. — К.: НПУ, 2000. — 210с.
10. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике //Неврологический журнал – 2006. – №1 – С.4-12.
11. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушение памяти – М: Гэотар – 2003. – С.150.
12. Локишина А.Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии //Неврол. Журнал – 2006. – №1. – С.57–64.

УРОВЕНЬ КОГНИТИВНОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА

А.Н. Дзюба, О.В. Бушинская, К.И. Тарновецкая, В.П.Кардашев, А.Ю. Лагутин

В статье рассматриваются когнитивные и эмоциональные особенности людей молодого возраста от 19 до 35 лет, которые проживают в Киеве в условиях экономического кризиса. После тестирования определяются такие показатели как: тревожность, депрессия, мнестические функции.

Ключевые слова: когнитивная сфера, эмоциональная сфера, экспериментально-психологическое исследование

THE LEVEL OF COGNITIVE AND EMOTIONAL STATE AMONG YOUNG AGE PERSONS IN CONDITIONS OF SOCIAL CRISIS

A. Dzuba, O. Bushinskaya, K. Tarnovetskaya, V. Kardashev, A. Lagutin

The article deals with cognitive and emotional characteristics of young age people from 19 to 35 years old who reside in Kiev in conditions of crisis. After testing are defined such indicators as: anxiety, depression, mnesic functions.

Keywords: cognitive domain, emotional sphere, the experimental-psychological research

УДК 616.5+616.98-022.7

И.А. Бабюк, А.В. Яковленко, О.Е. Шульц, О.Г. Студзинский РОЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН¹

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: психические факторы, сексуальные расстройства, мужчины

Исследования ученых указывают на многочисленные причины возникновения копулятивной дисфункции у мужчин. Эти причины можно разделить на 2 большие группы – психогенные и органические. При-

чем в клинической практике нередко у пациентов сексуальные нарушения вследствие соматических заболеваний сопровождаются функциональными нарушениями нервной системы, как результат действия условно-

¹ Статья публикуется в авторской редакции

рефлекторных раздражителей, а также внешнего и запредельного торможения. Длительность гонад находится под непосредственным влиянием гипоталамуса и гипофиза. Регулирующая роль нервной системы и гипоталамических центров осуществляется не только нейрогенным, но и гуморальным путем через секрецию гипофиза, гормоны которого стимулируют функцию яичек и половую функцию в целом. Нарушение этих сложных корреляций в результате патологических изменений ведет к различным сексуальным расстройствам [2;7].

По данным различных авторов соотношение между психогенными и соматогенными копулятивными нарушениями могут составлять от 1:7 до 20:1, причем даже у тех больных, у которых при проведении комплексного исследования органов и систем была выявлена большая вероятность органической природы нарушений половой функции, обнаруживалось и наличие различной степени выраженности психологического компонента [1]. Отсюда, нередко при разборе клинического случая выяснение вопроса о том, какие факторы – ситуационные, конституциональные либо органические – оказывают основное влияние на возникновение и проявление патологического симптомокомплекса, может быть предположительным. Всегда необходимо учитывать их возможную комбинацию при разработке тактики лечения больного.

Понимание удельного веса психического и соматического важно при изучении сексологических и сексопатологических проблем в связи с тем, что они включают не только клинические особенности (гормональные и сосудистые изменения, урологические аспекты, половую конституцию и т.п.), психические факторы (психосексуальное развитие, полоролевое поведение, личностные особенности человека и др.), но и социальную сферу – ментальные, социально-культурные особенности и пр. [1].

На сексуальную функцию могут оказывать неблагоприятное влияние любого рода стрессы, эмоциональные расстройства или пренебрежение физиологией и гигиеной половой жизни [2]. Нередко, боязнь неудачи, возникшая у мужчины после единичного эпизода нарушения эрекции по различным причинам, закрепляясь по механизму фиксации, может привести к длительному расстройству сексуальной функции. Дизритмия половой жизни при этом сбивает биологический ритм физиологических отправок, формированию застойных явлений в половых органах, нарушению кровообращения, обмена веществ, гормональному дисбалансу.

Сексуальная дисфункция может длиться с начала половой жизни или развиваться после периода нормального функционирования. Она может быть генерализованной или ситуационной (т.е. ограничиваться определенным партнером или определенной ситуацией), тотальной либо парциальной.

Соматогенные нарушения обусловлены либо отчетливой органической патологией, или патофизиологическим процессом. При этом на фоне эпизодов сексу-

альной несостоятельности у мужчин всегда наслаиваются в большей или меньшей степени психо-эмоциональные расстройства [4].

При нарушениях психосоматической этиологии играют роль специфические и неспецифические стрессы. Специфический стресс определяется как специфический личностный или бессознательный конфликт, обуславливающий нарушения процесса гомеостатического равновесия, который влияет на психосоматическое расстройство. С другой стороны, хронический неспецифический стресс с различной степенью тревожности обнаруживает физиологические нарушения у генетически предрасположенных субъектов (алекситимных).

В настоящее время считается установленным факт, что «психическое» (например, отрицательные эмоции) воздействует на «соматическое» не непосредственно, а через вегетативные и эндокринные процессы: 1) пароксизмальные вегетативные расстройства (колебания артериального давления, нарушения сердечного ритма, ощущение нехватки воздуха, одышка, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, гипогидроз, расстройства терморегуляции, мочеиспускания и пр.); 2) эндокринные нарушения (тиреотоксические проявления, колебания уровня сахара и т.п.). Этот синдром А.П.Вейн (1992) предлагает обозначить как «психовегетативный», так как наряду с перечисленными проявлениями при нем обычно наблюдаются и эмоциональные нарушения (тревога, страх, снижение настроения, повышенная утомляемость, нарушения сна).

Истоки сексуальных нарушений у мужчин при невротических состояниях сводятся не только к внезапным или сильным аффектам в связи с экстремальными ситуациями, но и к повседневным эмоциональным перегрузкам. Решающим патогенетическим фактором развития копулятивной дисфункции нередко являются частые волнения и огорчения, тревоги и житейские заботы, нарушения режима работы и отдыха, хронические психотравмирующие ситуации в семье и производственной сфере обстоятельства, затрагивающие важнейшие аспекты существования. При этом невротическое состояние может быть обусловлено не только сигналами, символизирующими потерю, угрозу или унижение, но и прямым, непосредственным неудовлетворением потребностей человека, что теснейшим образом связано с многочисленными оттенками эмоций, характеризующих индивидуальность.

Отличительным признаком невротических синдромов с непосредственным поражением сексуальной сферы является концентрация основной симптоматики на стыке произвольной и непроизвольной иннервации. Этиология системных расстройств множественна, и в сочетании различных предрасполагающих и пусковых факторов определенная роль принадлежит социальным и физиогенным воздействиям (например, таким как систематическое переутомление). Нередко у молодых людей решающее значение приобретает психогения, которая в ряде случаев выступает в вербализованной форме, в других – воспринимается «бессловесно» (отталкивающая

подробность туалета, запахи, звуки, интонации, жесты, которые могут истолковываться как пренебрежение и т.п.). В некоторых случаях сексуальная психотравматизация приобретает хронический характер [1].

Среди наиболее общих патогенетических механизмов (парабиоз при астеноневротических синдромах и формирование комплексов травмированного сознания со стойкой фиксацией переживаний на сексуальной сфере при тревожно-фобических синдромах) выделяются характерные черты:

1) нарушения естественного соответствия между навязываемым половой сфере уровнем функционирования и свойственным ей индивидуальным ритмом, определяемым возрастными конституциональными характеристиками, а также условиями жизни;

2) функциональная блокировка произвольных механизмов вегетативной иннервации, провоцируемая вмешательством существующих стереотипов.

О вторичном вовлечении сексуальной сферы в картину невротических расстройств говорит формирование половых нарушений на фоне недостаточной сексуальной адаптации супружеской пары, вызванных непосредственно развитием невротического состояния. При этом важными предрасполагающими патогенетическими факторами являются:

а) слабая половая конституция;

б) заболевания, ослабляющие нейрогуморальную составляющую копулятивного цикла;

в) динамическая фаза сексуальной эволюции индивида;

г) личностные особенности, а именно акцентуации характера, субъективная значимость нормальных колебаний сексуальности, объем информации об основных сексуальных проявлениях;

д) особенности патогенной ситуации в сфере и вне сферы семейных отношений, дисгармония межличностных и сексуальных отношений в браке.

Многочисленные исследования указывают, что инфекция в мочеполовых органах не является этиологическим фактором, вызывающим сексуальные расстройства, а косвенно влияет на половую функцию в результате сопутствующих заболеванию осложнений (коликулиты, простатиты, орхоэпидидимиты, репродуктивные нарушения) [5]. На это указывает достаточно большой процент урологических больных молодого и среднего возраста с различными сексуальными расстройствами. Причем, последние нельзя рассматривать как следствие только локальных изменений в половых органах; необходимо учитывать состояние других органов и нервно-психической сферы больного (преморбидных особенностей личности и индивидуальной реакции на имеющееся заболевание) [4].

В последние десятилетия в развитых странах мира отмечается рост бесплодных браков. При изучении влияния инфертильности мужчин (нередко как следствие хронических воспалительных процессов органов мочеполовой сферы) на поведение и отношение супругов, в связи с дисстрессом и развитием проблемного брака, чувства дискомфорта, безысходности часто

ассоциируются с психическими и сексуальными проблемами бесплодных супружеских пар [5;6]. При этом влияние на психику подобных пациентов носит комплексный характер и находится в зависимости от многочисленных факторов.

В зарубежных публикациях (А.Бонев, 1995 и др.) психоневротические расстройства у пациентов, страдающих негонококковыми уретритами, могут встречаться у 4/5 пациентов. В то же время, И.И.Ильин (1991) у мужчин с неспецифическим уретритом невротические реакции (реактивный неврастенический синдром с явлениями депрессии, истерия, психастения) выявлялись лишь у 6% из них. Следует отметить, что по данным отечественных авторов частота психо-эмоциональных расстройств у больных воспалительными заболеваниями мочеполовых органов заметно ниже, возможно потому, что венерологи и урологи уделяют этой проблеме недостаточное внимание. Тогда, как В.Д.Тополянский и др. (1986) подчеркивает, что депрессивно-ипохондрические расстройства и ипохондрическое развитие личности с реальным, а подчас и воображаемым венерическим и андрологическим заболеванием в анамнезе (с патологической фиксацией на определенной области), с жалобами на неприятные и тягостные ощущения в различных участках тела, прежде всего в половых органах, пользуются печальной известностью в психиатрии [1].

По нашим наблюдениям из числа пациентов в возрасте от 28 до 45 лет, страдающих уретропростатитами различной этиологии продолжительностью от 2 до 7 лет у 37,6% имелись те или иные расстройства от невротического уровня до субпсихотического. При этом из 136 больных с сексуальными нарушениями преобладающий соматоформный фактор был выявлен у 19,4%, психосоматический – у 30,6%.

По данным Тополянского В.Д. и др. (1986), не менее чем у 25% лиц с соматическими проблемами значительную роль в клинической картине играют невротические черты, но более 30% больных, обращающихся с соматическими жалобами к врачу, составляют практически здоровые лица, нуждающиеся лишь в известной коррекции эмоционального состояния [1]. Отсутствие выраженных морфологических изменений внутренних органов обрекает значительное количество людей, страдания которых обусловлено исключительно или преимущественно эмоциональными перегрузками, на бесконечные скитания по больницам с мнимыми заболеваниями.

Вышеизложенное говорит о сложности этиопатогенетических процессов развития сексуальной дисфункции у мужчин, важной роли патогенных психических и соматических факторов (которые в одних случаях являются этиологическими, в других – патогенетическими), формирующих порочный круг и усугубляющих течение заболевания. Это дает основание о дифференцированном подходе к комплексному лечению сексуальных расстройств у мужчин с обязательным включением психокоррекции.

Литература:

1. Бабюк И.А. Психические и соматические расстройства в нарушении сексуального здоровья.-Д.:Донецчина, 2001.-216 с.
2. Бабюк И.А., Цветкова П.Д., Федотов В.П. и др. Диагностика и лечение нарушений эрекции: Метод. Рекомен.-Д.:Zydus cadila, 2003.-40 с.
3. Бабюк И.А., Рымарь И.Б., Цыба И.В. и др. Лечение и реабилитация больных с психотическими и соматопсихическими расстройствами // Архив клинич. и эксперим. медицины.- 2003.-Т. 12.- № 2 (-прил.).-С. 44.
4. Бабюк И.А., Шамраев С.Н., Шульц О.Е. и др. Коррекция соматопсихических расстройств при заболеваниях предстательной железы // Міжнар. психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал.- 2008.- № 2.- С. 28-30.
5. Цветков Д., Цветкова П., Бабюк И. и др. Современные подходы к лечению больных хроническим простатитом // Міжнар. вісник медицини.- 2009.-Т.2.-№ 1-2.-С. 38-40.
6. Babiuk I., Venkov G., Shamrayev S. Epidemiology and calcification of the prostatitis // Andrologia.-2009.-T.18.-N 1.-P. 12-14.
7. Babiuk I. Diagnostic and modern therapy of dysfunction // Andrologia.-2006.-N 4.-S.15-17.

РОЛЬ ПСИХІЧНИХ ТА СОМАТИЧНИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЧОЛОВІКІВ

І.О. Бабюк, О.В. Яковленко, О.Є. Шульц, О.Г.Студзінський

Вказано на психічні та соматичні чинники, які впливають на формування копулятивної дисфункції у чоловіків. Доведено необхідність враховувати їх співвідношення для подальшої корекції. Обґрунтовано необхідність застосування в комплексному лікуванні психокорекції.

Ключові слова: психічні фактори, сексуальні розлади, чоловіки

ROLE PSYCHIC AND SOMATIC FACTORS IN MEN'S SEXUAL DISORDERS

I.A. Babiuk, A.V. Yakovlenko, O.Ye. Shultz, O.G. Studzinsky

The fact of the psychological and somatic factors in copulative disorders men's have been detected too. The necessity of application psychocorrection (deprivox, mertastadin) and basic treatment.

Keywords: mental factors, sexual disorders, man

УДК 616.5+616.98-022.7

И.А. Бабюк¹, А.В. Яковленко¹, П.Д. Цветкова², С.Г. Ушенин¹, С.И. Найденко¹
КОРРЕКЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ И УРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У
ПАЦИЕНТОВ С КОПУЛЯТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ³

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького¹Институт экспериментальной морфологии, патологии и антропологии БАН, Болгария²

Ключевые слова: коррекция, психопатологическая и урологическая симптоматика, копулятивная дисфункция

Фундаментальные исследования отечественных ученых указывают на многочисленные причины возникновения копулятивной дисфункции у мужчин. В целом эти причины можно разделить на 2 большие группы – психогенные и органические. Причем в клинической практике нередко у пациентов сексуальные нарушения вследствие соматических заболеваний сопровождаются функциональными нарушениями нервной системы, как результат действия условно-рефлекторных раздражителей, а также внешнего и запредельного торможения. Длительность гонад находится под непосредственным влиянием гипоталамуса и гипофиза. Регулирующая роль нервной системы и гипоталамических центров осуществляется не только нейрогенным, но и гуморальным путем через секрецию гипофиза, гормоны которого стимулируют функцию яичек и половую функцию в целом. Нарушение этих сложных корреляций в результате патологических изменений ведет к различным сексуальным расстройствам [2;7].

По данным различных авторов соотношение между психогенными и соматогенными копулятивными нарушениями могут составлять от 1:7 до 20:1, причем даже у тех больных, у которых при проведении комплексно-

го исследования органов и систем была выявлена большая вероятность органической природы нарушений половой функции, обнаруживалось и наличие различной степени выраженности психологического компонента [1]. Отсюда, нередко при разборе клинического случая выяснение вопроса о том, какие факторы – ситуационные, конституциональные либо органические – оказывают основное влияние на возникновение и проявление патологического симптомокомплекса, может быть предположительным. Всегда необходимо учитывать их возможную комбинацию при разработке тактики лечения больного.

Понимание удельного веса психического и соматического важно при изучении сексологических и сексопатологических проблем в связи с тем, что они включают не только клинические особенности (гормональные и сосудистые изменения, урологические аспекты, половую конституцию и т.п.), психические факторы (психосексуальное развитие, полоролевое поведение, личностные особенности человека и др.), но и социальную сферу – ментальные, социально-культурные особенности и пр. [1].

На сексуальную функцию могут оказывать неблагоприятное влияние любого рода стрессы, эмоциональ-

³ Статья публикуется в авторской редакции

Литература:

1. Бабюк И.А. Психические и соматические расстройства в нарушении сексуального здоровья.-Д.:Донецчина, 2001.-216 с.
2. Бабюк И.А., Цветкова П.Д., Федотов В.П. и др. Диагностика и лечение нарушений эрекции: Метод. Рекомен.-Д.:Zydus cadila, 2003.-40 с.
3. Бабюк И.А., Рымарь И.Б., Цыба И.В. и др. Лечение и реабилитация больных с психотическими и соматопсихическими расстройствами // Архив клинич. и эксперим. медицины.- 2003.-Т. 12.- № 2 (-прил.).-С. 44.
4. Бабюк И.А., Шамраев С.Н., Шульц О.Е. и др. Коррекция соматопсихических расстройств при заболеваниях предстательной железы // Міжнар. психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал.- 2008.- № 2.- С. 28-30.
5. Цветков Д., Цветкова П., Бабюк И. и др. Современные подходы к лечению больных хроническим простатитом // Міжнар. вісник медицини.- 2009.-Т.2.-№ 1-2.-С. 38-40.
6. Babiuk I., Venkov G., Shamrayev S. Epidemiology and calcification of the prostatitis // Andrologia.-2009.-T.18.-N 1.-P. 12-14.
7. Babiuk I. Diagnostic and modern therapy of dysfunction // Andrologia.-2006.-N 4.-S.15-17.

РОЛЬ ПСИХІЧНИХ ТА СОМАТИЧНИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЧОЛОВІКІВ**І.О. Бабюк, О.В. Яковленко, О.Є. Шульц, О.Г.Студзінський**

Вказано на психічні та соматичні чинники, які впливають на формування копулятивної дисфункції у чоловіків. Доведено необхідність враховувати їх співвідношення для подальшої корекції. Обґрунтовано необхідність застосування в комплексному лікуванні психокорекції.

Ключові слова: психічні фактори, сексуальні розлади, чоловіки

ROLE PSYCHIC AND SOMATIC FACTORS IN MEN'S SEXUAL DISORDERS**I.A. Babiuk, A.V. Yakovlenko, O.Ye. Shultz, O.G. Studzinsky**

The fact of the psychological and somatic factors in copulative disorders men's have been detected too. The necessity of application psychocorrection (deprivox, mertastadin) and basic treatment.

Keywords: mental factors, sexual disorders, man

УДК 616.5+616.98-022.7

И.А. Бабюк¹, А.В. Яковленко¹, П.Д. Цветкова², С.Г. Ушенин¹, С.И. Найденко¹
КОРРЕКЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ И УРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У
ПАЦИЕНТОВ С КОПУЛЯТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ³

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького¹Институт экспериментальной морфологии, патологии и антропологии БАН, Болгария²

Ключевые слова: коррекция, психопатологическая и урологическая симптоматика, копулятивная дисфункция

Фундаментальные исследования отечественных ученых указывают на многочисленные причины возникновения копулятивной дисфункции у мужчин. В целом эти причины можно разделить на 2 большие группы – психогенные и органические. Причем в клинической практике нередко у пациентов сексуальные нарушения вследствие соматических заболеваний сопровождаются функциональными нарушениями нервной системы, как результат действия условно-рефлекторных раздражителей, а также внешнего и запредельного торможения. Длительность гонад находится под непосредственным влиянием гипоталамуса и гипофиза. Регулирующая роль нервной системы и гипоталамических центров осуществляется не только нейрогенным, но и гуморальным путем через секрецию гипофиза, гормоны которого стимулируют функцию яичек и половую функцию в целом. Нарушение этих сложных корреляций в результате патологических изменений ведет к различным сексуальным расстройствам [2;7].

По данным различных авторов соотношение между психогенными и соматогенными копулятивными нарушениями могут составлять от 1:7 до 20:1, причем даже у тех больных, у которых при проведении комплексно-

го исследования органов и систем была выявлена большая вероятность органической природы нарушений половой функции, обнаруживалось и наличие различной степени выраженности психологического компонента [1]. Отсюда, нередко при разборе клинического случая выяснение вопроса о том, какие факторы – ситуационные, конституциональные либо органические – оказывают основное влияние на возникновение и проявление патологического симптомокомплекса, может быть предположительным. Всегда необходимо учитывать их возможную комбинацию при разработке тактики лечения больного.

Понимание удельного веса психического и соматического важно при изучении сексологических и сексопатологических проблем в связи с тем, что они включают не только клинические особенности (гормональные и сосудистые изменения, урологические аспекты, половую конституцию и т.п.), психические факторы (психосексуальное развитие, полоролевое поведение, личностные особенности человека и др.), но и социальную сферу – ментальные, социально-культурные особенности и пр. [1].

На сексуальную функцию могут оказывать неблагоприятное влияние любого рода стрессы, эмоциональ-

³ Статья публикуется в авторской редакции

ные расстройства или пренебрежение физиологией и гигиеной половой жизни [2]. Нередко, боязнь неудачи, возникшая у мужчины после единичного эпизода нарушения эрекции по различным причинам, закрепляясь по механизму фиксации, может привести к длительному расстройству сексуальной функции. Дизритмия половой жизни при этом сбивает биологический ритм физиологических отправлений, формированию застойных явлений в половых органах, нарушению кровообращения, обмена веществ, гормональному дисбалансу.

Сексуальная дисфункция может длиться с начала половой жизни или развиваться после периода нормального функционирования. Она может быть генерализованной или ситуационной (т.е. ограничиваться определенным партнером или определенной ситуацией), тотальной либо парциальной.

Соматогенные нарушения обусловлены либо отчетливой органической патологией, или патофизиологическим процессом. При этом на фоне эпизодов сексуальной несостоятельности у мужчин всегда наслаиваются в большей или меньшей степени психо-эмоциональные расстройства [4].

При нарушениях психосоматической этиологии играют роль специфические и неспецифические стрессы. Специфический стресс определяется как специфический личностный или бессознательный конфликт, обуславливающий нарушения процесса гомеостатического равновесия, который влияет на психосоматическое расстройство. С другой стороны, хронический неспецифический стресс с различной степенью тревожности обнаруживает физиологические нарушения у генетически предрасположенных субъектов (алекситимных).

В настоящее время считается установленным факт, что «психическое» (например, отрицательные эмоции) воздействует на «соматическое» не непосредственно, а через вегетативные и эндокринные процессы: 1) пароксизмальные вегетативные расстройства (колебания артериального давления, нарушения сердечного ритма, ощущение нехватки воздуха, одышка, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, гипогидроз, расстройства терморегуляции, мочеиспускания и пр.); 2) эндокринные нарушения (тиреотоксические проявления, колебания уровня сахара и т.п.). Этот синдром А.П.Вейн (1992) предлагает обозначить как «психовегетативный», так как наряду с перечисленными проявлениями при нем обычно наблюдаются и эмоциональные нарушения (тревога, страх, снижение настроения, повышенная утомляемость, нарушения сна).

Истоки сексуальных нарушений у мужчин при невротических состояниях сводятся не только к внезапным или сильным аффектам в связи с экстремальными ситуациями, но и к повседневным эмоциональным перегрузкам. Решающим патогенетическим фактором развития копулятивной дисфункции нередко являются частые волнения и огорчения, тревоги и житейские заботы, нарушения режима работы и отдыха, хронические психотравмирующие ситуации в семье и производственной сфере обстоятельства, затрагивающие важ-

нейшие аспекты существования. При этом невротическое состояние может быть обусловлено не только сигналами, символизирующими потерю, угрозу или унижение, но и прямым, непосредственным неудовлетворением потребностей человека, что теснейшим образом связано с многочисленными оттенками эмоций, характеризующих индивидуальность.

Отличительным признаком невротических синдромов с непосредственным поражением сексуальной сферы является концентрация основной симптоматики на стыке произвольной и непроизвольной иннервации. Этиология системных расстройств множественна, и в сочетании различных предрасполагающих и пусковых факторов определенная роль принадлежит социальным и физиогенным воздействиям (например, таким как систематическое переутомление). Нередко у молодых людей решающее значение приобретает психогения, которая в ряде случаев выступает в вербализованной форме, в других – воспринимается «бессловесно» (отталкивающая подробность туалета, запахи, звуки, интонации, жесты, которые могут истолковываться как пренебрежение и т.п.). В некоторых случаях сексуальная психотравматизация приобретает хронический характер [1].

Среди наиболее общих патогенетических механизмов (парабиоз при астеноневротических синдромах и формирование комплексов травмированного сознания со стойкой фиксацией переживаний на сексуальной сфере при тревожно-фобических синдромах) выделяются характерные черты:

1) нарушения естественного соответствия между навязываемым половой сфере уровнем функционирования и свойственным ей индивидуальным ритмом, определяемым возрастными конституциональными характеристиками, а также условиями жизни;

2) функциональная блокировка непроизвольных механизмов вегетативной иннервации, провоцируемая вмешательством существующих стереотипов.

О вторичном вовлечении сексуальной сферы в картину невротических расстройств говорит формирование половых нарушений на фоне недостаточной сексуальной адаптации супружеской пары, вызванных непосредственно развитием невротического состояния. При этом важными предрасполагающими патогенетическими факторами являются:

- а) слабая половая конституция;
- б) заболевания, ослабляющие нейрогуморальную составляющую копулятивного цикла;
- в) динамическая фаза сексуальной эволюции индивида;
- г) личностные особенности, а именно акцентуации характера, субъективная значимость нормальных колебаний сексуальности, объем информации об основных сексуальных проявлениях;
- д) особенности патогенной ситуации в сфере и вне сферы семейных отношений, дисгармония межличностных и сексуальных отношений в браке.

Многочисленные исследования указывают, что инфекция в мочеполовых органах не является этиологическим фактором, вызывающим сексуальные рас-

стройства, а косвенно влияет на половую функцию в результате сопутствующих заболеванию осложнений (колликулиты, простатиты, орхоэпидидимиты, репродуктивные нарушения) [5]. На это указывает достаточно большой процент урологических больных молодого и среднего возраста с различными сексуальными расстройствами. Причем, последние нельзя рассматривать как следствие только локальных изменений в половых органах; необходимо учитывать состояние других органов и нервно-психической сферы больного (преморбидных особенностей личности и индивидуальной реакции на имеющееся заболевание) [4].

В последние десятилетия в развитых странах мира отмечается рост бесплодных браков. При изучении влияния инфертильности мужчин (нередко как следствие хронических воспалительных процессов органов мочеполовой сферы) на поведение и отношение супругов, в связи с дисстрессом и развитием проблемного брака, чувства дискомфорта, безысходности часто ассоциируются с психическими и сексуальными проблемами бесплодных супружеских пар [5;6]. При этом влияние на психику подобных пациентов носит комплексный характер и находится в зависимости от многочисленных факторов.

В зарубежных публикациях (А.Бонев, 1995 и др.) психоневротические расстройства у пациентов, страдающих негонококковыми уретритами, могут встречаться у 4/5 пациентов. В то же время, И.И.Ильин (1991) у мужчин с неспецифическим уретритом невротические реакции (реактивный неврастенический синдром с явлениями депрессии, истерия, психастения) выявлялись лишь у 6% из них. Следует отметить, что по данным отечественных авторов частота психо-эмоциональных расстройств у больных воспалительными заболеваниями мочеполовых органов заметно ниже, возможно потому, что венерологи и урологи уделяют этой проблеме недостаточное внимание. Тогда, как В.Д.Тополянский и др. (1986) подчеркивает, что депрессивно-ипохондрические расстройства и ипохондрическое развитие личности с реальным, а подчас и воображаемым венерическим и андрологическим заболеванием в анамнезе (с патологической фиксацией на определенной области), с жалобами на неприятные и тягостные ощущения в различных участках тела, прежде всего в половых органах, пользуются печальной известностью в психиатрии [1].

По нашим наблюдениям из числа пациентов в возрасте от 28 до 45 лет, страдающих уретропростатитами различной этиологии продолжительностью от 2 до 7 лет у 37,6% имелись те или иные расстройства от невротического уровня до субпсихотического. При этом из 136 больных с сексуальными нарушениями преобладающий соматоформный фактор был выявлен у 19,4%, психосоматический – у 30,6%.

По данным Тополянского В.Д. и др. (1986), не менее чем у 25% лиц с соматическими проблемами значительную роль в клинической картине играют невротические черты, но более 30% больных, обра-

щающихся с соматическими жалобами к врачу, составляют практически здоровые лица, нуждающиеся лишь в известной коррекции эмоционального состояния [1]. Отсутствие выраженных морфологических изменений внутренних органов обрекает значительное количество людей, страдания которых обусловлено исключительно или преимущественно эмоциональными перегрузками, на бесконечные скитания по больницам с мнимыми заболеваниями.

Вышеизложенное говорит о сложности этиопатогенетических процессов развития сексуальной дисфункции у мужчин, важной роли патогенных психических и соматических факторов (которые в одних случаях являются этиологическими, в других – патогенетическими), формирующих порочный круг и усугубляющих течение заболевания. Это дает основание о дифференцированном подходе к комплексному лечению сексуальных расстройств у мужчин с включением психотропных препаратов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Степень их селективности по влиянию на систему обратного захвата серотонина и мощность данного эффекта существенно различаются, что определяет различия в клиническом спектре. Одним из наиболее безопасных и наиболее селективных лекарственных средств СИОЗС, со своеобразным клинико-фармакологическим спектром является Депривокс (флувоксамин).

Отличия депривокса от других препаратов данной группы проявляются в его исключительно высокой селективности, мощности ингибирующего эффекта в отношении обратного захвата серотонина, выраженности анксиолитического действия в связи со способностью устранять гиперчувствительность постсинаптических серотониновых рецепторов – 5-НН2с-типа, т.е. влиять непосредственно на одни из основных нейрхимических механизмов развития тревожных и депрессивных состояний. Особо следует подчеркнуть благоприятное влияние депривокса на процессы нейропластичности и нейрогенез в гиппокампе и медиодоральной зоне коры головного мозга. Депривокс (флувоксамин) назначается по 50 мг однократно в вечернее время. При недостаточном эффекте и при отсутствии явлений индосинкразии через 7 дней можно повысить до 100 мг. Длительность приема до 2 месяцев.

Наши наблюдения при оценке динамики скорости наступления клинического эффекта показали достоверный положительный ответ ($p < 0,05$) уже на 7 день применения препарата. Наиболее высокий темп редукции симптоматики отмечался с 1 по 3 неделю терапии.

При этом нивелировались элементы депрессии, отчетливо уменьшалась выраженность не только ситуационно провоцированных тревожных опасений и сомнений, но и генерализованной тревоги во всех её проявлениях, наиболее отчетливо в субъективно дискомфортном для больных когнитивном компоненте. Сочетание соматотрегулирующего и мягкого активирующего действия способствовало терапевтическому эффекту в отношении вегетативной лабильности и соматоформной симптома-

тики, что проявилось уже на 2-3 недели терапии в виде отсутствия жалоб на соматическое неблагополучие (плохой сон, сердцебиение, гипергидроз, раздражительную слабость, недостаточную эрекцию, быструю эякуляцию и др.). Наблюдение за пациентами в течение полугода показало высокую эффективность препарата депривокс (флувоксамин) и стабильность улучшения состояния пациентов при амбулаторном лечении.

При затяжных формах инсомнии и выраженных тревожно-депрессивных нарушениях мы использовали антидепрессант миртастадин (миртазапин), влияющего на различные рецепторные структуры ЦНС. Препарат избирательно блокирует альфа-2-ауто- и гетероадренорецепторы, а также серотониновые 5-HT-2 и 5-HT-3-рецепторы, что обеспечивает механизм реализации тимоаналитического и анксиолитического эффектов, наиболее значимых с точки зрения фармакотерапии депрессий.

Клинические наблюдения указывают на высокую терапевтическую эффективность данного норадренергического и селективного серотонинергического антидепрессанта при коррекции нарушений сна, фобических и тревожно-депрессивных расстройств, при клинических формах, резистентных и традиционной терапии.

Миртастадин, в отличие от препаратов других групп, лишен кардиотоксичности, реже вызывает желудочно-кишечные расстройства, предупреждает развитие сексуальной дисфункции у мужчин (снижение либидо, аноргазмия, ускоренную эякуляцию), что часто является причиной отказа пациентом от продолжения приема других антидепрессантов. Препарат назначали перед сном в дозе 15 мг, с последующим её титрованием.

При соматоформных расстройствах для ускорения редукции психоэмоциональных нарушений на фоне осложненных форм простатита (сопутствующих копулятивных и репродуктивных дисфункций) местно назначают ректальные суппозитории Витапрост и Витапрост-форте (Нижфарм-STADA). Основным действующим веществом препарата является (сампрост), который обладает органотропным действием в отношении предстательной железы и представляющий комплекс полипептидных фракций, выделенных из простаты половозрелого крупного скота. По своим характеристикам Витапрост эффективно воздействует на основные звенья в патогенезе хронического простатита: обладает иммуномодулирующими свойствами, улучшает микроциркуляцию и процесс дифференцировки

клеток предстательной железы, нормализует её секреторную функцию, способствует подавлению и элиминации микроорганизмов из сектора, уменьшает инфильтрацию интерстициальной ткани, явлений тромбоза, нормализует соотношение лейкоцитов и липоидных телец в секрете ацинусов железы.

Благодаря своим уникальным свойствам, курсовое назначение препарата (по 1 свече ректально на ночь) в течение 1-2 мес. улучшает качество эякулята (увеличение объема, снижение вязкости, увеличение лецитиновых зёрен) и существенно влияет на подвижность сперматозоидов, что важно для стабилизации репродуктивной функции. Этому также способствует повышение потенции у мужчин (интенсивность либидо, качество эрекции, эякуляции и оргазма). Суппозитории «Витапрост форте» выпускаются с двойной дозировкой действующего вещества, что усиливает и пролонгирует лечебный эффект.

Таким образом, сочетанное действие антидепрессантов органотропных полипептидных фракций нормализует функцию предстательной железы и психический статус пациентов, благоприятствует исчезновению урологической симптоматики, восстановлению репродуктивной и копулятивной функций у мужчин, повышает качество жизни пациента, гармонические отношения в семье и с окружающими. Назначение антидепрессантов (депривокс, миртастадин) целесообразно во всех случаях сексуальных расстройств психогенного и соматогенного происхождения.

Литература:

1. Бабюк И.А. Психические и соматические расстройства в нарушении сексуального здоровья. -Д.:Донецчина, 2001.-216 с.
2. Бабюк И.А., Цветкова П.Д., Федотов В.П. и др. Диагностика и лечение нарушений эрекции: Метод. Рекоменд.-Д.:Zydus cadila, 2003.- 40 с.
3. Бабюк И.А., Рымарь И.Б., Цыба И.В. и др. Лечение и реабилитация больных с психотическими и соматопсихическими расстройствами // Архив клинич. и эксперим. медицины.- 2003.-Т. 12.- № 2 (-прил.).-С. 44.
4. Бабюк И.А., Шамраев С.Н., Шульц О.Е. и др. Коррекция соматопсихических расстройств при заболеваниях предстательной железы // Міжнар. психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал.- 2008.- № 2.- С. 28-30.
5. Цветков Д., Цветкова П., Бабюк И. и др. Современные подходы к лечению больных хроническим простатитом // Міжнар. вісник медицини.- 2009.-Т.2.-№ 1-2.-С. 38-40.
6. Babiuk I., Venkov G., Shamrayev S. Epidemiology and calcification of the prostatitis // Andrologia.-2009.-Т.18.-N 1.-P. 12-14.
7. Babiuk I. Diagnostic and modern therapy of dysfunction // Andrologia.-2006.-N 4.-S.15-17.

КОРЕКЦІЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ ТА УРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З КОПУЛЯТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

І.О. Бабюк, О.В. Яковленко, П.Д. Цветкова, С.Г. Ушенин, С.І. Найденко

Вказано на психічні та соматичні чинники, які впливають на формування копулятивної дисфункції у чоловіків. Доведено необхідність враховувати їх співвідношення для подальшої корекції. Обґрунтовано необхідність застосування антидепресантів (депривокс, мертастадин) та локальної терапії (вітапрост, вітапрост форте) для корекції копулятивних розладів психічного та соматичного генезу у чоловіків.

Ключові слова: корекція, психопатологічна і урологічна симптоматика, копулятивна дисфункція

CORRECTION OF COPULATIVE DYSFUNCTIONS MEN'S WITH PSYCHOPATHOLOGICAL AND UROLOGICAL SYMPTOMS

I.A. Babiuk, A.V. Yakovlenko, P.D. Tzvetkova, S.G. Ushenin, S.I. Naydenko

The fact of the psychological and somatic factors in copulative disorders men's have been detected too. The necessity of application antidepressant drugs (deprivox, vitaprost forte) of the patient with psychic and somatic copulative disfunctions.

Keywords: correction, psychopathology and urological symptomatology, copulative disfunction

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

І.А. Марценковський

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

Відділ медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: розлади спектру аутизму, реабілітація, метилфенидат, рїсперїдон, атомоксетин

Діагностична категорія розладів загального (первазивного) розвитку -розладів спектру аутизму (РСА) в МКХ-10 об'єднує ознакосклади, які характеризуються якісними порушеннями спілкування, соціальної взаємодії, обмеженими інтересами і стереотипними формами поведінки. До РСА відносять інфантильний аутизм (синдром Каннера), первазивний розлад з якісними порушеннями соціальної реципрокності чи комунікації, або з обмеженим набором стереотипних форм поведінки, інтересів і занять, включаючи помірну та важку розумову відсталість з рисами аутизму і гіперкінетичною симптоматикою (атиповий аутизм), синдром Аспергера. Міжнародна класифікація психічних і поведінкових розладів 10-го перегляду (МКПР-10) до РСА також відносить дезінтегративний психічний розлад і синдром Ретта.

Тяжкість РСА визначається тяжкістю порушень соціально-адаптивної поведінки і когнітивного функціонування, які можуть варіювати в широкому діапазоні. Тим не менше, навіть високофункціональні аутисти протягом усього життя зберігають дефіцит соціальної компетентності і, як правило, не можуть існувати незалежно.

Аутизм зустрічається в усіх країнах світу, його поширеність не залежить від расової приналежності, етнічного складу населення, рівня матеріального благополуччя суспільства і соціального середовища.

Відповідно до інтегральних оцінок, поширеність аутизму становить - 1-2 на 1000 для аутизму і близько 6 на 1000 для РСА [1]. Проте, за деякими експертними оцінками, ці цифри можуть недооцінювати справжню поширеність РСА [2], зокрема поширеність загального розладу розвитку неуточненого (PDD-NOS згідно з діагностичними критеріями DSM-IV) оцінюється, як 3,7 на 1000, синдрому Аспергера, як 0,6 на 1000 [3]. Кількість зареєстрованих випадків аутизму різко зросла в 1990-х і на початку 2000-х років. Це збільшення в основному пов'язують з переглядом діагностичних критеріїв РСА і успіхами психоосвітньої роботи на макросоціальному рівні. Проте наявні данні не виключають можливості того, що справжня поширеність аутизму зросла [4].

Методи лікування аутизму розроблені недостатньо. Рання медико-соціальна реабілітація вважається ефективною формою терапії [5, 6, 7, 8]. Основними задачами терапії вважаються: нав'язування дитині комуніка-

ції, у тому числі полегшеної, усунення порушень перцепції, розвиток дрібної моторики, розвиток пізнавальних процесів, стимулювання розвитку емоційної когніції і соціальної перцепції, формування навичок соціального функціонування.

В відділі медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології обсяг втручань при наданні медико-соціальної реабілітації дітям хворим на аутизм та їх родинам стандартизовано, як по формах, так і по тривалості інтервенцій.

Ми пропонуємо родинам, що мають дитину хвору на аутизм програму медико-соціальної реабілітації, розраховану на щоденні терапевтичні інтервенції тривалістю 3–4 години (18–30 годин протягом тижня). Стандартний обсяг медико-соціальної реабілітації включає поетапне, а в разі потреби комбіноване проведення декількох реабілітаційних тренінгів. Ми виділяємо: а) тренінги сенсорної стимуляції та інтеграції, б) спеціалізовані когнітивні тренінги (загальної перцепції, наслідувальної діяльності, шкільних навичок), б) бихевіоральні тренінги, спрямовані на елімінацію небажаних форм поведінки, в) тренінги соціального функціонування (соціальної перцепції, емоційної когніції, елементарних навичок соціального функціонування (прийому їжі, особистої гігієни, спілкування з однолітками, використання побутових приладів, поведіння в класі і т.д.)). При необхідності (відсутності експресивної мови на перших її етапах розвитку) ми пропонуємо використовувати елементи методик альтернативної комунікації (полегшену комунікацію, ярлики, піктограми).

Переважну частину щоденних вправ з дитиною згідно з розробленою в УНДІ ССПН моделлю допомоги мають робити батьки. Складання, коректування індивідуальних програм медико-соціальної реабілітації дітей, навчання батьків технікам проведення тренінгів проводяться раз на 6 місяців під час тижневих реабілітаційних курсів співробітниками відділу медико-соціальних проблем терапії психічних УНДІ ССПН.

На першому етапі терапії дитини з розладами спектру аутизму основною задачею є усунення наслідків впливу психопатологічних розладів на психомоторний розвиток дитини.

Основними формами психосоціального втручання при роботі з наслідком психопатологічних розладів ми

вважаємо: а) нав'язування контакту з дитиною, б) подолання нейрофізіологічних порушень перцепції методами сенсорної стимуляції та інтеграції, в) вироблення уміння привертати увагу до елементів навколишнього середовища, особливо до соціальних стимулів, що є необхідним елементом процесу навчання, г) елімінацію патологічних, насамперед агресивних, форм поведінки за допомогою дитячо-батьківської поведінкової терапії, д) роботу з експресивною мовою, е) напрацювання уміння наслідувати іншим, ж) навчання грі іграшками відповідно їх призначенню, з) формування комунікативних навичок.

Сенсорна стимуляція та інтеграція забезпечуються при проведенні стимуляційних секвенцій — комплексів вправ, спрямованих на подолання порушень сенсорного сприйняття та зменшення частоти та інтенсивності аутоstimуляцій. Сенсорні секвенції плануються на підставі сенсорної діагностики індивідуально для кожної дитини. До секвенції вводяться тренінгові вправи, націлені на всі основні форми сприйняття: тактильне (стимуляція кистей рук, стіп, обличчя і ротової порожнини, поверхні тіла); зорове (вправи в затемненій кімнаті, стимуляція зору за допомогою яскравих предметів, локалізованих випромінювачів світла); нюхове (презентація різких і слабких нюхових подразників, у залежності від виду порушення чутливості: гіпо- чи гіперчутливості); вестибулярне (повороти тулубу, голови, перекиди, стрибки на пружній поверхні); смакове (презентація смакових подразників); пропріоцептивне (стимуляція глибокого суглобного почуття). Особливе значення має стимуляція слуху через поширеність у дітей із загальними порушеннями розвитку «тинітусів» — вушних шумів чи підвищеної слухової чутливості на окремі різновиди подразників.

Стимуляційні секвенції батьки мають проводити 2-3 рази на день. Зміст секвенцій потрібно переглядати щомісяця. Цю роботу проводить психолог, що має спеціальну підготовку з питань сенсорної інтеграції. При плануванні сенсорних секвенцій на наступних етапах реабілітації тренінгові вправи потрібно ускладнювати, вводити нові різновиди подразників.

При появі можливості привертання та принаймні нетривалого утримання зорової уваги дитини потрібно починати відпрацьовувати навички виконання нею простих інструкцій, а у секвенцію додатково вводити елементи когнітивного тренінгу (інформаційні біти, вправи на дужу моторику, зорово-моторну координацію, наслідування).

На другому етапі терапії дитини з розладами спектру аутизму метою лікування має бути досягнення максимального рівня когнітивного і соціального функціонування, забезпечення можливості самостійного існування.

Психосоціальне втручання на цьому етапі медико-соціальної реабілітації передбачає: а) діагностику рівня пізнавального функціонування і послідовне ускладнення навчання від секвенцій з окремими когнітивними вправами через додаткові реабілітаційно-педагогічні тренінги до індивідуальних навчальних програм, б)

вироблення комунікативних навичок, в) трансформацію навичок використання допомоги в самостійну діяльність, г) вироблення альтернативних форм взаєморозуміння при відсутності експресивної мови, д) формування окремих навичок соціальної взаємодії.

Когнітивні тренінги на цьому етапі медико-соціальної реабілітації проводяться батьками хворих дітей по індивідуальній програмі у вигляді щоденних коротких занять тривалістю 15–20 хв. При необхідності призначаються додаткові (1–2 рази на тиждень) індивідуальні заняття з фахівцями-дефектологами.

Завдання когнітивних тренінгів для дітей спектру аутизму мають бути індивідуальними відповідно до рівня їх когнітивного функціонування. На більш низькому рівні заняття мають бути спрямовані на розвиток наслідування, перцепції, дужої і дрібної моторики. При більш високому рівні когніції до тренінгів включаються вправи на розвиток зорово-рухової координації, пізнавальних функцій і мови. Вищому рівню складності, доступному лише частині дітей, відповідають тренінги емоційної когніції і соціальної перцепції. Ці тренінги мають на меті навчання дитини розумінню своїх і звернених емоцій: розумінню схематично зображених емоцій, градації почуттів, зв'язку емоцій із соціальними ситуаціями, оцінці і можливості передбачення емоційних реакцій інших людей, соціально сприйнятливим формам вираження емоцій, а також навичкам групової соціальної комунікації.

Медикаментозної терапії PCA приділяється обмежене, але усе-таки важливе місце [9-11, 12-13].

Агресивність в поєднанні з надбудованістю є одним із проявів розладів спектру аутизму і її діагностика у пацієнтів дитячо-підліткового віку розглядається багатьма дитячими психіатрами, як достатня підстава для застосування інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (SSRI) чи нейролептиків. З іншої сторони існує небезпека, що дитячі психіатри і батьки можуть використовувати психотропні препарати необгрунтовано широко, у тому числі з метою контролю над поведінкою, придушуючи за допомогою призначення нейролептиків і антидепресантів власний страх і безсилля перед поведінкою дітей з розладами спектру аутизму. Така практика, як показує наш клінічний досвід, поширена й в Україні, наприклад у Києві, де широке і не завжди обгрунтоване призначення дитячими психіатрами дітям і підліткам з порушеннями поведінки нейролептиків компенсує відсутність умов для проведення психолого-педагогічної корекції.

Поява атипичних антипсихотиків відкриває нові потенційні перспективи для медикаментозного лікування розладів спектру аутизму [9, 14-15, 16]. Можливі переваги цієї групи психотропних препаратів пов'язані: 1) із кращою, у порівнянні з конвенційними нейролептиками, переносністю; 2) зі здатністю не тільки не погіршувати, але навіть поліпшувати при тривалому застосуванні когнітивне функціонування дітей, збільшуючи можливості для соціальної реабілітації. На принципи доказової медицини спирається терапія

рисперидоном та арипіпразолом, рекомендовані для лікування РСА з шостирічного віку.

У відділі медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології рисперидон у вигляді розчину для перорального застосування використовується при лікуванні агресивної, аутоагресивної поведінки та гіперактивності з руйнівною поведінкою у дітей з РСА з чотирьохлітнього віку. Лікування рисперидоном у дошкільнят починають з призначення 0,5 мг препарату на добу. Для того щоб уникати виникнення піків концентрації і забезпечувати сталість терапевтичної концентрації антипсихотика в сироватці крові ми застосовуємо чотирьох - шестиразовий прийом препарату у дітей у віці 3-6 років і 3-х кратний прийом у віці 6-10 років. Сиропована форма випуску рисперидону дозволяє дробове призначення невисоких (1–2 мг на добу) доз препарату. Початкову дозу препарату протягом 3-4 днів шляхом титрування слід збільшувати до досягнення мінімально - ефективної, але не вище 4 мг на добу, величини. За нашим досвідом середньодобова доза Ріс-полепту у дітей в віці 6-10 років становила $2,1 \pm 0,5$ мг, у дітей в віці до 6 років — $1,9 \pm 0,6$ мг на добу.

Психостимулянти (метилфенідат, атомоксетин) застосовуються в УНДІ ССПН для лікування порушень активності та уваги у дітей з РСА протягом двох останніх років. Ця терапія спирається на принципи доказової медицини та клінічні протоколи медичної допомоги, затверджені Міністерством охорони здоров'я України.

Рандомізовані дослідження, виконані в нашому відділенні [14-15] свідчать, що медико-соціальна реабілітація в сполученні з тривалою терапією низькими дозами рисперидону (1–3 мг на добу), метилфенідату (концерти) – 18–36 мг на добу чи атомоксетину (стратери) – 25–40 мг на добу ефективніше при корекції у дітей з розладами спектру аутизму порушень поведінки і перцепції, ніж мототерапія антипсихотиками, психостимулянтами та ізолювана медико-соціальна реабілітація. Комбінована терапія метилфенідатом чи атомоксетином з медико-соціальною реабілітацією має перевагу над комбінацією терапії рисперидоном з медико-соціальною реабілітацією з точки зору створення у дітей з порушеннями загального розвитку кращих передумов для мовного, когнітивного розвитку та подолання проблем у сфері комунікації і соціального функціонування.

Батьки дітей, що знаходилися на ізолюваній медико-соціальній реабілітації к кінцю 6-го місяця контрольного дослідження оцінювали якість свого життя [17], як нижчу, порівняно з батьками дітей, що отримували комплексну терапію.

Монотерапія рисперидоном, порівняно з традиційною медико-соціальною реабілітацією, дозволяла забезпечувати не менш високу якість життя дитини при більш низькій завантаженості батьків проблемами, пов'язаними з хворобою і терапевтичними заходами.

При комбінації терапії психостимулянтами та/чи

рисперидону з медико-соціальною реабілітацією ми спромоглися досягти найбільш високих показників якості життя дітей при меншій, у порівнянні з ізолюваною фармакотерапією чи медико-соціальною реабілітацією, завантаженості батьків проблемами, пов'язаними з хворобою. Але при цьому завантаженість діагностичними і терапевтичними заходами, пов'язаними з дитиною, батьки оцінювали як більш високу.

Таким чином, при плануванні допомоги дітям із розладами спектру аутизму медико-соціальну реабілітацію слід розглядати, як основну форму терапевтичної інтервенції. Сполучене застосування медико-соціальної реабілітації та терапії невисокими дозами рисперидону та психостимулянтами (метилфенідатом, атомоксетином) дозволяє прискорити психомоторний розвиток дітей з розладами спектру аутизму, домогтися редукції в них продуктивно-дизонтогенетичної симптоматики і досягти більш високого рівня когнітивного функціонування і якості життя.

Література:

1. Newschaffer C.J. / C.J. Newschaffer, L.A. Croen, J. Daniels // *Annu. Rev. Public Health.* - 2007. - V.28. - P.235–258.
2. Caronna E.B. Autism spectrum disorders: clinical and research frontiers / E.B. Caronna, J.M. Milunsky, H. Tager-Flusberg // *Arch. Dis. Child.* - 2008. - V.93. - № 6. - P.518–523.
3. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders / E.Fombonne // *Pediatr. Res.* - 2009. - V.65. - № 6. - P. 591–598.
4. Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning / M. // *Acta Paediatr.* - 2005. - V.94. - № 1. - P. 2–15.
5. Arnold L.E. Assessment in multisite randomized clinical trials of patients with autistic disorder: the Autism RUPP Network / L.E.Arnold, M.G. Aman, A. Martin et al. // *J. Autism Dev. Disord.* - 2000. - V. 30. - P. 99–111
6. Brown B. Comparing PANSS, BPRS Results / B. Brown // *Psychiatr. News.* - 2003. - V. 38 (13). - P.19–20.
7. Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations. Autism/Pervasive Developmental Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years). - 1999. - P. 322.
8. Edward F. Autism in the United States: a Perspective / F.Edward, M.D.Yazbak, F.A.A.P. // *Journal of American Physicians and Surgeons.* - 2003. - V. 8. - N. 4 - P. 103–107.
9. Henry W.M. Psychopharmacology in Autism Spectrum Disorders / W.M. Henry // *Curr. Opin Psychiatry.* - 2003. - V. 16 (5). - P. 529–534.
10. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders / American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* - 1999. - V.38. - Suppl. 12 - P.55–76.
11. Repligen Reports Positive Initial Results of Secretin Phase 2 Clinical Trial Multi-dose Therapy Produces Statistically Significant Improvement in Symptoms of Autism Using Parental Clinical Global Impression Scale. // NEEDHAM, MA. - 2001.-V. 4 - P 32 - 45.
12. Yeargin-Allsopp M. Prevalence of autism in a US metropolitan area / M. Yeargin-Allsopp, C. Rice, T. Karapurkar et al. // *JAMA.* - 2003. - V.289. - P. 49–55.
13. Glick I.D. Treatment with atypical antipsychotics: new indications and new populations / I.D. Glick, S.R. Murray, P. Vasudevan et al. // *J. Psychiatr Res.* - 2001. - V.35. - P.187–191.
14. Марценковский И.А. Влияние рисперидона на когнитивное функционирование и эффективность медико-социальной реабилитации у подростков, больных шизофренией и детей с общими нарушениями развития / И.А. Марценковский, Я.Б. Бикиаева // *Архив психиатрии.* - 2001.- В. 1. - С. 129–136.
15. Марценковский И.А. Психрофармакотерапия нарушений общего развития у детей / И.А. Марценковский, Я.Б. Бикиаева, А.В. Дружинская // *Архив психиатрии.* - 2004.- В.6. - С. 21–25.

16. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition // APA. — Washington D.C., 1994.*

17. *Дмитриева Т.Н. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) / Т.Н. Дмитриева, И.В. Дмитриева, Е.Н. Каткова и др. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — № 4. — С. 39–42.*

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА АУТИЗМА

И.А. Марценковский

В статье обсуждаются особенности психофармакотерапии и реабилитации психомоторного, когнитивного и социального функционирования детей с нарушениями общего развития. Лечение детей с нарушениями общего развития должно опираться на медико-социальную реабилитацию в сочетании с длительной терапией рисперидоном или метилфенидатом/ атомоксетином в низких дозах.

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, реабилитация, метилфенидат, рисперидон, атомоксетин

GENERAL PRINCIPLES OF TREATMENT OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

I.A. Martsenkovskiy

In article opportunities principles of psychopharmacotherapy, medical and social rehabilitation of psychomotor, cognition and social functioning of children with PDD. Treatment of children with should base on medical-social rehabilitation connected with long-term therapy of risperidone or methylphenidate / atomoksetin in small doses

Keywords: autism spectrum disorders, rehabilitation, methylphenidate, risperidone, atomoksetin

УДК 616.89

С.І. Осташко¹, О.В. Терещенко¹, С.І. Табачников², І.А. Марценковський² ВПЛИВ ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ НА ЯКІСТЬ ТА ДОСТУПНІСТЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УКРАЇНІ

Департамент охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України¹
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
м.Київ²

Ключові слова: економічна криза, охорона психічного здоров'я дітей, первинна медична допомога

Системи охорони психічного здоров'я дітей у розвинених країнах світу переживають черговий етап свого становлення, пов'язаний із переглядом самої парадигми їхньої побудови, перенесенням акценту із соціальної реабілітації та інклюзії на профілактику, створення на рівні громад ефективних систем підтримки психологічного благополуччя, виховання здорового способу життя. Напрямки розвитку профілактичного напрямку в системі охорони психічного здоров'я дітей зафіксовані у Флорентійській декларації, прийнятій 29 серпня 2007 року, на XIII конгресі Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії й підтримані резолюціями Європейського бюро ВООЗ та Європейської академії дитячої та підліткової психіатрії.

В 2010 році послугами спеціалізованої психіатричної допомоги для дітей скористалися 214 297 (2,7 %) мешканців України дитячого віку. Психічні розлади у дітей становили 18,3 % всієї психіатричної захворюваності.

Світова економічна криза значуще впливає на якість та доступність психіатричної допомоги в країнах європейського регіону. Про це зокрема свідчать результати оприлюдненого в 2011 спеціального дослідження Європейського регіонального бюро ВООЗ, проведеного в 39 країнах Європи.

По-перше, психіатрична стигма, сама по собі, істотно обмежує конкурентноспроможність споживачів психіатричної допомоги та членів їх родин на

ринку праці. Економічна криза в країнах регіону супроводжувалася зростанням безробіття і, як наслідок, зростанням конкуренції за робочі місця. Зростаюча конкуренція в першу чергу зачепила уразливі групи населення, передусім осіб з обмеженими можливостями і розладами психіки, батьків дітей з особливими потребами, молоді із психічними розладами, що досягла працездатного віку.

По-друге, бюджетні проблеми у всіх європейських країнах змусили деякі з них переглянути витрати на соціальне забезпечення осіб з обмеженими можливостями, в тому числі виплати з інвалідності. Оскільки близько 20-40% людей, які отримують таку допомогу, згідно з оцінками ВООЗ страждають психічними розладами, ця група, на думку експертів, постраждала у фінансовому плані найбільше.

По-третє, соціальна підтримка, що надається особам із психічними розладами в громадах виявилася дуже вразливою в умовах економічної кризи, оскільки капіталовкладення і постійні витрати в цій сфері завжди були відносно низькими та фінансувалися з місцевих бюджетів. У 2009 – 2010 роках відповідно до звіту ВООЗ уряди багатьох країн Європи зіткнулися з вимушеними скороченнями обсягів фінансування у сфері охорони здоров'я. Особливо постраждали програми, що фінансувалися громадами.

В Україні фінансування психіатричної допомоги

16. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition // APA. — Washington D.C., 1994.*

17. *Дмитриева Т.Н. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) / Т.Н. Дмитриева, И.В. Дмитриева, Е.Н. Каткова и др. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — № 4. — С. 39–42.*

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА АУТИЗМА

И.А. Марценковский

В статье обсуждаются особенности психофармакотерапии и реабилитации психомоторного, когнитивного и социального функционирования детей с нарушениями общего развития. Лечение детей с нарушениями общего развития должно опираться на медико-социальную реабилитацию в сочетании с длительной терапией рисперидоном или метилфенидатом/ атомоксетином в низких дозах.

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, реабилитация, метилфенидат, рисперидон, атомоксетин

GENERAL PRINCIPLES OF TREATMENT OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

I.A. Martsenkovskiy

In article opportunities principles of psychopharmacotherapy, medical and social rehabilitation of psychomotor, cognition and social functioning of children with PDD. Treatment of children with should base on medical-social rehabilitation connected with long-term therapy of risperidone or methylphenidate / atomoksetin in small doses

Keywords: autism spectrum disorders, rehabilitation, methylphenidate, risperidone, atomoksetin

УДК 616.89

С.І. Осташко¹, О.В. Терещенко¹, С.І. Табачников², І.А. Марценковський² ВПЛИВ ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ НА ЯКІСТЬ ТА ДОСТУПНІСТЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УКРАЇНІ

Департамент охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України¹
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
м.Київ²

Ключові слова: економічна криза, охорона психічного здоров'я дітей, первинна медична допомога

Системи охорони психічного здоров'я дітей у розвинених країнах світу переживають черговий етап свого становлення, пов'язаний із переглядом самої парадигми їхньої побудови, перенесенням акценту із соціальної реабілітації та інклюзії на профілактику, створення на рівні громад ефективних систем підтримки психологічного благополуччя, виховання здорового способу життя. Напрямки розвитку профілактичного напрямку в системі охорони психічного здоров'я дітей зафіксовані у Флорентійській декларації, прийнятій 29 серпня 2007 року, на XIII конгресі Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії й підтримані резолюціями Європейського бюро ВООЗ та Європейської академії дитячої та підліткової психіатрії.

В 2010 році послугами спеціалізованої психіатричної допомоги для дітей скористалися 214 297 (2,7 %) мешканців України дитячого віку. Психічні розлади у дітей становили 18,3 % всієї психіатричної захворюваності.

Світова економічна криза значуще впливає на якість та доступність психіатричної допомоги в країнах європейського регіону. Про це зокрема свідчать результати оприлюдненого в 2011 спеціального дослідження Європейського регіонального бюро ВООЗ, проведеного в 39 країнах Європи.

По-перше, психіатрична стигма, сама по собі, істотно обмежує конкурентноспроможність споживачів психіатричної допомоги та членів їх родин на

ринку праці. Економічна криза в країнах регіону супроводжувалася зростанням безробіття і, як наслідок, зростанням конкуренції за робочі місця. Зростаюча конкуренція в першу чергу зачепила уразливі групи населення, передусім осіб з обмеженими можливостями і розладами психіки, батьків дітей з особливими потребами, молоді із психічними розладами, що досягла працездатного віку.

По-друге, бюджетні проблеми у всіх європейських країнах змусили деякі з них переглянути витрати на соціальне забезпечення осіб з обмеженими можливостями, в тому числі виплати з інвалідності. Оскільки близько 20-40% людей, які отримують таку допомогу, згідно з оцінками ВООЗ страждають психічними розладами, ця група, на думку експертів, постраждала у фінансовому плані найбільше.

По-третє, соціальна підтримка, що надається особам із психічними розладами в громадах виявилася дуже вразливою в умовах економічної кризи, оскільки капіталовкладення і постійні витрати в цій сфері завжди були відносно низькими та фінансувалися з місцевих бюджетів. У 2009 – 2010 роках відповідно до звіту ВООЗ уряди багатьох країн Європи зіткнулися з вимушеними скороченнями обсягів фінансування у сфері охорони здоров'я. Особливо постраждали програми, що фінансувалися громадами.

В Україні фінансування психіатричної допомоги

дітям відбувається майже виключно за рахунок місцевих бюджетів. Це поставило під загрозу політику деінституалізації психіатричної допомоги, призвело до скорочення асортименту послуг, що надаються споживачам психіатричної допомоги на рівні громад та медичних закладів у депресивних регіонах країни. Зокрема суттєво погіршився доступ споживачів психіатричної допомоги до сучасних медикаментів, насамперед імпортного виробництва, безоплатного стаціонарного лікування, програм медико-соціальної реабілітації та підтримуючої терапії.

Наприклад, відповідно до вимог клінічних протоколів Міністерства охорони здоров'я України для лікування розладів із дефіцитом уваги та гіперактивністю, асоційованих розладів поведінки та гіперактивності при розладах зі спектру аутизму мають застосовуватися метилфенідат (Концрта) та атомоксетин (Страттера). Ні в 2009, ні в 2010 роках тендерні закупівлі цих препаратів МОЗ України не проводилися. Родини дітей, що отримували лікування цими препаратом не лише були змушені купувати дорогі ліки за власні кошти, но і стали заручниками відповідальності та комерційних стратегій експортерів монополістів. Як наслідок, в більшості регіонів України метилфенідат не був доступним для споживачів навіть у рознічній аптечній мережі. З травня 2011 року ситуація погіршилася, з аптечної мережі на території України зник метилфенідат у дозі 36 мг.

Одночасно зі світовою економічною кризою на якісні показники роботи дитячої психіатричної служби в Україні впливають зменшення дитячого населення, зниження престижу спеціальності, постаріння, деморалізація та зниження кваліфікації зайнятих у наданні психіатричної допомоги дітям фахівців. Вимагають перегляду, приведенню у відповідність до вимог доказової медицини застарілі навчальні програми та плани, потрібно радикально підвищити підготовку фахівців з питань психотерапевтичного лікування психічних та поведінкових розладів у дітей.

Протягом останніх років в Україні спостерігалось скорочення дитячої популяції. Станом на 1 лютого 2011 року загальна чисельність становила 45 782 592, дитячого – 8 081 126 мешканців. З початку року загальна чисельність населення скоротилась на 180 767 чоловік (0,4 %), дитячого населення на 105 151 чоловік (1,3 %). Протягом 2009 року дитяча популяція зменшилася на 139 410 (1,7 %) осіб. Скорочення кількості дітей впродовж декількох останніх років відбувається насамперед за рахунок підлітків. Популяція підлітків в віці від 15 до 17 років зменшилася в 2009 році на 6,9 %, 2010 році - 7 %.

Забезпеченість дитячого населення дитячими психіатрами протягом кризових років формально суттєво не змінилася. В 2010 році в Україні було 521,75 посад дитячих психіатрів (у 2009 році – 524,75), з них зайняті – 472,0 (у 2009 році – 480,75). Ці посади обіймали 406 (у 2009 році – 408) фізичних осіб. Укомплектованість штатних посад фізичними особами в 2010 році

становила 77,82 %. Забезпеченість дитячого населення дитячими психіатрами в 2010 році залишилася на рівні 2009 року і дорівнювала 5,84 на 100 000 дитячого населення, проте суттєво різнилася в різних регіонах країни. Під впливом економічної кризи диспропорції у забезпеченості фахівцями з питань охорони психічного здоров'я між економічно розвинутими та депресивними регіонами посилювалися.

Згідно з офіційними статистичними даними МОЗ України вв 2010 році при середньоукраїнському показнику 5,02 в Києві показник забезпечення населення дитячими психіатрами сягав 8,87, в АР Крим – 8,64, Луганській області – 7,83, Львівській – 7,04, в місті Севастополі – 6,72 на 100 000 дитячого населення. В західних та південних областях України кількість дитячих психіатрів була значно нижчою. В Миколаївській області кількість фізичних осіб дитячих психіатрів на 100 000 дитячого населення становила 0,94, Рівненській – 1,47, Закарпатській та Кіровоградській – 2,79, Херсонській – 2,97, Хмельницькій – 2,80, Київській – 2,95, Волинській – 3,40, Вінницькій – 3,92.

Найбільш демонстративними індикаторами зниження доступності психіатричної допомоги дітям в умовах економічної кризи виявилися показники первинної захворюваності та інвалідності.

Протягом двох передкризових років показник захворюваності на розлади психіки та поведінки в Україні зростав: у 2007 на 4,9 %, у 2008 – 2,8 %. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у дітей зростала повільніше: у 2007 на 1%, у 2008 – 4,1%. Рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки у дітей в віці до 14 років протягом 2007 та 2008 років зросли відповідно на 1,0 % та 1,9 %, у підлітків на 1,6 % та 13,4%.

У 2009 році рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки в Україні знизився на 6,7 %, у 2010 році на 2,2 %. У дитячій популяції рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки в 2009 році зменшився на 5,7 %, 2010 зріс на 4,7 %. Протягом 2010 року під нагляд з уперше встановленим діагнозом узято 4555 дітей у віці 15 – 17 та 30587 дітей у віці 0 – 14 років, що з урахуванням поправки на зміну кількості населення свідчить про відновлення докризового (показники 2008 року) рівня діагностики.

В передкризовому 2008 році спостерігалися значні розбіжності показників дитячої захворюваності на психічні розлади в різних регіонах України: від 911,3 на 100 000 дитячого населення в Чернігівській, 809,9 – Херсонській областях, 761,7 у АР Крим, 753,2 у Житомирській областях до 240,7 у Волинській, 340,3 – Закарпатській, 361,9 – Рівненській, 288,1 у Чернівецькій областях та 374,0 у місті Києві.

У 2009 році міжрегіональні розбіжності рівнів первинної діагностики розладів психіки та поведінки в дітей посилювалися. У Миколаївській області показники захворюваності знизилися протягом року на 28,1 % (з 618,6 до 444,5 на 100 000 населення), Чернігівський на 22,3 % (з 911,3 до 707,6 %), Вінницькій та Донецькій

на 21,0 % (з 428,5 до 338,5 та з 493,5 до 390,0 %), Дніпропетровській на 18,3 % (з 498,2 до 407,0), Івано-Франківській на 15,4 % (з 436,3 до 369,3). Зростання показників дитячої захворюваності в 2009 році було зареєстровано в Житомирській (на 11,0 %, з 753,17 до 853,8), Кіровоградській (на 8,2 %, з 424,7 до 459,7), Луганській (на 6,4 %, з 535,4 до 569,9) та Чернівецькій (на 4,3 %, з 288,1 до 300,6) областях.

У 2010 році найвищі показники захворюваності спостерігалися в Чернігівській – 806,1, Житомирській – 823,2, Херсонській областях – 766,0 і АР Крим – 7651,6, найнижчі – Волинській – 242,9, Чернівецькій – 300,2, Закарпатській областях – 358,5 на 100 000 дитячого населення.

Для регіонів із низькими показниками дитячої захворюваності притаманні проблеми з доступністю амбулаторної психіатричної допомоги, високим рівнем стигматизації, низьким рівнем якості послуг, які не задовольняють очікування населення. Навіть у промислово розвинутих областях із високими, порівняно із середньо українськими показниками захворюваності, дитячі психіатри працюють далеко не у всіх районах. Це негативно впливає на виявлення в них психічно хворих дітей.

В сільській місцевості у разі відсутності дитячих психіатрів психіатричну допомогу дітям і підліткам надають дільничні психіатри центральних районних лікарень. Внаслідок віддаленості сільських населених пунктів від районних центрів у сільській місцевості активність звернення за допомогою до дитячих психіатрів є меншою. Показники захворюваності в таких регіонах виявилися особливо чутливими до економічної кризи.

У великих містах на зниження показників захворюваності впливала стигматизація психіатричної допомоги дітям, нерозвинутість послуг, що надаються в амбулаторній ланці. Значна частина дітей із розладами психіки та поведінки отримують медичну допомогу в приватних медичних структурах, закладах, створених організаціями батьків, у дитячих неврологів і не враховуються медичною статистикою як випадки первинно діагнованих захворювань.

На дитячий вік доводиться 8,6 % інвалідності, зумовленої розладами психіки. У 2010 році в Україні було 23442 дітей-інвалідів із розладами психіки. Первинна інвалідність в 2010 році була встановлена в 2474 дітей.

Показники первинної інвалідності протягом останніх років зменшувалися. В 2005 році інвалідність була встановлена у 3511, 2009 році – 2352, 2010 році – 2174 дітей. Контингент дітей-інвалідів продовж останніх 5 років зменшився на 22,8 % (на 0,8 % за останній, 1,1 % за 2009 рік).

Зменшення дитячої інвалідності зумовлено впливом декількох факторів.

По-перше, зменшення інвалідності зумовлене поступовим поліпшенням медичної, зокрема, неврологічної допомоги дітям з органічним ураженням мозку

на першому році життя. Первинна інвалідність у дитячому віці, зумовлена розумовою відсталістю з 2005 року зменшилася в Україні в 2,2 разів. В 2010 році з розумовою відсталістю вперше були визнані інвалідами 1375 дітей (17,01 на 100 000 населення).

По-друге, зменшення інвалідності зумовлене поліпшенням неврологічної допомоги дітям із епілепсіями. Діагностика, протиепілептична терапія цього контингенту хворих приведені у відповідність до вимог доказової медицини. Первинна психіатрична інвалідність у дитячому віці, зумовлена епілепсією з 2005 року зменшилася в 2,3 разів. В 2009 році лише 91 дитина з епілепсією була первинно визнана інвалідом (1,11 на 100 000), в 2010 – 71 (0,88 на 100 000 дитячого населення).

Первинна інвалідність, зумовлена розладами зі спектру аутизму становила в 2010 році 4,2 на 100 000 дитячого населення. Ураховуючи наявні тенденції можна передбачити, що головною причиною психіатричної дитячої первинної інвалідності в найближчі три роки в Україні стануть розлади загального розвитку. Проте, в деяких регіонах України створюються штучні перепони в наданні допомоги з дитячої інвалідності дітям із розладами зі спектру аутизму, допомога надається на 2 роки, а не до 18 років, як це передбачено відомчими наказами. В регіонах з низьким рівнем діагностики розладів зі спектру аутизму, наприклад в Тернопільській та Закарпатській областях, спостерігаються штучно занижені, порівняно з середньоукраїнськими показники первинної дитячої інвалідності. У 2010 року показники первинної дитячої інвалідності були найвищими в Полтавській – 44,75, Запоріжській – 41,14, Донецькій – 41,0, Івано-Франківській областях – 40,72 на 100 000 дитячого населення; найнижчими в Тернопільській – 18,59 та Закарпатській – 13,96 областях.

Відповідно до визначених МОЗ України пріоритетів, не зважаючи на економічну кризу реформування системи надання спеціалізованої психіатричної допомоги дітям, приведення її у відповідність до вимог доказової медицини не припинялося. Зокрема продовжувалася робота по підвищенню якості діагностики та лікування розладів зі спектру аутизму та гіперкінетичних розладів.

Показники поширеності розладів загального розвитку за даними офіційної статистики МОЗ України не відповідають їх реальній поширеності. На кінець 2010 року під наглядом перебувало 1838 хворих з розладами загального розвитку (22,7 на 100 000 населення, 128,6 на 100 000 дитячого населення).

Дуже часто у дітей з розладами зі спектру аутизму безпідставно діагностується помірна та глибока розумова відсталість. Привертає до себе увагу той факт, що на Одеську та Дніпропетровську області в 2010 році приходить 236 з 1009 (23,4 %) випадків діагностики помірної, тяжкої та глибокої розумової відсталості

З 2006 по 2010 рік захворюваність на розлади зі спектру аутизму в дітей в Україні зросла в 2,5 рази.

Протягом 2010 року з уперше в житті встановленим діагнозом під нагляд було взято 342 дитини з розладами загального розвитку. Захворюваність склала 4,2 на 100 000 населення (23,8 на 100 000 дитячого населення). Показник стабільно зростає протягом чотирьох останніх років: у 2007 – на 28,2%; 2008 – 32%, 2009 – 27,2%, 2010 – 35,7%.

Не зважаючи на позитивні зрушення з виявленням розладів зі спектру аутизму, його діагностика в 2010 році залишалася незадовільною в більшості регіонів України. У Вінницькій, Волинській, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Херсонській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях та місті Севастополі. На долю цих регіонів у 2010 році приходить лише 16,7 % випадків вперше діагностованих розладів загального розвитку. Низьким залишається рівень діагностики розладу в Київській, Луганській, Одеській, Харківській, Чернігівській областях. Позитивні результати досягнуті лише в 6 регіонах: АР Крим, Донецькій, Дніпропетровській, Запорізькій, Львівській областях та м. Києві. У цих регіонах було діагностовано 63,7 % випадків розладів загального розвитку в Україні. Під наглядом дитячої психіатричної служби в 2010 році в Донецькій, Дніпропетровській, Одеській та Вінницькій областях перебували 4240 дітей з розладами загального розвитку, що становить 33,8 % від загальноукраїнської кількості.

Якість діагностики гіперкінетичних розладів в Україні також залишається незадовільною. Показник врахованої психіатричною службою захворюваності в 2010 році знизився на 33,3 % до 13,0 на 100 000 дитячого населення (в 2008 цей показник становив 18,3, в 2009 році – 19,5 випадків на 100 000 дитячого населення). Показник поширеності розладу в 2010 році зменшився на 10,5 % з 96,0 в 2009 році до 85,9 випадків на 100 000 дитячого населення.

Зниження рівня діагностики гіперкінетичних розладів у 2010 році зумовлено фактичним ігноруванням в більшості регіонів України Наказу МОЗ України по впровадженню клінічних протоколів надання медичної допомоги дітям і підліткам із гіперкінетичними розладами, відсутністю відповідних планів заходів, неналежним медичним забезпеченням, зокрема відсутністю в аптечних мережах метилфенілату, атомоксетину та альфа агоністів. Вкрай незадовільною діагностика розладу була в Вінницькій, Миколаївській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій областях та місті Києві. В багатьох регіонах країни для хворих із гіперкінетичними розладами не доступними були препарати, які відповідно до клінічного протоколу Міністерства охорони здоров'я були віднесені до першої лінії терапії, зокрема метилфенілат. Цей препарат був доступний лише в аптечних мережах Києва, Дніпропетровська, Луганська, Одеси, Харкова, Львіва, АР Крим. Певні заходи щодо діагностики розладу відповідно до клінічного протоколу та рекомендацій МОЗ

України були вжиті в 8 регіонах країни (Донецькій, Луганській, Харківській, Одеській, Запорізькій, Полтавській, Дніпропетровській, Чернігівській областях), на які приходить 605 (57,2 %) випадків первинно діагностованого розладу та 3912 (56,4 %) пацієнтів із розладом, що перебували під наглядом на кінець року. В місті Львові було відкрито міський кабінет для дітей з гіперкінетичними розладами.

Розлади харчової поведінки можуть стати передумовою тяжких порушень репродуктивного здоров'я, порушень загального фізичного розвитку, хронічних органних захворювань, стати причиною смерті дитини. У більшості підлітків розлади харчової поведінки, насамперед анорексія, діагностуються не вчасно, переважно після виникнення соматичних ускладнень.

Протягом 2010 року в Україні було вперше діагностовано 101 випадок розладів харчової поведінки. Захворюваність склала 1,24 на 100 000 дитячого населення. В Луганській, Донецькій та Дніпропетровській областях були зареєстровані 43 з 101 (42, 6 %) нових випадків захворювання.

Поширеність розладів харчової поведінки на 100 000 дитячого населення в 2010 році становила 7,75. Більшість пацієнтів 486 з 627 (77,5 %) перебували під наглядом дитячих психіатричних служб у 8 регіонах України (Львівській, Луганській, Харківській, Донецькій, Київській, Тернопільській, Запорізькій, Дніпропетровській областях). 315 хворих (90,2 %) із розладами харчової поведінки отримували спеціалізовану допомогу в Львівській, Луганській та Харківській областях. В деяких регіонах (АР Крим, Волинська, Одеська, Полтавська, Сумська області, міста Київ та Севастополь) випадки розладів харчової поведінки впродовж 2010 року майже не реєструвалися.

В Україні, за винятком Львова, відсутні спеціалізовані ліжка для надання високоспеціалізованої, зокрема, невідкладної психіатричної та психотерапевтичної допомоги дітям із анорексією та булімією. Невідкладна допомога дітям із розладами харчової поведінки надається в реанімаційних, гастроентерологічних, психіатричних відділеннях. Відсутня інструкція МОЗ України, щодо застосування недобровільної госпіталізації та заходів примусового характеру у випадках, коли не надання медичної допомоги загрожує життю дитини чи може стати причиною тяжких порушень здоров'я. Нормами діючого Закону України «Про психіатричну допомогу» не передбачено надання недобровільної медичної допомоги при відсутності інформованої згоди одного чи обох батьків, не передбачена відповідальність батьків за створення перешкод для надання дитині невідкладної медичної допомоги.

Загальномедичні, психіатричні та психотерапевтичні форми допомоги підліткам із розладами харчової поведінки, як правило, погано скоординовані; обсяги допомоги, сфери компетенції спеціалістів не врегульовані клінічним протоколом Міністерства охорони здоров'я України.

Лише в Донецьку та Львові діють програми спеціа-

лізованої напівстаціонарної та амбулаторної психіатричної та психологічної допомоги цьому контингенту хворих. В межах цих програм для дітей та підлітків доступні сімейна, когнітивно-поведінкова та психодинамічно орієнтована терапія.

Аналіз показників роботи дитячої психіатричної служби в умовах економічної кризи дозволяє сформулювати пропозиції, щодо подальших заходів по оптимізації її організації та діяльності. Пріоритетом реформування системи психіатричної допомоги дітям в Україні має бути перерозподіл ресурсів між спеціалізованою психіатричною, первинною медичною та долікарняною допомогою: розвиток психіатричної допомоги дітям із психічними розладами та особливими потребами за місцем проживання, інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із загально-медичною допомогою, підвищення компетенції сімейних лікарів та педіатрів з питань діагностики психічних розладів та надання психіатричної допомоги дітям, організація дитячих психіатричних відділень у структурі дитячих багатопрофільних лікарень, формування ланки високоспеціалізованої психіатричної допомоги (організація центрів для дітей з розладами загального розвитку, кабінетів для дітей з порушеннями активності, уваги та розладами поведінки, спеціалізованих ліжок для надання високоспеціалізованої психіатричної та психотерапевтичної допомоги дітям з розладами харчової поведінки, спеціалізованих ліжок для надання високоспеціалізованої наркологічної та психотерапевтичної допомоги дітям з аддикцією) оптимізація кількості дитячих психіатричних ліжок, виходячи з кількості дитячого населення та ефективності їх використання, пріоритетний розвиток амбулаторних і напівстаціонарних форм допомоги. Перерозподіл функцій у сфері охорони психічного здоров'я дітей вимагає відповідального використання наявних фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів і має спиратися на результати проведеного МОЗ ситуаційного аналізу.

Для приведення якості психіатричної допомоги дітям у відповідність до сучасного рівня розвитку науки перед службою має бути поставлено завдання розробити та регулярно переглядати клінічні протоколи і критерії якості допомоги для найбільш поширених та соціально значущих розладів психіки та поведінки у дітей: розладів зі спектру аутизму, гіперкінетичних розладів, розладів харчування (анорексії та булімії), розладів поведінки, депресій, аддикцій. Потрібно вжити заходи для забезпечення доступу дітей із психічними розладами до лікарських засобів, які в установленому порядку зареєстровані на території України, ефективність яких ґрунтується на принципах доказової медицини; забезпечити перенесення акценту при наданні допомоги дітям із біологічного лікування на психосоціальну допомогу та психотерапію, насамперед когнітивно-поведінкову. Потрібно вжити заходів для підготовки фахівців з цих питань.

Перед дитячою психіатричною службою України в 2011 році стоїть завдання продовження та поширення динамічної співпраці закладів Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту для розробки спеціальних профілактичних програм для навчальних закладів у рамках реформування системи шкільної медицини, що сприятимуть зміцненню психічного здоров'я учнів, запобігатимуть антисоціальній поведінці, жорсткому поводженню, формуватимуть соціально адаптивні форми поведінки, для розробки програм інтеграції дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами і дітей з психічними розладами в існуючі загальні системи освіти та професійної підготовки, запровадження програм підготовки вчителів загальним принципам психосоціальної терапії дітей з дефіцитом уваги, імпульсивністю, гіперактивністю та розладами поведінки.

ВЛИЯНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА НА КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УКРАИНЕ

С.И. Осташко, А.В. Терешенко, С.И. Табачников, И.А. Марценковский

Через два года после кризиса стало очевидным его негативное влияние на повседневную жизнь миллионов семей, детей и молодых людей. Нынешний финансовый кризис и связанные с ним социально-экономические трудности будут иметь долгосрочные последствия для психического здоровья детей. Об этом свидетельствуют данные официальной статистики Министерства здравоохранения за 2008 – 2010 годы. Тем не менее, неблагоприятное воздействие экономического кризиса на психическое здоровье детей может быть минимизировано улучшением социального обеспечения уязвимых контингентов и другими мерами, направленными на оптимизацию системы охраны психического здоровья. Программы по снижению бремени недостаточного финансирования служб охраны психического здоровья детей местными бюджетами должны сопровождаться оптимизацией структуры психиатрической помощи детям, улучшением медико-психологической помощи на этапах доврачебной и первичной помощи.

Ключевые слова: экономический кризис, охрана психического здоровья детей, первичная медицинская помощь

IMPACT OF ECONOMIC CRISIS ON THE QUALITY AND AVAILABILITY OF MENTAL CARE FOR CHILDREN IN UKRAINE

S.I. Ostashko, O.V. Tereshenko, S.I. Tabachnykov, I.A. Martsenkovsky

Two years after the crisis broke out its impact on the daily lives of millions of families, children and young people is clearly perceptible. The current financial crisis and socio-economic adversity may have lasting effects on children's mental health. However, the mental health effects of the economic crisis can be offset by social welfare and other policy measures. Debt relief programmes will help to reduce the mental health effects of the economic crisis and accessible and responsive primary care services support people at risk and prevent mental health effects.

Keywords: economic crisis, children's mental health, primary care

УДК 616.89 - 008.1 – 053.5: 654.197

Г.Т. Соннік, Р.І. Ісаков, Л.О. Герасименко, О.С. Максименко
СТАН СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я І СЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ
ДЕЛІНКВЕНТНИХ ПІДЛІТКІВ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: делінквентні підлітки, сексуальне здоров'я, сексуальний розвиток

Зростання кількості злочинів пов'язаних з насильством, а особливо серед підлітків, викликало зрозуміле занепокоєння цією проблемою в нашій країні. Соціальний інтерес спрямований передовсім на вивчення причин цього явища і методів його профілактики [1,2]. У вітчизняній літературі питання особливостей сексуального здоров'я делінквентних підлітків [3] та причин формування у них психічних та поведінкових розладів [4,5] висвітлювались недостатньо. Виходячи з цього, необхідність розробки нестандартного і багатопланового арсеналу ефективних методів дослідження, профілактики і психокорекції сексуальних порушень у делінквентних підлітків, є надзвичайно актуальною.

Отож **метою** нашого дослідження було дослідження стану сексуального здоров'я і сексуального розвитку делінквентних підлітків.

Об'єкт та методи дослідження. В ході дослідження нами були обстежені 140 делінквентних підлітків у віці 14-18 років (1992 - 1995 р.н.), які на час обстеження перебували на обліку у відділенні кримінальної міліції у справах неповнолітніх Ожтбурського РВ ПМУ УМВС України в Полтавській області.

Виходячи з кримінологічної кваліфікації злочинів і правопорушень, обстежені підлітки були поділені на три групи залежно від ціннісно-орієнтаційної спрямованості:

1. Перша група - ті, що скоїли корисливі злочини без агресії чи загрози щодо оточуючих - 41 підліток-правопорушник, які склали 29,29% від загальної кількості обстежених делінквентних підлітків.

2. Друга група делінквентних підлітків, які скоїли злочини з агресією проти оточуючих без прямих корисливих мотивів - 47 обстежених, тобто 33,57% від загальної кількості.

3. Третя група делінквентних підлітків, які скоїли корисливі злочини і правопорушення з агресивними діями чи загрозою їх застосування - 52 чоловіки, або 37,14% від загальної кількості обстежених.

Було проведено аналіз сексуального здоров'я делінквентних підлітків за В.В. Кришталем (1999).

Результати роботи. Першим етапом дослідження стану сексуального здоров'я підлітків-правопорушників та їх законслухняних однолітків, які знаходились під нашим спостереженням, був його комплексний аналіз за окремими інтегральними критеріями.

Результати, отримані в результаті проведеного аналізу сексуального здоров'я делінквентних підлітків за

В.В. Кришталем (1999), узагальнені нами в таблиці 1.

Як впливає з поданих у таблиці даних, соматосексуальний розвиток близько половини делінквентних підлітків першої та третьої груп був нормальним, а серед осіб із порушенням соматосексуального розвитку у першій групі домінували випадки ретардації статевого дозрівання, а у третій групі помітно переважали випадки прискореного розвитку. У другій групі домінували випадки порушення соматосексуального розвитку із абсолютним переважанням передчасних варіантів розвитку.

Порівняно із показниками частоти порушень соматосексуального дозрівання випадки порушення психосексуального розвитку зустрічались помітно частіше у всіх групах обстежених. При цьому в першій групі домінували випадки ретардації, а у другій та третій групах, які скоїли злочини з елементами агресії, переважали випадки передчасного розвитку.

У всіх групах обстежених переважали поєднані варіанти асинхронії статевого розвитку.

Статеворольова поведінка була нормативною у більшості підлітків першої (82,92%) і третьої (51,92%) груп, трансформованою (фемінною) у 17,08% обстежених першої групи і гіпермаскулінною у всіх підлітків другої групи, а також 40,08% обстежених з третьої групи.

Поінформованість стосовно психогієни статевого життя у абсолютної більшості обстежених підлітків була не адекватною із помітним переважанням неправильної над недостатньою.

Статева конституція у підлітків, які скоїли злочини корисливого характеру, у більшості випадків була слабкою та послабленою, а у другій та третій групах переважали сильний та середній типи. При цьому варто зазначити, що отримані дані про статеву конституцію підлітків носили відносний характер, оскільки точне визначення її типу було неможливим через відсутність та нерегулярність статевого життя у абсолютної більшості підлітків.

У підлітків першої та другої груп домінувало збережене сексуальне лібідо, а серед обстежених третьої групи переважало еротичне лібідо.

У переважній більшості обстежених, які мали слабку і послаблену статеву конституцію, сексуальні фантазії були відсутніми або стосувались коїтусу з уявним партнером. Фантазії найбільш агресивного характеру були притаманні підліткам другої групи.

Таблиця 1

Стан сексуального здоров'я делінквентних підлітків за його критеріями

Критерії сексуального здоров'я	Групи обстежених					
	1, n=41		2, n=47		3, n=52	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
<i>Соматосексуальний розвиток</i>						
Прискорений	5	12,19	19	40,43	16	30,77
Уповільнений	11	26,83	5	10,64	9	17,31
<i>Психосексуальний розвиток</i>						
Передчасний	7	17,07	29	61,70	18	34,62
Ретардація	23	56,09	6	12,77	30	57,69
<i>Асинхронії статевого розвитку</i>						
Прості	8	19,51	6	12,77	14	26,92
Поєднані	22	53,66	29	61,70	34	65,38
<i>Сексуальна поінформованість</i>						
Недостатня	10	24,39	5	10,64	11	21,15
Неправильна	29	70,73	42	89,36	29	55,77
<i>Статева конституція</i>						
Слабка	15	36,59	5	10,64	16	30,77
послаблена середня	10	24,39	9	19,15	5	9,62
Середня	11	26,83	14	29,79	8	15,39
Сильна	5	12,19	19	40,43	23	44,23
<i>Лібідо збережене</i>						
Платонічне	9	21,95	2	4,26	8	15,39
Еротичне	15	36,59	8	17,02	26	50,00
Сексуальне	17	41,46	37	78,72	18	34,62
<i>Сексуальні фантазії</i>						
Відсутні	20	48,78	4	8,52	3	5,77
з уявним партнером	17	41,46	10	21,28	27	51,92
орально-генітальний	3	7,32	24	51,06	11	21,15
Груповий секс	1	2,44	9	19,15	11	21,15
<i>Тип сексуальної культури</i>						
Ліберальний	9	21,95	-		5	9,62
Невротичний	8	19,51	-		29	55,77
Примітивний	22	53,66	9	19,15	8	15,39
Гіперрольовий	2	4,88	38	80,85	9	17,31

Тип сексуальної культури у всіх підлітків першої групи був переважно примітивним, а серед обстежених другої групи – гіперрольовим. Для підлітків третьої групи домінував невротичний тип сексуальної культури.

На відміну від обстежених підлітків-правопорушників, соматосексуальний розвиток всіх законослухняних підлітків був у межах норми.

Порушення темпу психосексуального розвитку були діагностовані у 7,50% підлітків контрольної групи. Всі вони відносились до варіантів передчасного психосексуального розвитку. Поінформованість щодо питань сексу у 82,50% обстежених контрольної групи була адекватною і достатньою, а домінуючим типом сексуальної культури у цій групі був ліберальний, який було зареєстровано у 77,50% обстежених підлітків.

Обговорення та висновки. Соматосексуальний розвиток був нормальним більш ніж у половини обстежених всіх груп. Серед інших підлітків у групі правопорушників з неагресивною поведінкою, частіше мали місце затримки статевого дозрівання, а у другій та третій, які відзначались агресивною поведінкою, – прискорений розвиток. Психосексуальний розвиток більшості підлітків першої групи був ретардованим, а у дру-

гій групі переважали випадки передчасного психосексуального розвитку. Статеворольова поведінка була нормативною у більшості підлітків першої та третьої груп, трансформованою (фемінною) у 17,08% обстежених першої групи і гіпермаскулінною у всіх підлітків другої групи, а також 40,08% обстежених з третьої групи. Отримані дані можуть використовуватись для планування профілактичної, психокорекційної та реабілітаційної роботи із делінквентними підлітками.

Література:

1. Хамаганова Т.Г., Семке С.Т., Даниленко О.В. Психическое здоровье школьников-подростков // *Врач. - Чехов*, 2009. – С. 19-21.
2. Скрипніков А.М. Лікування та реабілітація делінквентних підлітків, які страждають на психічні розлади // *Український вісник психоневрології*. - 2005. - Том 9, вип 1(26). - С. 31-33.
3. Подкорытов В.С. Основные направления работы по медико-социальной реабилитации детей и подростков с пограничными нервно-психическими заболеваниями // *Український вісник психоневрології*. - Харків, 2005. - Том 3, вип. 2. - С. 368-369.
4. Проскурина Т.Ю., Михайлова Е.А., Матковская Т.Н. Клинико-психологические особенности поведения у детей и подростков с неврозами и невротоподобными расстройствами // *Вісник проблем біології та медицини*. - 1998. - Вип.20. - С. 68-71.
5. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко С.И., Чугунов В.В. *Психотерапія*. - Харків: ОКО, 2002. - 761 с.

СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И СЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕЛИНКВЕНТНЫХ ПОДРОСТКОВ

Г.Т. Сонник, Р.И. Исаков, Л.А. Герасименко, О.С. Максименко

Было проведено комплексное обследование сексуального здоровья делинквентных подростков по В.В. Кришталю. В группе правонарушителей с неагрессивным поведением, чаще всего имели место задержки полового созревания, а в группах с агрессивным и смешанным поведением доминировало ускоренное развитие. Психосексуальное развитие большинства подростков первой группы было ретардированным, а во второй группе доминировали случаи преждевременного психосексуального развития.

Ключевые слова: делинквентные подростки, сексуальное здоровье, сексуальное развитие

STATE of SEXUAL HEALTH and SEXUAL DEVELOPMENT of DELINKVENTNIKH of TEENAGERS

G. T. Sonnik, R. I. Isakov, L. O. Gerasimenko, O.S. Maximenko

The complex inspection of sexual health of delinkventnikh teenagers was conducted after B.B. Crishtal. In the group of offenders with a non-aggressive conduct more frequent the delays of the sexual ripening took place, and in groups speed-up development prevailed with an aggressive and mixed conduct. Psychosexual development of swingeing majority of teenagers of the first group there was retardovanim, and the cases of premature psychosexual development prevailed in the second group.

Keywords: delinquent teenagers, sexual health, sexual development

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 61:340.63

В. Р. Ілейко, А. В. Канішев

АНАЛІЗ ГАЛУЗЕВОЇ СТАТИСТИКИ ЩОДО КОМПЛЕКСНИХ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ В УКРАЇНІ ЗА ПЕРІОД 2005–2009 РОКІВ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: комплексна судово-психіатрична експертиза, комплексна судово психолого-психіатрична експертиза, галузева статистична звітність

Комплексні судово-психіатричні експертизи (СПЕ) протягом останніх років є достатньо розповсюдженим видом експертного дослідження у кримінальному (переважно) і цивільному процесах [1–3].

Аналіз статистичних показників щодо таких експертиз в межах України має практичне значення та науковий інтерес стосовно кількісних тенденцій, їх динаміки, часових та регіональних відмінностей. Узагальнення цих даних має бути підґрунтям для організаційно-методичних пропозицій, удосконалення та стандартизації діяльності судово-психіатричної експертної служби України.

У якості матеріалу дослідження було використано статистичні дані МОЗ України за період 2005–2009 років, отримані вигляді статистичного звіту щодо проведення судово-психіатричних експертиз (форма № 38–здоров).

Комплексна судово психолого-психіатрична експертиза (КСПЕ) у статистичних звітах щодо судово-психіатричної експертної практики не відокремлюється від інших видів комплексної СПЕ, але складає переважну більшість (понад 90%) таких експертиз, що, на нашу думку, дозволяє, аналізуючи дані щодо комплексних експертиз взагалі, висвітлювати загальні та порівняльні показники щодо КСПЕ. Незначний відсоток складають так звані судові нарколого-психіатричні, нарколого-психолого-психіатричні, медико-психіатричні експертизи (наявність яких викликає сумнів щодо їх доцільності з методичної, клінічної та організаційної точок зору); проводяться також поодинокі сексолого-психіатричні експертизи (при деяких правопорушеннях сексуального характеру).

На досліджуваний період (як і на теперішній час) судово-психіатричні експертні підрозділи та установи є у кожній адміністративно-територіальній одиниці України, тобто у кожній з 24 областей України, АР Крим, м. Києві та м. Севастополі.

Загальна кількість СПЕ в Україні представлена у таблиці 1.

Як видно з таблиці 1, загальна кількість експертиз коливалась на позначці у 26–29 тис. експертиз щороку (від 25 920 експертиз у 2009 році до 29 472 експертиз у 2007 році).

Таблиця 1

Загальна кількість судово-психіатричних експертиз та комплексних судово-психіатричних експертиз в Україні у 2005–2009 рр.

Рік	Усього проведено судово-психіатричних експертиз	З них проведено комплексних судово-психіатричних експертиз
2005	28 685	3495 (12,2%)
2006	28 713	3391 (11,8%)
2007	29 472	3476 (11,8%)
2008	28 721	3869 (13,5%)
2009	25 920	3361 (13,0%)
Усього за 5 років	141 511	17 592 (12,4%)

Показники експертної діяльності по окремих регіонах (експертних установах та підрозділах) України демонструють близькі кількісні показники у кожному окремому регіоні за досліджуваний період часу і значні відмінності у кількості експертиз, що проводяться у порівнянні між регіонами (табл. 2).

Наведена структура експертної діяльності має певний інтерес щодо її більш детального та суттєвого аналізу щодо пояснення відмінностей з метою подальшого удосконалення цієї структури. Слід зазначити, що кількість судово-психіатричних експертиз в окремих регіонах визначається сукупністю факторів впливу на цей показник, а саме кількістю населення у певному регіоні; кількістю кримінальних та цивільних справ за певний проміжок часу; кількістю осіб з психічними розладами; наявними настановами судово-слідчих органів щодо призначення СПЕ тощо. При цьому, кількість експертиз в окремих регіонах, на нашу думку, опосередковано визначає напрямок удосконалення системи СПЕ в Україні щодо необхідної централізації з переглядом ліжкового фонду (кількості стаціонарних ліжок) або взагалі обговоренням низки питань щодо реструктуризації служби.

Таблиця 2

Кількість судово-психіатричних експертиз в різних адміністративно-територіальних одиницях України у 2005–2009 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	2005	2006	2007	2008	2009
Автономна Республіка Крим	2779	2361	2674	2701	2597
Вінницька	549	574	620	614	662
Волинська	552	557	558	549	552
Дніпропетровська	1538	1437	1513	1282	1210
Донецька	3299	3536	3454	3519	3630
Житомирська	550	577	860	690	613
Закарпатська	311	272	311	228	219
Запорізька	911	804	787	851	830
Івано-Франківська	500	522	420	430	433
Київська	1543	1636	1640	1652	*
Кіровоградська	725	676	793	821	764
Луганська	1124	1094	1096	1108	1111
Львівська	1512	1475	1398	1348	1287
Миколаївська	985	1011	995	1025	951
Одеська	1342	1280	1294	1295	1241
Полтавська	875	1012	909	1007	1069
Рівненська	392	391	584	518	462
Сумська	940	902	1001	875	910
Тернопільська	433	516	620	694	709
Харківська	1678	1384	1544	1454	1363
Херсонська	730	669	903	889	810
Хмельницька	593	703	704	748	728
Черкаська	668	767	772	717	687
Чернівецька	560	650	564	665	*
Чернігівська	683	751	766	669	728
м. Київ	2566	2820	2411	2066	2107
м. Севастополь	347	336	281	306	247
Усього по Україні	28685	28713	29472	28721	25920

Примітка: * дані по Київській та Чернівецькій областях за 2009 р. відсутні.

Загальна кількість комплексних експертиз в Україні (табл. 1) включає: 1) комплексні експертизи у кримінальному процесі, зокрема а) комплексні експертизи

підозрюваних та обвинувачених, б) комплексні експертизи у відношенні свідків та потерпілих; 2) комплексні експертизи у цивільному процесі.

Таблиця 3

Контингент підекспертних, яким були проведені комплексні судово-психіатричні експертизи у 2005–2009 рр.

Категорії підекспертних	2005	2006	2007	2008	2009	Усього за 5 років
Підозрювані та обвинувачені	3081 (88,2%)	3021 (89,1%)	3040 (87,5%)	3364 (86,9%)	2916 (86,8%)	15422 (87,7%)
Свідки та потерпілі	277 (7,9%)	298 (8,8%)	329 (9,5%)	406 (10,5%)	333 (9,9%)	1643 (9,3%)
Учасники цивільних справ	137 (3,9%)	72 (2,1%)	107 (3,1%)	99 (2,6%)	112 (3,3%)	527 (3,0%)
Разом	3495 (100%)	3391 (100%)	3476 (100%)	3869 (100%)	3361 (100%)	17592 (100%)

У відповідності з розподілом підекспертних, яким були проведені комплексні СПЕ, переважна кількість (97,0%) таких експертиз спостерігалась у кримінальному процесі, і проводилась у відношенні підозрюваних та обвинувачуваних (коливання показників від 86,8% до 89,1%) та свідків і потерпілих (коливання показників від 7,9% до 10,5%). У цивільному процесі, кількість комплексної СПЕ коливалась у межах від 2,1% до 3,9%. Показники за окремі роки досліджуваного періоду 2005–2009 рр. щодо окремих категорій підекспертних достовірно між собою не відрізнялися (табл. 3, рис. 1).

Наведені цифри свідчать про стабільність і пріоритетність визначення судово-слідчими органами категорій підекспертних у відношенні яких призначаються комплексні СПЕ.

Між тим перерахунок показника комплексних експертиз з урахуванням абсолютної кількості підекспертних певної категорії свідчить, що найбільший відсоток комплексних СПЕ проводиться серед свідків та потерпілих (табл. 4).

У відповідності з отриманими даними, кількість комплексних експертиз за 5-річний період мала певні коливання у межах 3300–3900 експертиз щороку і становила по відношенню до загальної кількості експертиз від 11,8% до 13,0%. За 5-річний період цей показник становив 12,4% (табл. 1). Збільшення загальної кілько-

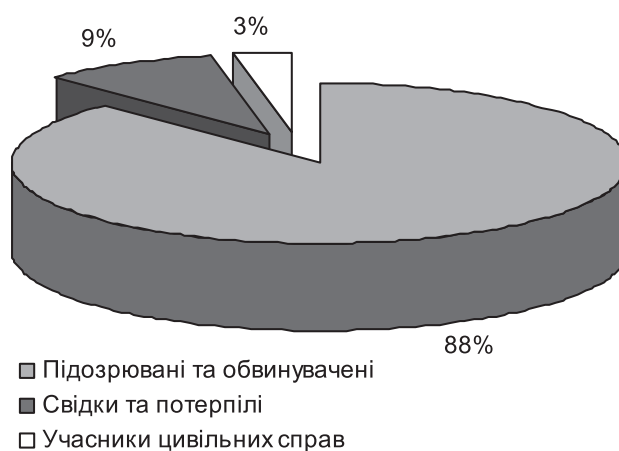


Рис. 1. Розподіл контингентів підекспертних, яким були проведені комплексні судово-психіатричні експертизи протягом 5 років (2004–2009 рр.)

сті експертиз не завжди супроводжувалося збільшенням кількості комплексних СПЕ і навпаки, що показує відсутність прямих кореляційних зв'язків між цими цифрами на рівні загальних показників по Україні, але не виключає таких кореляцій на рівні окремого регіону.

Структура комплексної СПЕ (амбулаторної і стаціонарної) свідчить про неоднозначність динаміки показників в окремих регіонах України за період 2005–2009 рр. (табл. 5).

Таблиця 4

Кількість комплексних судово-психіатричних експертиз серед різних категорій підекспертних (дані за період 2005–2009 рр.)

Категорії підекспертних	Загальна кількість судово-психіатричних експертиз	Кількість комплексних судово-психіатричних експертиз	Питома вага комплексних судово-психіатричних експертиз
Підозрювані та обвинувачені	106841	15422	14,4%
Свідки та потерпілі	2892	1643	56,8%
Учасники цивільних справ	31478	527	1,7%
Усього	141511	17592	12,4%

Таблиця 5

Кількість комплексних (амбулаторних і стаціонарних) судово-психіатричних експертиз в різних адміністративно-територіальних одиницях України у 2005–2009 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	2005		2006		2007		2008		2009	
	амб.	стац.	амб.	стац.	амб.	стац.	амб.	стац.	амб.	стац.
АР Крим	329	99	242	92	266	100	252	122	324	110
Вінницька	21	67	27	71	13	77	18	80	59	130
Волинська	81	5	91	8	85	5	98	2	82	3
Дніпропетровська	3	98	30	114	28	69	1	114	0	104
Донецька	172	12	163	10	189	14	231	20	256	6
Житомирська	121	0	117	0	147	0	192	0	157	0
Закарпатська	35	0	23	0	25	0	11	0	0	0
Запорізька	8	0	14	1	37	0	29	0	41	1
Івано-Франківська	9	0	6	0	6	0	14	0	7	0
Київська	302	0	275	0	242	0	256	0	0	0
Кіровоградська	23	0	25	0	33	0	42	0	38	0
Луганська	44	88	69	111	90	80	62	118	64	134
Львівська	15	61	9	61	50	63	32	79	40	66
Миколаївська	15	0	26	0	65	0	53	0	44	0
Одеська	100	10	91	27	91	23	111	21	103	34
Полтавська	194	0	234	0	227	0	200	0	197	0
Рівненська	130	0	121	0	108	0	156	0	118	0
Сумська	37	12	28	16	61	27	54	32	75	33
Тернопільська	126	0	150	0	199	0	187	0	205	0
Харківська	16	17	21	11	34	16	28	20	29	24
Херсонська	45	29	62	38	58	40	71	38	83	34
Хмельницька	19	27	26	24	15	13	8	17	13	21
Черкаська	58	0	60	0	0	0	72	0	43	0
Чернівецька	140	0	222	0	146	0	150	0	0	0
Чернігівська	67	0	39	0	50	0	73	0	18	0
м. Київ	255	131	223	121	172	97	140	117	66	125
м. Севастополь	21	6	40	3	31	2	38	0	26	1
Усього по Україні	2386	662	2434	708	2468	626	2579	780	2088	826

Так, в деяких з них має місце тенденція до зростання амбулаторних чи стаціонарних СПЕ (Вінницька, Донецька, Житомирська, Київська, Полтавська, Тернопільська, Хмельницька області), в деяких регіонах ці показники є більш стабільними з невеликим або більш значним коливанням (АР Крим, Волинська, Луганська, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Рівненська, Сумська, Херсонська, Черкаська, Чернівецька, Чернігівська області, м. Київ), в деяких — мають тенденцію до зниження (Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Львівська, Харківська області, м. Севастополь). Для більшості регіонів (-

і в цілому по Україні) притаманним є коливання кількості комплексних СПЕ без якихось стабільних тенденцій. Хоча для доказового констатування тих чи інших тенденцій потрібно проводити аналіз динаміки за більш тривалий період часу.

Детальний порівняльний аналіз структури комплексної експертизи як по окремим регіонам з точки зору динаміки взагалі та динаміки амбулаторної і стаціонарної експертизи (в тих регіонах де проводиться стаціонарна експертиза), так і між окремими регіонами потребує окремого трудомісткого аналітико-статистичного дослідження, між тим результат такого дослідження

дження без одночасного вивчення якісних характеристик комплексних експертиз, що проводяться в окремих регіонах, апіорі не має суттєвого значення щодо удосконалення (поліпшення) діяльності цього напрямку СПЕ.

Показники кількості комплексних експертиз у окремих регіонах у перерахунку на загальну кількість експертиз у цих регіонах демонструють показник питомої ваги комплексних СПЕ (нами наведено такі дані за 2008 та 2009 роки) (рис. 2, 3).

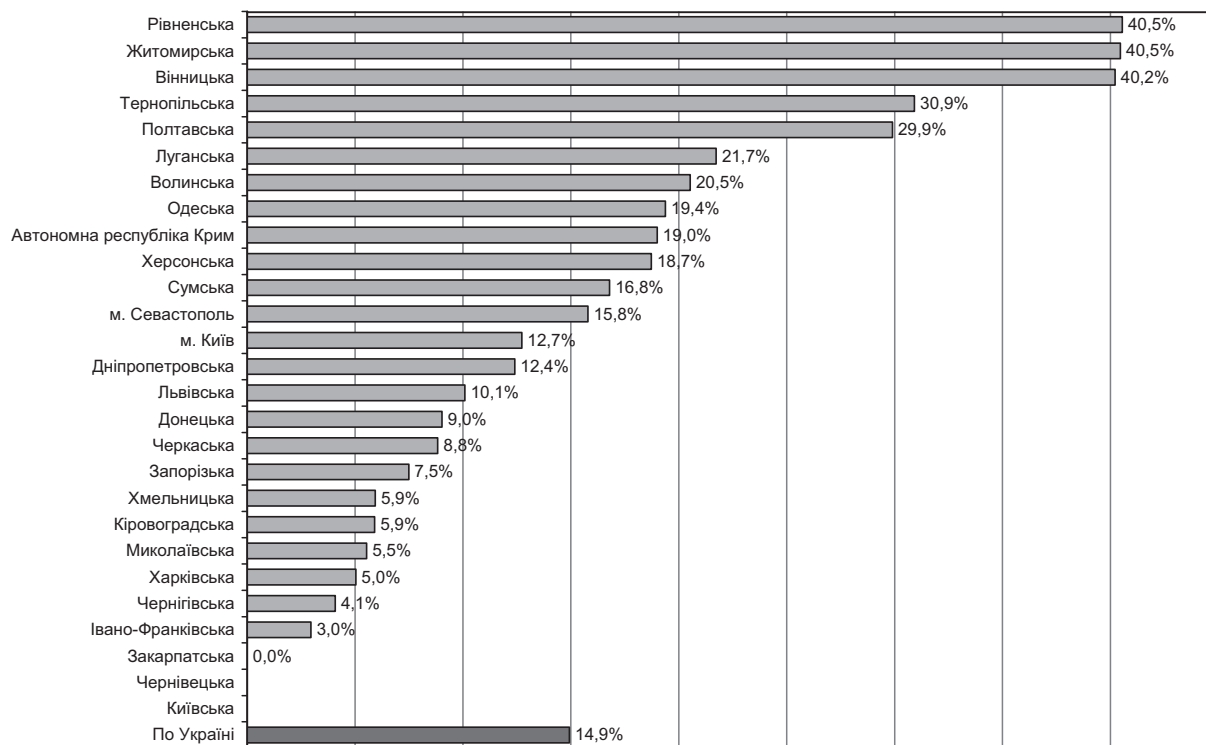


Рис. 2. Питома вага комплексних судово-психіатричних експертиз в різних адміністративно-територіальних одиницях України у 2008 р. (у відсотках від загальної кількості судово-психіатричних експертиз)

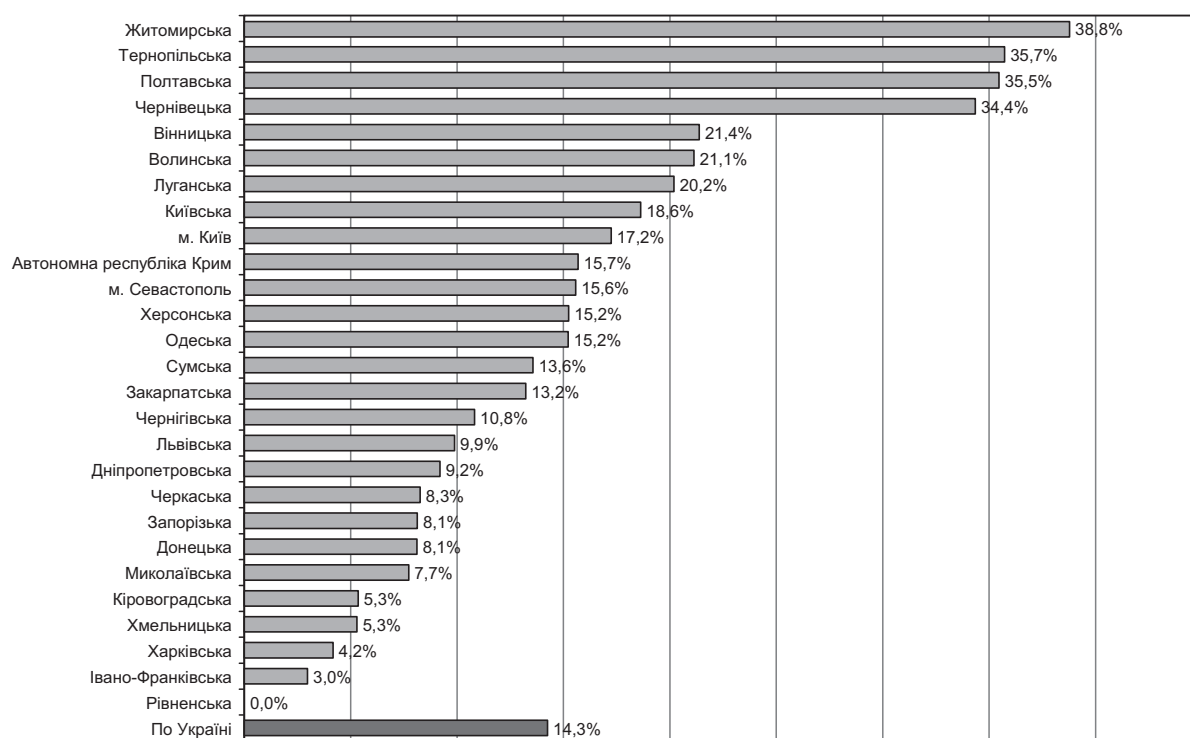


Рис. 3. Питома вага комплексних судово-психіатричних експертиз в різних адміністративно-територіальних одиницях України у 2009 р. (у відсотках від загальної кількості судово-психіатричних експертиз)

Отримані результати свідчать про значний розкид показників — від 0% до 38–40%, при середньому показнику по Україні — 14%. Отримані дані потребують: а) визначення структури комплексних СПЕ у регіонах, що надто відрізняються від середнього значення, б) аналізу причин таких розбіжностей (в першу чергу чи пов'язані вони з вимогами судово-слідчих органів, чи з позицією експертних підрозділів), в) аналізу якості, обґрунтування, суттєвого наповнення комплексних СПЕ, що займають біля половини від проведених у регіоні СПЕ.

Узагальнюючи аналіз наведених статистичних показників слід констатувати, що отримані дані викликають більше запитань, ніж дають відповідей та розуміння клініко-організаційної діяльності, що має ними висвітлюватися. Ці дані свідчать про необхідність

отримання більш суттєвих, якісно наочних показників стосовно комплексної СПЕ та демонструють і підтверджують відсутність односпрямованих, загальноприйнятих, стандартизованих підходів щодо призначення та проведення комплексної СПЕ в Україні.

Література:

1. Мохонько А. Р., Щукина Е. Я. Актуальные проблемы организации судебно-психиатрической экспертной службы в Российской Федерации // *Архив психиатрии*. — 2008. — Т. 14, № 4. — С. 27–31.
2. Ревенок А. А., Арсений Т. М. Судово-психіатрична експертиза в Україні (2006–2007 роки) // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. — 2008. — № 2. — С. 33–44.
3. Первомайский В. Б., Канищев А. В. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза: заблуждения и реальность // *Архив психиатрии*. — 2006. — Т. 12, № 1–4. — С. 175–179.

АНАЛИЗ ОТРАСЛЕВОЙ СТАТИСТИКИ ПО КОМПЛЕКСНЫМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИМ ЭКСПЕРТИЗАМ В УКРАИНЕ ЗА ПЕРИОД 2005–2009 ГОДОВ

В. Р. Илейко, А. В. Канищев

В статье проанализирована отраслевая статистическая отчетность МЗ Украины в отношении комплексных судебно-психиатрических экспертиз. Показаны общее количество, структура, региональные различия распространенности таких экспертиз. Более детального изучения требует значительный разброс показателей комплексных судебно-психиатрических экспертиз в различных регионах Украины.

Ключевые слова: комплексная судебно-психиатрическая экспертиза, комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза

ANALYSIS OF BRANCH STATISTICAL REPORTS CONCERNING MULTISPECIALTY FORENSIC PSYCHIATRIC EXPERTISE IN UKRAINE (2005–2009)

V. R. Ileyko, A. V. Kanishchev

The article deals with analysis of branch statistical reports concerning multispecialty forensic psychiatric expertise in Ukraine during 5 years (from 2005 to 2009). General qualitative data, rates, structure and regional differences are shown. The vast dispersion of regional rates of multispecialty forensic psychiatric expertise needs more detailed investigation.

Keywords: multispecialty forensic psychiatric expertise, psychological and psychiatric forensic expertise, statistical reports

НАРКОЛОГІЯ

І.К. Сосін¹, В.В. Шаповалов (мол.)¹, О.Ю.Гончарова¹, Ю.Ф.Чусь¹, М.О. Овчаренко², О.В.Друзь¹

КОМПЛЕКСНА НАНОТЕХНОЛОГІЧНА ДЕТОКСИКАЦІЯ

ПРИ ОПОЇДНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ:

НОВІ ПЕРСПЕКТИВИ НАРКОЛОГІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти¹

Луганський державний медичний університет²

Ключові слова: опіоїдна залежність, синдром відміни, купірування, нанотехнологічні способи, мембранний плазмаферез, магнітно-лазерна терапія

Серед найбільш актуальних терапевтичних проблем ургентної наркології провідне місце займає пошук нових, більш ефективних, патогенетично обґрунтованих підходів до купірування невідкладних станів наркотичного генезу (синдрому відміни, гострих психопатологічних, поведінкових та сомато-неврологічних розладів, больового синдрому, судомних ускладнень станів аддикції, тяжких розладів емоційної та вольової сфери). Клініку та стан пацієнта при цьому формує, перш за все, синдром екзогенної і ендогенної інтоксикації, що безпосередньо зумовлене хронічним зловживанням психоактивних речовин і фізичною залежністю від них, їх аномально високими дозами (мегадозами), дисоційованими співвідношеннями концентрацій продуктів метаболізму в організмі наркозалежних, а також імунологічними порушеннями (поява циркулюючих в крові патогенних імунних комплексів), зростанню рівня середньо-молекулярних пептидів як відображення токсикозу, порушеннями нейромедіаторного обміну (наприклад, високий вміст дофаміну) тощо. Під ендотоксикозом розуміють накопичення в тканинах і біологічних рідинах організму надлишку продуктів нормального або порушеного обміну речовин і клітинного реагування.

Наведене лежить в основі виникаючих поліорганних (коморбідних) ускладнень внаслідок декомпенсації фізіологічних (природних) детоксикаційних механізмів.

У зв'язку з цим, обов'язковою складовою відомих в наркології терапевтичних програм лікування невідкладних станів є інтенсивне усунення інтоксикаційного фактору та купірування клінічних проявів синдрому відміни наркотиків. Першочергові лікувальні заходи при цьому реалізуються двома основними підходами.

1. Методи дезінтоксикаційної терапії (заходи, спрямовані на фармакологічну, фітотерапевтичну або іншу стимуляцію й оптимізацію фізіологічних систем організму, відповідальних за елімінацію токсичних речовин, ксенобіотиків). Основними принципами її є посилення перфузії тканин із метою створення умов для пасажної дифузії токсичних чинників з уражених клітин, тканин і органів у загальний кровотік; гемоділю-

ція, що супроводжується зниженням концентрації токсинів у плазмі крові; форсування діурезу, внаслідок чого токсини й метаболіти виводяться з організму в форсажному режимі; нормалізація функціонального стану гепатоцитів, які є найважливішою ланкою в детоксикаційних метаболічних перетвореннях, боротьба з метаболічним ацидозом і відновлення енергетичного обміну.

2. Методи ексфузійної (еферентної) детоксикації, спрямовані на очищення внутрішнього середовища організму прямим видаленням ксенобіотичних речовин. До засобів еферентної детоксикації клінічна медицина відносить: плазмаферез, гемосорбцію, лімфосорбцію, гемодіаліз, ультрафіолетове опромінювання крові, внутрішньовенне та надвене (трансдермальне) лазерне опромінювання крові, кисневу терапію, озонотерапію та ін.). Ці процедури передбачають видалення із крові і плазми токсинів, імунних комплексів й біохімічних субстратів, - тобто усього того, що є причиною формування невідкладних станів в наркології [1,2].

3. Відома в наркології патогенетична медикаментозна дезінтоксикаційна терапія базується на використанні чисельних фармакологічних препаратів. Серед них - унітіол, натрію тіосульфат, магнію сульфат, інсулін (малі дози), вітаміни, дімедрол, корглюкон, седуксен (діазепам, реланіум), оксібутират натрію, сульфозин, пірогенал, цитітон, лобеліна гідрохлорид, карбамазепін, антидепресанти, ноотропні, мікроелементні препарати, фітокомпозиції та ін. Для одержання волемічного дегідратаційно-детоксикаційного ефекту застосовуються розчин натрію хлориду, розчин глюкози та ін.). Основними компонентами дезінтоксикаційної терапії при невідкладних станах алкогольного генезу до теперішнього часу вважаються також розчини кристалодів (електроліти, глюкоза) і колоїдний розчин синтетичного полімеру полівінілпіролідону. Даний арсенал детоксикаційної наркології забезпечує можливість вибору програми лікування з додержанням принципів патогенетичної спрямованості, комплексності, диференціації та індивідуалізації [3].

Разом з тим, практично всі відомі методи дезінтоксикаційної терапії, які застосовуються при лікуванні

невідкладних станів в наркології, мають істотні недоліки: недостатня ефективність фармакологічних препаратів, відносно повільний регрес клінічної симптоматики, нерідкі випадки наявності у пацієнтів високої резистентності до призначеної терапії. Спостерігаються побічні ефекти, ускладнення, ризик та негативні наслідки поліпрагмазії. Крім того, у хворих наркологічного профілю практично завжди є безліч протипоказань й обмежувальних факторів щодо призначення фармакологічних препаратів. Так, зокрема, патологія печінки, яка часто зустрічається у даного контингенту пацієнтів, значно обмежує призначення медикаментозної терапії в повному обсязі. Вважається, що фармакотерапія може доповнювати наявну наркотичну інтоксикацію.

Другим напрямком пошуку більш ефективних методів лікування невідкладних станів в наркології є еферентна терапія, в арсеналі якої найбільш адекватною для сучасної наркології є плазмаферез [4].

Технологічною основою плазмафереза є дозована (- в залежності від тяжкості невідкладного стану хворого) апаратна (або безапаратна) венозна ексфузія крові з наступним екстракорпоральним її механічним роз'єднанням центрифужним, гравітаційним, фільтраційним (мембранним) способами на плазму і формені елементи, видалення токсичних речовин разом з плазмою й завершальним зворотнім внутрішньовенним введенням плазмозамінника разом з форменими елементами. Об'єм видаленої плазми (максимально – біля 1,0 л), і об'єм плазмозамінника (розчин натрію хлориду) при цьому повинні співпадати. Вважається, що пряме видалення з організму комплексу токсичних факторів (разом з плазмою, в якій вони розташовані) може здійснювати радикальний вплив на самий механізм формування, розвитку й купірування невідкладних станів.

Однією з необхідних умов для проведення плазмаферезу є системна гепаринізація і використання антикоагулянту цитрату натрію, що знижує та блокує тромбоутворення в крові. В якості антикоагулянту використовується також "Глюгіцир", до складу якого входить 2% розчин цитрату натрію.

В сучасних апаратах плазмаферезу нового покоління (наприклад «Гемофенікс») передбачено автоматизоване здійснення більшості маніпуляцій, що виключає можливість негативних наслідків так званого людського фактора, забезпечує гарантовану стерильність та безпеку маніпуляції. В сучасній практиці невідкладної медицини перевага віддається фракційному розподілу крові з застосуванням одноразових мембранних фільтрів (наприклад, «Роса»), за одноклоковою схемою підключення. Мембранний механізм фільтрації крові найбільш фізіологічний, тому що небезпечність пошкодження клітин крові (на відміну від традиційного центрифужного плазмаферезу) мінімальна.

Ефект плазмаферезу полягає не тільки в безпосередньому видаленні токсинів й патологічно змінених імунних комплексів, але й у загальній неспецифічній стимулюючій дії на обмін речовин, імунний статус, мікроциркуляцію й метаболізм кисню в тканинах, що

підвищує чутливість хворого до проведеної фармакотерапії й відповідно до скорочення тривалості й інтенсивності гострих станів, зменшенню ризику виникнення ускладнень, істотному поліпшенню суб'єктивного самопочуття хворих й об'єктивних клінічних показників [4,5,6,7, 8].

Разом з тим, метод плазмаферезу має деякі недоліки. Основний з них обумовлений тим, що плазмаферезне очищення крові стосується лише об'єму циркулюючої в судинному руслі під час процедури крові й не торкається, по-перше, депонованої крові, по-друге, - внутрішньоклітинних й міжклітинних біологічних рідинних середовищ організму.

У зв'язку із цим, при лікуванні невідкладних станів наркотичного генезу із застосуванням плазмаферезної детоксикації, через 12 - 14 годин після процедури, внаслідок дифузії токсичних речовин із клітин і міжклітинного простору й депонованої крові в судинне русло, спостерігається друга хвиля, рецидив клінічних ознак інтоксикації (наприклад, дратівливості, ваблення до психоактивних речовин, больового синдрому тощо). Повторний же курс плазмаферезу рекомендовано проводити через 3 доби, що диктує призначення проміжних та ефективних дезінтоксикаційних фармакологічних та немедикаментозних зусиль.

Метою нашого дослідження було обґрунтування, розробка та диференційоване застосування на фоні традиційної фармакотерапії синергетично поєднаних нанотехнологічних методів купірування невідкладних станів в клініці опіоїдної залежності.

Для усунення відомих недоліків плазмаферезу нами вже запропоновані різні модифікації цього методу - комбіноване застосування з іншими терапевтичними підходами (фармакологічними препаратами та біофізичними лікувальними факторами). Терапевтичні зусилля на даному етапі повинні бути спрямовані на поліпшення параметрів загальної гемодинаміки, на інтенсифікацію мікроциркуляції, ліквідацію гіпоксії, превентивне попередження рецидиву абстинентної симптоматики, ознаки якої спостерігаються через 12 – 14 годин після першого сеансу плазмаферезу. Це передбачає модифікований варіант мембранного плазмаферезу: ідея й новизна якого полягає в тому, що ініціація пасажу депонованої крові у загальний кровообіг, та міграція наркотичних речовин з тканин та міжклітинних середовищ, а також активація метаболічних процесів досягається комбінованим тандемним поєднанням плазмаферезу з кисневою гіпербаротерапією, що обґрунтовано та доведено в наркологічній клініці кафедри наркології ХМАПО [9].

Другою новою модифікацією мембранного плазмаферезу є спосіб, який передбачає використання комбінованої терапії невідкладних станів (на моделі постінтоксикаційного абстинентного синдрому): плазмаферез + сорбілакт (реосорбілакт) + нікотинова кислота + інгаляції медичного кисню при звичайному атмосферному тиску. Основні технологічні принципи даного підходу є підвищення ефективності лікування за рахунок приско-

реного й більш ретельного виведення токсикантів із плазмою крові, скорочення терміну лікування, безпосередньо перед проведенням процедури плазмаферезу внутрішньовенно крапельно вводиться Сорбілакт (Реосорбілакт), внутрішньом'язово - нікотинова кислота і інгаляційним способом – медичний кисень [10].

Вибір оригінальних комплексних інфузійних препаратів Сорбілакт і Реосорбілакт, як замінників плазми, за новим призначенням в наркології щодо комплексного застосування їх з процедурою мембранного плазмаферезу обґрунтовується розробниками способу тим, що ці препарати добре себе зарекомендували у загально клінічній практиці [11].

Для практики плазмаферезної детоксикації в наркології важливим є той факт, що Сорбілакт і Реосорбілакт, по своїм фармакологічним властивостям та оригінальності складових (сорбітол в адаптованій для різних клінічних ситуацій осмотичній концентрації відносно плазми крові, натрію лактат, основні життєво важливі катіони), не тільки обумовлюють виражені дезінтоксикаційні ефекти, але й сприяють дезагрегації еритроцитів (як об'єкт патогенетичної плазмаферезної модифікації), значно поліпшують гемодинамічні показники, посилюють або відновлюють мікроциркуляцію та перфузію тканин.

Так, доведено, що препарати Реосорбілакт і Сорбілакт, завдяки гіперосмолярності, спричиняють надходження рідини з міжклітинного простору в судинне русло, що сприяє поліпшенню мікроциркуляції та перфузії тканин, чим вирішується важливе завдання дезінтоксикаційної терапії. Переміщення рідини з міжклітинного сектору у внутрішньосудинний супроводжується збільшенням ОЦК за рахунок підвищення об'єму плазми, тобто гемоділюцією. Крім того, препарати селективно зв'язують токсини з утворенням більш великих комплексів, які є більш уразливими терапевтичними мішенями для мембранного плазмаферезу.

Разом з тим, відомо також, що Реосорбілакт і Сорбілакт можуть виклимати побічні ефекти у формі алкалозу, алергічних реакцій (шкірна висипка, сверблячка), особливо при багаторазових введеннях препаратів.

Включення нікотинової кислоти в комплекс способу-прототипу пояснюється наявністю у даного препарату вираженого судинорозширювального (гіперемічного) ефекту, що стимулює кровообіг та в свою чергу сприяє збільшенню ОЦК за рахунок виходу в судинне русло депонованої крові. Це тим більш важливо, що при невідкладних станах в наркології спостерігається зменшення ОЦК («згущення крові», «гіповолемія» - згідно реаніматологічної термінології).

Медичний кисень, включений до комплексної терапії до способу-прототипу, поліпшує метаболічні, детоксикаційні процеси, сприяє ліквідації гіпоксичного фактору, позитивно впливає (стимулює функціональну діяльність серцево-судинної системи (у т.ч. і капілярної), що також додає синергетичні передумови виведення токсинів і шкідливих метаболітів у кровоток для плазмаферезного очищення.

В основі формулювання фабули нашої творчої задачі щодо розробки наступного нового способу високої детоксикаційної синергетичної ефективності в наркології, була ідея селекції, комплексного поєднання таких сучасних терапевтичних біофізичних факторів, які відповідають критерію їх абсолютної або відносної причетності (асоційованості) до сфери діапазонів ультрамалих, нанотехнологічних величин («нанотехнологічна детоксикація» - за нашою термінологією).

По-перше, цієї вимозі відповідає сучасний мембранний плазмаферез, ключовою особливістю якого є наявність нанотехнологічної складової в досягненні якісних селективних ультрафільтраційних ефектів гемомодифікації: високотехнологічне моделювання пор мембранного фільтру діаметром (400 нм), який менше діаметру еритроцитів (середній діаметр 7550 ± 9 нм), що забезпечує надійне їх відокремлення від забрудненої ксенобіотичними комплексами та призначеної у зв'язку з цим до видалення плазми крові.

По друге, це застосування в детоксикаційній наркології таких нанотехнологічних біофізичних факторів, які визивають прискорені терапевтичні експрес-ефекти. В нашому дослідженні це лазерне опромінювання інфрачервоного діапазону (довжина хвилі 860 нм), дія якого здійснюється у постійному магнітному полі фізіологічної інтенсивності (потужність 50 - 100 мТл).

Таким чином, суть способу купірування невідкладних станів при опіоїдній залежності полягає в технологічно інтегрованому тандемному поєднанні процедури мембранного плазмаферезу з методом магніто-лазерної терапії (13). Остання проводиться через 12 – 14 годин після процедури мембранного плазмаферезу, коли з'являються ознаки рецидиву абстинентних розладів (наприклад, у формі больового синдрому).

В сучасному розумінні магніто-лазерна терапія базується на сполученні одночасної терапевтичної дії низькоінтенсивного лазерного випромінювання й магнітного поля, що селективно обумовлює інтенсифікацію циркуляції (притоку й відтоку крові) не тільки в судинному руслі, але й в тканинах, активізує системну та локальну мікроциркуляцію. Магнітне поле посилює проникнення низькоінтенсивної лазерної енергії в біотканини, обмежує його розсіювання і відображення, володіє додатковим знеболюваним ефектом, оптимізує терапевтичну дію лазерного опромінювання.

Для проведення трансдермальної магніто-лазерної терапії застосовується інфрачервоне опромінювання (довжина хвилі 860 нм (0,86 мкм), потужність 15 - 20 мВт, експозиція 2-3 хвилини), яке здійснюється у комплексі з застосуванням спеціальних насадок, генеруючих магнітну індукцію 50-100 мТл. Магнітна насадка за допомогою вузла стикування фіксується на магністральному лазерному світловоді. Метод впливу - контактно-компресійний. Магніто-лазерний опромінювач фіксується в больовому Locus morbi на період експозиції.

Магніто-лазерному впливу підлягають рефлексогенні зони та точки акупунктури (згідно патогене-

тично підібраного акупунктурного рецепту), які розташовані (або прилегли) в зонах больових ділянок у хворих на опійну наркоманію. По розробленій нами методиці магніто-лазерній експозиції при опіоїдній залежності найбільш часто підлягають зони ліктьових та колінних суглобів, грудний та поперековий відділ хребта.

Про наявність вираженого детоксикаційного ефекту запропонованого способу засвідчує наступний клінічний приклад.

Хворий А., 25 років. Народився в родині службовців, у розвитку від однолітків не відставав, з відмінністю закінчив школу, потім залізничний інститут. Почав працювати в сфері менеджменту, були гарні перспективи для професійного й кадрового росту за обраним фахом. Не одружений. У віці 23 років, на вечірці випадково, за порадою дорослого знайомого, вперше спробував інтраназально героїн, який втягував у ніс за допомогою спеціальної трубочки. Виниклий стан «незвичайного кайфу», ейфорії й седатії сподобалися відразу, хоча після першої проби й були неприємні соматовегетативні прояви у вигляді нудоти, блювоти, запаморочення, млявості, загального дискомфорту. На другий день прицільно став шукати зустрічі зі знайомим для повторної наркотизації, протягом наступних 2-х тижнів щодня приймав до 0,2-0,5г героїну (по вуличних мірках). При спробі самостійно припинити наркотизацію спочатку відчував почуття загального психологічного дискомфорту, від чого пацієнт позбавлявся прийомом невеликих доз героїну, а потім виявив у себе явища «ломки» з вираженим больовим синдромом, безсонням, депресивними розладами. Спонтанні перерви в прийомі наркотику тривали по 8-10 діб, потім знову повертався до прийому наркотику, добові дози якого постійно зростали. У зв'язку з підвищенням толерантності перейшов на ін'єкційне введення героїну, потім все частіше («через дорожнечу героїну») став звертатися до введення кустарного опію. Залишив роботу, з'явилися серйозні проблеми в родині. Змінився характер: під час відсутності наркотику був нервовим, дратівливим, швидко розвивалися больові відчуття в суглобах ніг, зап'ястях, плечових суглобах, спині «тягнучого, викручуючого» характеру. Цей стан супроводжувався ознобом, діареєю, нудотою, сльозотечею, чиханням, вираженим потягом до наркотику. Безуспішно намагався самостійно припинити вживання наркотику. Утворилася тверда система наркотизації з важкими явищами фізичної й психічної залежності. У черговий раз вирішив припинити наркотизацію, вирішив звернутися за допомогою до лікаря-нарколога.

Призначено курс традиційної детоксикаційної терапії з корекцією соматичних, неврологічних і психопатологічних розладів. Але стан хворого не поліпшувався. Через 3 дні у хворого загострився алгічний синдром: генералізований біль у всьому тілі, у суглобах рук і ніг, у хребті. На тлі больових розладів збільшилися афективні розлади у вигляді емоційної лабільності, пригніченості, загострення іпохондричної сим-

птоматики, з'явилися виражені спади настрою, дратівливість, прояви вербальної агресії. Стійкими порушеннями сну, астеною, вегетативною симптоматикою. Хворий почав висловлювати думки про припиненні лікування, що відбивало актуалізацію патологічного потягу на тлі загострення больової симптоматики.

Стан хворого (виражений гострий больовий синдром, стійкі диссомнічні розлади, дисфоричні імпульси, прояви агресивної поведінки, настрій на відмову від лікування і другі ознаки абстинентних розладів, резистентність до фармакотерапії, яка проводилася на протязі трьох днів перебування в наркологічному стаціонарі) були підставою рекомендувати комплексну нанотехнологічну детоксикацію - мембранний плазмаферез + магніто-лазерна терапія на фоні продовження традиційної медикаментозної терапії.

Під час процедури мембранного плазмаферезу уведено: гепарину 10 тис. од, натрію хлориду 0,9% 1400,0 мл, що використовувалося для заповнення екстракорпорального контуру й обмінного заміщення плазми, що видаляється, глюцицир (натрію цитрат) 200,0 мл - консервант крові, що забезпечує стабільну й безперебійну роботу плазмодіфільтру. Протягом сеансу видалено 900,0 мл плазми. Плазма являла собою непрозору, мутну грязно-жовту рідину, що містила велику кількість плаваючих конгломератів темного кольору. Цей факт демонструвався пацієнту та вербально опосередковувався з метою стресопсихотерапевтичної ініціації позитивних мотивацій на продовження лікування та відмову від наркотиків.

Стан хворого значно поліпшився безпосередньо після процедури мембранного плазмаферезу: з'явився апетит, хворий поїв. Підвищився настрій. Зникли прояви агресивної поведінки. Спав до вечора. Після прийому ліків по традиційній схемі та вечері ніч спав. На другий день висловив позитивну мотивацію - забажав пройти повний курс лікування.

Через 12 годин після плазмаферезу, на фоні традиційної фармакотерапії, відновилися деякі незначні ознаки синдрому відміни: больові відчуття в суглобах, ознаки зниженого настрою.

Відразу хворому був проведений сеанс магніто-лазерної терапії. Магнітна індукція становила 50 мТл. Вплив здійснювався в локальних рефлексогенних зонах компресійно-контактним способом протягом 2-2,5 хв. на одну точку. На один сеанс було обрано 6 точок акупунктури, розташованих в області локальних артралгій, а також дистальні точки протибольового й загальнозміцнювального плану (36 ЙЙ11 ЙЙ). Сумарний час впливу - 15 хвилин, опромінення області суглобів вироблялося таким чином, щоб максимум впливу доводився на проекцію суглобної щілини. Додатково впливали методом магніто-лазерного сканування на паравертебральні зони на рівні C5-D2, L2-S2 (важаючи больові відчуття в суглобах верхніх та нижніх кінцівок, відповідно).

Курсове магніто-лазерне лікування продовжувалося 3 дні, по одному сеансу щоденно. Традиційна меди-

каментозна терапія продовжувалася на фоні поступового зниження доз та відміни препаратів.

Проведений один сеанс мембранного плазмаферезу та короткострокове застосування магніто-лазерної терапії на фоні традиційної медикаментозної терапії дозволило впродовж трьох днів забезпечити якісне купірування синдрому відміни у хворого на опіоїдну залежність. На протязі подальшого перебування пацієнта у наркологічному стаціонарі були підключені методи психокорекції та симптоматична фармакотерапія (як реагування на дані кардіографічного, електроенцефалографічного, біохімічного обстеження тощо). Стан здоров'я пацієнта та його зовнішній вигляд значно поліпшився. Стабілізувалися антинаркотичні мотивації. Рецидивів абстинентної симптоматики не спостерігалось.

Катамнез 1,5 роки. Наркотики не вживає. Періодично з'являється на прийом до лікаря-нарколога з метою одержання підкріплюючих психокорекційних сеансів та у зв'язку з появою провісників ваблення до наркотизації (поява тематичних сновидінь, дратівливості, немотивованих епізодів депресії, нервової напруги після реальних стресів тощо)..

Таким чином, як показує наше клінічне спостереження, а також аналогічні результати пролікованої групи хворих на опіоїдну залежність під час абстинентних психічних, поведінкових та соматичних розладів (усього 24 хворих, усі чоловічої статі, віком від 20 до 31 року) Спосіб комплексної нанотехнологічної детоксикації при опіоїдній залежності з застосуванням мембранного плазмаферезу + магнітно-лазерної терапії та на фоні традиційної фармакотерапії забезпечує швидкий детоксикаційний ефект, скорочує термін та якість купіруючої терапії.

Нанотехнологічна ультрафільтрація крові за допомогою мембранного плазмаферезу (одна процедура в 3 дні, 1 – 3 сеанси), додаткових щоденних сеансів магніто-лазерної трансдермальної терапії (щоденно один сеанс, 3 – 5 сеансів курсової терапії) та на фоні традиційного медикаментозного лікування є новим ефективним підходом в лікуванні невідкладних станів при опіоїдній залежності [13].

З метою можливості відтворення способу наводимо формулу корисної моделі. Спосіб комплексної нанотехнологічної детоксикації при опіоїдній залежності методом мембранного плазмаферезу і фармакологічної терапії, який відрізняється тим, що з метою прискореної і якісної елімінації токсичних речовин, підвищення клінічної ефективності та скорочення терміну лікування, здійснюють мембранний плазмаферез 1 – 2 сеанси з інтервалом в 3 дні (наприклад, за допомогою апарата «Гемофенікс» і 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 больового синдрому та інших ознак синдрому відміни, додатково проводять контактнo-компресійним способом (1 раз на день, на протязі 3-5 днів) трансдермальне опромінювання локальних больових зон і точок акупунктури, комбінованою магніто-лазерною методикою з параметрами: експозиція на одну точку – 2 – 2,5 хв., 4 – 6 точок на один сеанс, загальна експозиція 10 – 15 хв., діапазон лазерного опромінювання – інфрачервоний, довжина хвилі 860 – 890 нм, (0,86-0,89 мкм), потужність 5-10 мВт, магнітна індукція 40 – 50 мТл.

Вважаємо, що нанотехнологічні підходи (нанотерапія) в лікуванні станів аддикції є перспективною сферою наукових досліджень та клінічної практики в наркології.

Література:

1. Стрелец Н.В., Деревлев Н.Н., Уткин С.И. Сорбционные, электрохимические и гравитационные методы в современной медицине. Тезисы Всероссийской конференции. М., 1999. – С. 117; 2. 2. Воинов В.А. Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез. М.: Новости, 2006. – 304 с.).
3. Лекции по клинической наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца. М.: Российский благотворительный фонд "Нет алкоголизму и наркомании", 1995. – 216 с.
4. Малин Д.И. Плазмаферез в психиатрии и наркологии. М. 1997. – 187 с.).
5. Пишель В.Я., Поливяна М.Ю., Карачевский А.Б. Ликвальный плазмаферез у терапии абстинентного синдрома у хворих на опію наркоманію. Методичні рекомендації. - Київ, 19984.
6. Зеликсон Б.М. Мембранный плазмаферез эффективное и доступное средство детоксикации // Современные технологии в здравоохранении - 2001, №4. – С. 15–16.
7. Стрелец Н.В. Неотложные состояния в наркологии. В кн.: Пособие по наркологии. Под ред. Н.Н.Иванца. М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – 504 с. – С. 57–82; 5.. – 12 с.
8. Воинов В.А. Мембранный плазмаферез: Рекомендации для врачей. Издание второе. М., Эскулап, 2003. – 46 с.
9. Сосін І.К., Чуєв Ю.Ф., Гончарова О.Ю., Кіренков А.М. Метод мембранного плазмаферезу в комплексному лікуванні невідкладних станів в наркології. Методичні рекомендації. - Київ, 2009. – 27 с.
10. Сосін І.К., Гончарова О.Ю., Волков О.С. та ін.) «Спосіб інтенсивної детоксикаційної терапії при невідкладних станах наркотичного генезу». Патент на корисну модель №24574. (51) МПК (2006) А61Р39/00. 10.07.2007, Бюл. № 10.
11. Гуменюк М.І. Сорбілакт і Реосорбілакт – базисні препарати сучасної дезінтоксикаційної терапії // Українська медична газета, № 4, 2006. – С. 32 – 33. – спосіб-аналог передбачуваної корисної моделі.
12. Сосін І.К., Гончарова О.Ю., Тищенко К.В., та ін. «Спосіб комплексної детоксикаційної терапії при невідкладних станах алкогольного генезу». Деклараційний патент на корисну модель № 20470. (51) МПК (2006) А61К 31/00. Публ. 15.01.2007. Бюл. № 1.
13. Сосін І.К., Шаповалов В.В. (мл), Гончарова О.Ю., Шаповалова В.О., Чуєв Ю.Ф., Шаповалов В.В., Черних В.П. 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) (51) МПК (2009); А61М 1/36; А61Н 3900. Опубл. 10.09.2010. Бюл № 17.

КОМПЛЕКСНАЯ НАНОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ ПРИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ НАРКОЛОГИИ

И.К. Сосин, В.В. Шаповалов (мл.), Е.Ю.Гончарова, Ю.Ф.Чуев, Н.А. Овчаренко, О.В.Друзь

Обосновано и внедрено дифференцированное применение при опиоидной зависимости нанотехнологический подход, который состоит в синергетической интеграции мембранного плазмафереза и магнито-лазерной терапии. На модели клинической иллюстрации показана эффективность метода.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, синдром отмены, купирование, нанотехнологические способы, мембранный плазмаферез, магнито-лазерная терапия

INTEGRATED NANOTECHNOLOGY DETOXICATION IN OPIOID DEPENDENCE: A NEW PERSPECTIVES ADDICTION

I.K. Sosin, V.V. Shapovalov (Jr.), E.Yu.Goncharova, Yu.F.Chuev, N.A. Ovcharenko, O.V.Druz

Grounded and rooted differentiated use of opioid dependence nanotechnological approach, which consists of synergistic integration of membrane plasmapheresis and magnetic-laser therapy. In the model of the clinical picture shows efficiency method.

Keywords: opioid dependence, withdrawal syndrome, treatment, nanotechnological methods, membrane plasmapheresis, a magneto-laser therapy

УДК: 616.89

А.В. Погосов, И.Н. Архипова, Шади Хадж Саид СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В КЛИНИКЕ ОПИЙНЫХ НАРКОМАНИЙ (обзор литературы)

Курский государственный медицинский университет, Россия

Ключевые слова: опийная наркомания, аффективные расстройства, лечение

Зависимость от психоактивных веществ является одной из наиболее актуальных проблем, стоящих перед современной наркологией [4; 7; 15; 51; 88; 96]. Среди зарегистрированных больных наркоманиями наибольший удельный вес по-прежнему приходится на лиц, зависимых от опиатов. Важное место в клинической картине опийной наркомании занимают аффективные расстройства. Нередко предшествуя клиническим проявлениям физической зависимости, они сопутствуют болезни на всех ее этапах, утяжеляются и усложняются [13].

Депрессивные расстройства могут создавать дополнительную мотивацию к злоупотреблению опиатами, а оно в свою очередь всегда сопровождается аффективными нарушениями [91; 105; 98], которые после купирования синдрома отмены играют значительную роль в актуализации патологического влечения к наркотику у больных опийной наркоманией [52].

В настоящее время остается неразрешенным вопрос о происхождении депрессивных расстройств у лиц, зависимых от опиатов [56; 97; 107]. И хотя большинство авторов утверждают, что депрессивные расстройства являются следствием наркологической патологии [27; 28; 34], существует точка зрения о самостоятельности аффективных расстройств [40].

И.Н. Пятницкая [66] считает, что наблюдающийся в абстинентном периоде депрессивный синдром с переживаниями безнадежности и бесперспективности самостоятельный, а не реактивно возникающий из-за тяжести состояния, поскольку сохраняется и после выхода из абстиненции при хорошем физическом самочувствии.

Согласно существующей «гипотезе самолечения», опиаты могут использоваться при тревожно-депрессивных состояниях в связи с их мощным седативным эффектом, позволяющим купировать гнев и агрессию, а также депрессивные и деперсонализационные симптомы. Это подтверждается усилением интенсивности наркотизации в депрессивной фазе и снижением в эутичном состоянии [89].

Дифференциальная диагностика эндогенных депрессий и депрессий, обусловленных употреблением опиатов, важна для определения тактики медикаментозного лечения и выбора мер социальной помощи. Об эндогенном характере депрессивного расстройства свидетельствует наличие деперсонализационных нарушений. Они не свойственны для постабстинентных депрессий, при которых источником негативных переживаний служит окружающая обстановка, а не личностная измененность. Здесь отсутствует ощущение «жизненного краха», определяется связь между содержанием переживаний и наркотической тематикой, а также между аффективными расстройствами и патологическим влечением к психоактивным веществам. Диагностическим критерием постабстинентных депрессий является быстрое наступление терапевтического эффекта от приема антидепрессантов [89].

Неоднозначно оценивается роль различных этапов опийной наркомании в формировании депрессивных расстройств. Одни авторы [70; 74] придерживаются точки зрения о большей выраженности депрессивных расстройств в абстинентном периоде. Другие [5; 28; 34] наблюдают отчетливые эмоциональные нарушения в постабстинентном периоде, а третьи [16; 81] в свою

КОМПЛЕКСНАЯ НАНОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ ПРИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ НАРКОЛОГИИ

И.К. Сосин, В.В. Шаповалов (мл.), Е.Ю.Гончарова, Ю.Ф.Чуев, Н.А. Овчаренко, О.В.Друзь

Обосновано и внедрено дифференцированное применение при опиоидной зависимости нанотехнологический подход, который состоит в синергетической интеграции мембранного плазмафереза и магнито-лазерной терапии. На модели клинической иллюстрации показана эффективность метода.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, синдром отмены, купирование, нанотехнологические способы, мембранный плазмаферез, магнито-лазерная терапия

INTEGRATED NANOTECHNOLOGY DETOXICATION IN OPIOID DEPENDENCE: A NEW PERSPECTIVES ADDICTION

I.K. Sosin, V.V. Shapovalov (Jr.), E.Yu.Goncharova, Yu.F.Chuev, N.A. Ovcharenko, O.V.Druz

Grounded and rooted differentiated use of opioid dependence nanotechnological approach, which consists of synergistic integration of membrane plasmapheresis and magnetic-laser therapy. In the model of the clinical picture shows efficiency method.

Keywords: opioid dependence, withdrawal syndrome, treatment, nanotechnological methods, membrane plasmapheresis, a magneto-laser therapy

УДК: 616.89

А.В. Погосов, И.Н. Архипова, Шади Хадж Саид СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В КЛИНИКЕ ОПИЙНЫХ НАРКОМАНИЙ (обзор литературы)

Курский государственный медицинский университет, Россия

Ключевые слова: опийная наркомания, аффективные расстройства, лечение

Зависимость от психоактивных веществ является одной из наиболее актуальных проблем, стоящих перед современной наркологией [4; 7; 15; 51; 88; 96]. Среди зарегистрированных больных наркоманиями наибольший удельный вес по-прежнему приходится на лиц, зависимых от опиатов. Важное место в клинической картине опийной наркомании занимают аффективные расстройства. Нередко предшествуя клиническим проявлениям физической зависимости, они сопутствуют болезни на всех ее этапах, утяжеляются и усложняются [13].

Депрессивные расстройства могут создавать дополнительную мотивацию к злоупотреблению опиатами, а оно в свою очередь всегда сопровождается аффективными нарушениями [91; 105; 98], которые после купирования синдрома отмены играют значительную роль в актуализации патологического влечения к наркотику у больных опийной наркоманией [52].

В настоящее время остается неразрешенным вопрос о происхождении депрессивных расстройств у лиц, зависимых от опиатов [56; 97; 107]. И хотя большинство авторов утверждают, что депрессивные расстройства являются следствием наркологической патологии [27; 28; 34], существует точка зрения о самостоятельности аффективных расстройств [40].

И.Н. Пятницкая [66] считает, что наблюдающийся в абстинентном периоде депрессивный синдром с переживаниями безнадежности и бесперспективности самостоятельный, а не реактивно возникающий из-за тяжести состояния, поскольку сохраняется и после выхода из абстиненции при хорошем физическом самочувствии.

Согласно существующей «гипотезе самолечения», опиаты могут использоваться при тревожно-депрессивных состояниях в связи с их мощным седативным эффектом, позволяющим купировать гнев и агрессию, а также депрессивные и деперсонализационные симптомы. Это подтверждается усилением интенсивности наркотизации в депрессивной фазе и снижением в эутичном состоянии [89].

Дифференциальная диагностика эндогенных депрессий и депрессий, обусловленных употреблением опиатов, важна для определения тактики медикаментозного лечения и выбора мер социальной помощи. Об эндогенном характере депрессивного расстройства свидетельствует наличие деперсонализационных нарушений. Они не свойственны для постабстинентных депрессий, при которых источником негативных переживаний служит окружающая обстановка, а не личностная измененность. Здесь отсутствует ощущение «жизненного краха», определяется связь между содержанием переживаний и наркотической тематикой, а также между аффективными расстройствами и патологическим влечением к психоактивным веществам. Диагностическим критерием постабстинентных депрессий является быстрое наступление терапевтического эффекта от приема антидепрессантов [89].

Неоднозначно оценивается роль различных этапов опийной наркомании в формировании депрессивных расстройств. Одни авторы [70; 74] придерживаются точки зрения о большей выраженности депрессивных расстройств в абстинентном периоде. Другие [5; 28; 34] наблюдают отчетливые эмоциональные нарушения в постабстинентном периоде, а третьи [16; 81] в свою

очередь не делают различий между степенью выраженности аффективных расстройств в зависимости от периода заболевания.

В абстинентном периоде психопатологические нарушения депрессивного круга появляются уже спустя несколько часов после последнего употребления опиатов. У больных меняется настроение, возникают неосознанная тревога с усилением влечения к опиатам, раздражительность, беспокойство, напряженность, подавленность, чувство дискомфорта, нестойкие идеи самообвинения [69]. Все окружающее больному представляется серым, скучным [22]. Не находясь под действием наркотиков, они легко дают дисфорические реакции [76].

Отсутствует единство взглядов на разновидности аффективных расстройств в структуре опиоидного абстинентного синдрома. М.Л. Рохлина с соавт. [74] подразделяют их на тревожный (с преобладанием тревоги, демонстративного поведения, неусидчивости) и дисфорический (характеризующийся вспышками раздражительности, тревожно-злобной окраской настроения, фиксацией на собственных неприятных ощущениях) варианты.

С.Э. Гольдрин [20] выделяет тревожную (тревожно-фобическую), апатическую (апат-адинамическую), тоскливую (меланхолическую) и дисфорическую депрессии. При тревожной депрессии аффективные расстройства представлены волнением, внутренним дискомфортом, нарастающей тревогой, беспокойным ожиданием болевых ощущений. Апатическая депрессия характеризуется выраженной слабостью, отсутствием желания какой-либо деятельности, вялостью, бессилием, равнодушием, сужением круга интересов. При тоскливой депрессии на фоне тоски больные высказывают идеи самообвинения и неполноценности, говорят об утрате смысла жизни. Дисфорическая депрессия сопровождается неустойчивым настроением, раздражительностью, усилением тревоги в вечернее время, ажитацией, чувством физического дискомфорта.

Наряду с тревожной, дисфорической, тоскливой и апатической депрессий, к расстройствам аффективной сферы при опиоидном абстинентном синдроме относят аффективную лабильность и ипохондричность [75].

Е.В. Коблова, Л.К. Шайдукова [37] в состоянии отмены опиатов наблюдали эксплозивный (лица, склонные к недержанию аффекта, взрывчатости, неспособные сдерживать негативные эмоции), эмоционально-лабильный (лица с характерной быстрой сменой настроения по незначительному поводу) и дисфорический (лица, обнаружившие злобно-агрессивный аффект с оттенком отвращения к окружающему миру) варианты аффективных расстройств.

Депрессивные расстройства тесно связаны с соматовегетативными проявлениями опиоидного абстинентного синдрома (физической слабостью и нарушениями сна, вплоть до бессонницы), возникают раньше последних и сохраняются после их исчезновения [69;

20]. В тоже время М.Л. Рохлина с соавт. [74], указывая на наибольшую выраженность аффективных расстройств именно в абстинентном периоде, говорит о возникновении их одновременно с соматовегетативными проявлениями абстинентного синдрома. Симптомы диссомнии появляются в течение суток после прекращения приема наркотиков и характеризуются продолжительным течением (на всем протяжении абстинентного синдрома) и резистентностью к проводимой терапии [28; 34].

По мнению М.Л. Рохлиной с соавт. [69], алгический синдром обуславливает или, во всяком случае, объясняет пониженное настроение. У больных опиоидной наркоманией чрезвычайно выражен аффективный компонент болевого восприятия. Они весьма нетерпеливы по отношению к боли. Это объясняется, с одной стороны, общей раздражительностью, дисфорией, наблюдающимися в период синдрома отмены опиатов, а с другой, наличием рентных установок – желания получить большее количество анальгетиков и психотропных средств с целью достижения состояния опьянения. При этом, особенно у истерических субъектов, сознательную аггравацию практически невозможно отделить от индуцированных ею реальных страданий [48].

А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова [56] выделяют два доминирующих и коррелирующих между собой компонента абстинентной депрессии: гипотимию и дисфорию. Резко сниженное настроение в сочетании с раздражительностью, несдержанностью по малейшему поводу, оппозиционностью они квалифицируют как дисфорическую гипотимию. Депрессивные нарушения у больных опиоидной наркоманией авторы рассматривают в рамках синдрома «раздражительной слабости», который формируется на начальном этапе развития синдрома отмены в виде преобладающих симптомов утомляемости и раздражительности.

Большинство авторов сходятся во мнении о наличии взаимосвязи между выраженностью депрессивных нарушений и синдрома патологического влечения к наркотику [27; 9; 69; 81; 67; 41; 84; 52; 20; 28; 34; 76].

Е.Н. Кривулин с соавт. [41], не определяя конкретного варианта депрессивного расстройства в период актуализации патологического влечения к наркотику, описывают психопатологическую симптоматику, представленную чувством внутреннего напряжения, беспокойством, тяжестью по всему телу либо в области головы, груди, поясницы, сочетающуюся с дискомфортом, раздражительностью, тревогой, страхом перед неизвестностью.

С.Э. Гольдрин [20] отмечает во время обострения патологического влечения к опиатам наличие у больных жалоб на снижение настроения, отсутствие желания какой-либо деятельности, безразличие к себе, близким и окружающим людям, тревогу, раздражительность, потерю чувства радости и наслаждения от занятий, которые раньше приносили удовольствие, безысходность, никчемность жизни.

Среди причин обострения патологического влечения к опиатам важное место занимает «нажитая» аффективная лабильность, легко приводящая к пониженному настроению [70].

После выхода из острого абстинентного состояния М.Л. Рохлина с соавт. [74] выделяют у больных опиной наркоманией три типа психопатологических реакций: астено-депрессивную, тревожно-депрессивную и дисфорическую.

По мнению М.Л. Рохлиной с соавт. [69], Б.А. Баркалова [5], в постабстинентный период аффективные расстройства выступают на первый план и протекают в виде дисфорической депрессии в сочетании с раздражительностью, недовольством, возбуждением или двигательным беспокойством, напоминающим агитацию.

Атипичные депрессии с дисфорическими или длительно существующими тревожными проявлениями являются клиническим выражением неосознанного влечения к наркотику разной степени выраженности [27; 76]. При актуализированном патологическом влечении к опиатам возможно появление агитированной депрессии, когда больные становятся капризными, злобными, высказывают угрозы, настаивают на увеличении доз психотропных препаратов [84; 22]. Однако нередко субъективные ощущения тоски и депрессивные жалобы в беседе с врачом противоречат поведению больных в отделении, где они достаточно активны и общительны.

М.Л. Рохлина с соавт. [69] указывают на наличие компульсивного влечения к опиатам в случае, если на первый план выступают дисфорические аффективные расстройства, определяющие поведение больных.

Компульсивное патологическое влечение к опиатам в постабстинентном состоянии формируется постепенно, в динамике его отчетливо прослеживаются три фазы. Депрессивные нарушения в первой фазе характеризуются изменчивым настроением, периодически появляющейся раздражительностью, нарушениями сна и аппетита. Больные заторможены, выглядят вялыми, хмурыми, подавленными; они безучастны к жизни семьи и окружающим их людям в больнице. Во второй фазе аффективная сфера представлена дисфорией с готовностью к агрессии. Наблюдается аффективно суженное расстройство сознания. Третья фаза начинается снижением интенсивности депрессивных расстройств. Появляются раздражительная слабость, истощаемость, слезливость, колебания настроения с подавленностью и пессимистическими суждениями по поводу своего выздоровления и будущего [67].

В тоже время Л.Н. Благов с соавт. [6] отмечают отсутствие прямой связи между выраженностью апатической субдепрессии и патологического влечения к наркотику. Депрессия в этом случае является фоном, на котором влечение к наркотику может присутствовать в том или ином содержании (когнитивный и аффективный компоненты). В ряде случаев субдепрессивное состояние может препятствовать развитию выраженного патологического влечения и возникнове-

нию рецидива заболевания, выступая в роли защитной, сдерживающей реакции организма.

А.Ю. Исраелян [36] психическое состояние больных в период актуализации влечения к опиатам характеризует как смешанное, включающее аффективные, астенические, интеллектуально-мнестические расстройства и нарушения сна. Наблюдаются тревога, пониженное настроение, пароксизмальная дисфория, пре-, интра- и постсомнические нарушения, легковесность суждений со снижением критики к заболеванию, затруднение концентрации внимания при мыслительной деятельности, отсутствие интересов вне темы наркотиков.

Н.Н. Иванец с соавт. [35] отмечают возможность трансформации нереализованного патологического влечения к наркотику в особое депрессивное состояние, включающее сенесто-ипохондрические нарушения.

Интенсивность влечения к опиатам тесно коррелирует с выраженностью депрессивных расстройств. Редукцию аффективных расстройств можно рассматривать как критерий дезактуализации патологического влечения к опиатам [27].

В период становления ремиссии у больных опиной наркоманией происходит постепенное уменьшение аффективной симптоматики, восстанавливаются сон и аппетит, выравнивается настроение [28; 34]. Происходит смена дисфорического симптомокомплекса тоскливым, а затем апатоабулическим с формированием «нажитой аффективной лабильности» [69].

Для первых месяцев становления ремиссии характерны недлительные субдепрессивные состояния с раздражительностью, тоскливостью, ощущением безрадостного существования [22]. Длительность субдепрессивных состояний с преобладанием апатического или тревожного компонента, ипохондричности, аффективной лабильности колеблется от 2-х недель до 6 месяцев и сопровождается сохранением патологического влечения к опиатам [9].

М.Л. Рохлина с соавт. [74] разделяют ремиссии опиных наркоманий на два типа: первый, характеризующийся значительной выраженностью психопатологических явлений, и второй, с менее выраженными психическими реакциями и быстрой их редукцией. При первом типе ремиссии ведущими в клинической картине являются аффективные нарушения, представленные затяжными субдепрессивными состояниями, по мере уменьшения которых на первый план выступают нарушения поведения. При втором типе ремиссии очерченных депрессивных состояний не наблюдается. Отмечается лишь легкое снижение фона настроения и ухудшение самочувствия к вечеру.

Во время рецидивов заболевания психические нарушения становятся более выраженными и коррелируют со степенью обострения психофизических проявлений зависимости от опиатов [81]. В качестве психопатологического маркера патологического влечения у больных, находящихся в ремиссии опиной наркомании, Ю.П. Сиволап с соавт. [83] рассматривают дисфорию.

По данным С.Э. Гольдрин [20], формирование стойкой ремиссии с редукцией основных аффективных расстройств и, как следствие, исчезновение патологического влечения к опиатам наблюдаются к концу 6-го месяца воздержания от наркотиков. После этого эмоциональные нарушения могут возникать как реакция на психотравмирующее обстоятельство или в результате высоких физических и психологических нагрузок, неустроенности быта, личной жизни, трудностей приспособления к новому коллективу. На протяжении первого года воздержания от опиатов может появиться беспричинное снижение настроения, нарушение сна и аппетита, усиление влечения к наркотику. В некоторых случаях наблюдается состояние острого депрессивного раптуса, характеризующееся тяжелыми и немотивированными нарушениями настроения, тревогой с явлениями ажитации.

Ю.П. Сиволап [82] цикличность колебания депрессивных нарушений, а также вегетативных расстройств объясняет возникновением выраженных и стойких нейрофизиологических сдвигов у больных опийной наркоманией.

И.Д. Спирина с соавт. [85] обнаружили корреляцию между продолжительностью ремиссии опийной наркомании, качеством социальной адаптации, с одной стороны, и снижением уровня общей тревожности и выраженности депрессивных переживаний – с другой.

Снижение уровня депрессии связано с увеличением продолжительности ремиссии [21].

И.К. Сосин с соавт. [84] считают, что одним из факторов развития депрессивных расстройств в отдаленный период ремиссии при опийной наркомании является синдром эндогенной интоксикации, обусловленный избытком в сосудистом русле нейромедиаторов и продуктов свободнорадикального окисления липидов. Существенное значение в формировании эндогенной интоксикации при наркомании имеют продукты токсемии, образующиеся в результате развития хронической полиорганной недостаточности при длительном употреблении наркотика.

С.Э. Гольдрин [20] предполагает, что на качество (длительность и устойчивость) ремиссии опийных наркоманий, частоту возникновения спонтанно обостряющихся выраженных депрессивных расстройств оказывает влияние наличие или отсутствие в преморбиде акцентуаций характера.

На характер и выраженность депрессивных нарушений в клинике опийной наркомании оказывают влияние не только тяжесть состояния, но и сопутствующая патология, преморбидные личностные особенности, пол, возраст, стаж наркотизации, а также разновидность психоактивного вещества.

Сочетание опийной наркомании и органического поражения головного мозга в значительной степени изменяет клиническую картину заболевания. Выраженными дистимическими и дисфорическими нарушениями сопровождаются уже первые проявления опийной абстиненции. Больные с сопутствующим

органическим поражением головного мозга в большинстве случаев становятся злобными, раздражительными и агрессивными [1]. О.В. Резников [68] также указывает на преобладание в подобных случаях в клинике постабстинентных аффективных расстройств дисфорических реакций.

Депрессивные состояния у больных опийной наркоманией на фоне соматической патологии отличаются приглушенностью, отсутствием яркой выразительности. Чем тяжелее соматическое поражение, тем атипичнее протекает депрессивное расстройство, более выражены астения и истощаемость [18].

Депрессивные нарушения у опийных наркоманов могут сочетаться с истерическими формами поведения и демонстративностью [22].

У зависимых от опиатов с преморбидными расстройствами личности превалируют пониженное настроение, дисфория с агрессией в отношении окружающих, выраженная астения, в то время как у больных без расстройств личности в преморбиде преобладают алгический и соматический дискомфорт, тревожные состояния, нарушения сна [2].

Депрессии с раздражительностью и тревожностью или с повышенной утомляемостью и апатией, эмоциональной лабильностью наблюдаются у больных астенического круга [86].

У больных с истероидными и аффективно-неустойчивыми чертами в характере возникают аффективные вспышки с плачем, криками, слезами, мольбами о помощи или угрозами в адрес родственников или медицинского персонала. В таком состоянии больные могут нанести себе повреждения [67].

А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова [56] напротив описывают у больных опийной наркоманией с неустойчивым типом личности неглубокие колебания настроения депрессивного спектра, особенно к вечеру, пассивность и неразговорчивость, а при наличии истероидных черт в картине патологического влечения к опиатам, депрессивные и тревожные расстройства: чувство неопределенности будущего, пессимистический взгляд на жизнь, неусидчивость, назойливость с различными просьбами и жалобами соматического характера.

При обнаружении у больных опийной наркоманией выраженных возбудимых черт в преморбиде отмечаются колебания настроения с внутренней напряженностью, дисфоричностью, элементами бравады и демонстративности [20].

У лиц с шизоидными чертами личности наблюдаются тревожно-депрессивные расстройства со склонностью к преувеличению тяжести своего состояния и пессимистическими взглядами на результаты лечения [56].

Исследование гендерных различий в клинике опийной наркомании показало, что у женщин, по сравнению с мужчинами, по мере купирования абстинентного синдрома отмечаются преимущественно аффективные расстройства (выраженная аффективная лабильность, ипохондрические и сенесто-ипохондрические

субдепрессивные расстройства, склонностью к соматизации жалоб). У них в период абстинентного синдрома реже встречаются дисфории, раздражительность, конфликтность, чаще – истероформное поведение и аффективная лабильность со склонностью как к субдепрессивным, так и к гипоманиакальным состояниям [73].

Для подростков по сравнению со взрослыми характерна меньшая выраженность аффективных расстройств. В период опийной абстиненции у них наблюдается депрессивное состояние с переживанием отчаяния, краха, «конца», безнадежности положения, неверия в возможность лечения и выздоровления. На высоте депрессивных переживаний периодически возникает состояние отрешенности, заторможенности, когда больные сидят в одной позе с потухшим, остановившимся взором, амимичным лицом и смотрят в одну точку, стереотипно поглаживая себя, иногда постанывая [67].

Аффективная составляющая патологического влечения к опиатам у подростков характеризуется невыраженными расстройствами депрессивного спектра (эмоциональной неустойчивостью с гипотимным реагированием, снижением интересов, жалобами на скуку), которые не сопровождаются соматовегетативными расстройствами и витализацией аффекта. Дисфорические расстройства у них имеют меньшую выраженность и представлены раздражительностью, неприязненностью, несдержанностью и оппозиционностью. Глубина тревоги по сравнению со взрослыми незначительна и проявляется субъективными ощущениями без активации вегетативной нервной системы [56].

У подростков, злоупотребляющих опиатами, с девиантным поведением в анамнезе абстинентный синдром отличается выраженными дисфорическими и психопатоподобными расстройствами. В постабстинентном периоде у них доминируют депрессивно-ипохондрические проявления [65].

Изучению аффективных расстройств в случаях употребления различных веществ опийной группы посвящено большое количество работ. Так если для абстинентного синдрома при героиновой наркомании характерна дисфорическая депрессия с астенией, апатией, ипохондрическими и тревожно-фобическими явлениями, то при использовании кустарно приготовленных препаратов опия – выраженная астено-депрессивная симптоматика. Во время ремиссии героиновой наркомании возможно возникновение псевдоабстиненции, проявления которой схожи с острым абстинентным синдромом, но менее выражены или атипичны – беспричинные расстройства настроения и астенические состояния [28; 34].

При злоупотреблении лекарственными препаратами, содержащими кодеин, депрессивные нарушения представлены тоскливо-апатическими, ангедоническими компонентами, тревожно-ипохондрическими включениями [24].

Для зависимости от метадона характерны выражен-

ные аффективные нарушения, как в структуре абстинентного синдрома, так и на этапе постабстинентных расстройств. Астено-ипохондрические проявления сочетаются с тяжелыми дисфорическими реакциями, грубостью, неуправляемостью. Выступающие на первый план в постабстинентном периоде генерализованное влечение к наркотику и тяжелые депрессивные нарушения ведут к частым отказам от продолжения лечения и наступлению рецидивов заболевания [54].

В динамике развития зависимости от опиатов отмечается углубление проявлений депрессивного спектра. Астенические расстройства, фиксируемые на ранних этапах болезни, трансформируются в тревожно-депрессивные и дисфорические [6].

При длительном стаже употребления наркотиков формируется так называемая нажитая аффективная лабильность: эмоциональная неустойчивость, повышенная чувствительность и ранимость. Для больных характерна склонность неадекватно реагировать даже на незначительные психотравмирующие ситуации, повышенная восприимчивость к состоянию малейшего душевного дискомфорта, что может вызвать обострение патологического влечения или рецидив заболевания [75; 28; 34].

Некоторыми авторами было изучено влияние различных видов депрессивных нарушений на уровень осознания болезни при опийной наркомании. Оказалось, что степень анозогнозии меняется в зависимости от положительного (при тоскливой депрессии) или отрицательного (при тяжелой тревожной депрессии) влияния депрессивных переживаний на аффективный компонент осознания болезни [25; 59]. С тотальной анозогнозией коррелирует непризнание больными наличия у себя эмоциональных расстройств («я кричу не больше других», «окружающие приписывают мне эмоции, которых у меня нет») [90].

Изучение аффективных расстройств у больных опийной наркоманией с редкой умеренной ситуационно обусловленной алкоголизацией в состоянии ремиссии наркотической зависимости показало преобладание тревожных, ипохондрических и неглубоких депрессивных состояний с выраженной (по мере отвыкания от наркотиков) спонтанной обратимостью. Лица с массивной алкоголизацией в период ремиссии опийной наркомании, тесно связанной с ухудшением эмоционального состояния, обнаруживают депрессивные нарушения (стержнем которых являются дисфорические состояния), практически не подвергающиеся спонтанной редукции. Психопатологические состояния с преобладанием тревожных и депрессивных нарушений, стойкими ипохондрическими расстройствами, которые, тем не менее, поддаются терапевтической коррекции, обнаружены у больных с типом алкоголизации, характерным для первичной алкогольной зависимости [83].

Обнаружена связь между выраженностью депрессии и уровнем самооценки. Чем меньше выражена депрессия, тем выше самооценка [21].

В комплексной терапии аффективных нарушений у больных с зависимостью от опиатов используются самые различные группы препаратов, а также различные немедикаментозные подходы, включая психотерапевтические мероприятия [92; 102; 103].

Антагонисты опиоидных рецепторов оказывают определенное влияние на психическое состояние больных в период отмены наркотика и в постабстинентный период. У некоторых больных в период адаптации к этим препаратам повышается уровень тревоги и усиливаются проявления раздражительности. Возникновение дисфорических реакций при повторном введении антагонистов опиоидных рецепторов рассматривается в качестве маркера незавершенности лечения синдрома отмены [10; 87; 80; 100; 99].

На проявления синдрома ангедонии (свидетельство депрессивных нарушений), который является причиной ранних рецидивов заболевания, налтрексон влияния не оказывает. Сочетанное применение налтрексона и антидепрессантов из группы СИОЗС более эффективно, чем каждый из этих препаратов в отдельности. Назначение СИОЗС (эффективно купирующих проявления синдрома ангедонии, не влияющих на стабилизацию ремиссии) совместно с налтрексоном может улучшить психическое состояние и качество ремиссии у больных опиоидной наркоманией [43].

По данным других авторов налтрексон может применяться не только как профилактическое средство, но и для ускорения редукции аффективных расстройств, благодаря чему способствует снижению выраженности патологического влечения к наркотику и формированию критического отношения к болезни [77; 104].

При использовании в комплексной терапии опиоидного абстинентного синдрома буторфанола (синтетического парциального агониста-антагониста опиоидных рецепторов) отмечается значимое снижение показателей депрессии по шкале Монтгомери-Асберг, начиная с первого дня терапии [11].

Н.Н. Иванец с соавт. [29] говорят о нормализации фона настроения при применении в комплексной терапии опиоидной наркомании психотропных препаратов.

Нейролептики могут назначаться для купирования аффективных расстройств, в том числе раздражительности, дисфории, эмоционально-психического напряжения. Рisperидон оказывает влияние на аффективные нарушения, способствуя быстрой редукции астено-депрессивной симптоматики, стабилизации фона настроения, нивелированию апатоабулических проявлений и дезактуализации патологического влечения к наркотику [26; 23].

Клопиксол оказывает влияние на дисфорическую симптоматику, быстро купирует тревогу, страх, психопатоподобную симптоматику. На 2-3-й день лечения препарат заметно снижает выраженность аффективной симптоматики [14].

Отмечено уменьшение выраженности апатии и более быстрая реализация клинического эффекта антидепрессантов при использовании клопиксола в комплексной

терапии больных с зависимостью от опиатов [32].

Эглонил эффективен при депрессивных расстройствах, сопровождающих обострение патологического влечения к наркотику в абстинентном и постабстинентном периодах [30].

Применение антидепрессантов, которые назначаются после купирования острых проявлений абстинентного синдрома, является обязательным компонентом любой схемы терапии опиоидной наркомании [60; 71; 93; 94]. Это связано с тем, что аффективные расстройства неразрывны с патологическим влечением к психоактивным веществам. Последнее клинически проявляется в «подпитывании» влечения к наркотикам эмоциональным состоянием больных.

А.В. Надеждин с соавт. [55] считают феварин эффективным препаратом для лечения депрессивных расстройств в клинике опиоидной наркомании. Вектор действия препарата преимущественно седативный, но это сопровождается отчетливо выраженным повышением настроения.

На инсомнию, тревогу, страх и дисфорию в постабстинентном состоянии положительное влияние оказывает препарат тритико (тразодон), леривон эффективен при гипотимии и астении [55].

Отмечается хорошая результативность применения амитриптилина и пароксетина для купирования синдрома отмены опиоидов [17; 64].

Ряд зарубежных авторов считают нецелесообразным применение антидепрессантов в связи с тем, что большинство аффективных расстройств вторичны и не требуют специальной терапии, так как проходят в течение 2-4 недель воздержания от употребления наркотиков [106; 101].

Ю.П. Сиволап с соавт. [80] также отмечают целесообразность применения антидепрессантов лишь в отношении сравнительно немногочисленной когорты больных опиоидной наркоманией, обнаруживающих проявления истинных депрессивных расстройств в постабстинентном периоде.

Использование потенциала антидепрессантов лимитируется наличием латентного периода, отделяющего начало приема препаратов от первых проявлений клинических эффектов (от 7 до 15 дней). Для получения своевременного клинического эффекта антидепрессантов в постабстинентном периоде их необходимо назначать в период синдрома отмены опиатов. Действие многих антидепрессантов характеризуется наличием диссоциации клинических эффектов: в то время как тимоаналептическое влияние, необходимое для воздействия на аффективную и собственно аддиктивную симптоматику, находится в латентном состоянии, неспецифическое стимулирующее действие развивается в опережающем порядке. Последнее может повышать уровень тревоги, ухудшать засыпание, усиливать раздражительность и влечение к наркотику, что ограничивает применение антидепрессантов у лиц, зависимых от опиатов [72].

Выбор конкретного антидепрессанта определяется

структурой аффективных расстройств. Мелипрамин более эффективен у больных с апатико-тоскливой депрессией, амитриптилин – при дисфорическом фоне настроения, людиомил – при тоскливо-тревожном аффекте [62; 63].

В случаях преобладания в клинической картине атипичной депрессии в виде ангедонии и анергии, сочетающихся с приступами тревоги и дисфории, классические антидепрессанты малоэффективны. Более выраженное терапевтическое действие оказывают тетрациклические (миансерин), серотонинергические (паксил, золофт), обратимые ингибиторы МАО-А (аурорикс) [27; 83].

Н.Н. Иванец, М.А. Винникова [31] описывают различные комбинации препаратов в зависимости от наличия у больных опийной наркоманией тех или иных симптомов в клинической картине депрессивных расстройств. При выраженных дисфорических депрессиях применяются трициклические антидепрессанты, которые комбинируются с мягкими нейролептиками. При умеренных депрессивных реакциях в сочетании с агрипнией наиболее эффективны четырехциклические антидепрессанты с выраженным седативным действием (леривон). На этапе формирования ремиссии при умеренно выраженных и легких субдепрессивных состояниях высокоэффективно применение коаксила (тианептина). Из группы СИОЗС успешно использование паксила как при тревожно-депрессивных, так и при апатических состояниях.

В случаях клинически очерченного «псевдоабстинентного синдрома» высокий терапевтический эффект может быть получен при внутривенном капельном введении мелипрамина, амитриптилина, людиомила. Антидепрессанты назначают в вечернее время, всю суточную дозу вводят за один раз медленно – в течение 1,5-2 часов. Субъективное улучшение самочувствия больных отмечается уже после 1-2 процедур. Всего проводят 7-10 таких процедур. Впоследствии больных переводят на пероральный прием соответствующих антидепрессантов [35].

В постабстинентном состоянии и на отдаленных этапах ремиссии ноотропные и нейрометаболические средства эффективны при субдепрессивных расстройствах [80].

Тиопридал благодаря своему противотревожному и седативному действию способствует уменьшению, а часто и купированию раздражительности, вспыльчивости, пониженного настроения, тревоги, улучшает сон, снижает выраженность патологического влечения к наркотику [72].

Гептрал с учетом его антидепрессивного действия может быть рекомендован в комплексной терапии опийного абстинентного синдрома. На фоне приема препарата у больных наблюдается уменьшение чувства тревоги, ослабление эмоционального напряжения и неудовлетворенности, а также повышение настроения [49].

Немедикаментозные методы лечения опийных нар-

команий в настоящее время прочно вошли в комплекс лечебно-восстановительных мероприятий.

По воздействию на аффективные проявления опийной абстиненции можно выделить электросудорожную терапию (ЭСТ), которая превосходит традиционно применяемые методы, а также позволяет купировать абстинентный синдром в более короткие сроки и значительно снизить расход медикаментозных средств при комплексном применении [60].

ЭСТ эффективна при лечении депрессий у наркозависимых лиц. Для редукции депрессивных расстройств требуется от одного до трех сеансов ЭСТ, при этом отмечается большая эффективность развернутых припадков. ЭСТ зачастую оказывает «обрывающее» действие на аффективные проявления абстинентной симптоматики у больных опийной наркоманией [58].

При лечении опийной наркомании возможно применение микроволновой резонансной терапии. В структуре аффективных нарушений наиболее выраженной коррекции подвергаются тревожно-депрессивные проявления [8, 19].

Транскраниальная электростимуляция сочетанием постоянного тока с импульсным частотой 77,5 Гц является эффективным методом лечения синдрома ангедонии, купирующим как депрессию и тревогу, так и патологическое влечение к героину и не имеющим при этом побочных эффектов, характерных для терапии антидепрессантами [45].

Ю.В. Кубикова [47] говорит о возможности пролонгированной психотерапии на этапах стационарного лечения больных опийной наркоманией с успешным воздействием на эмоционально-волевую, интеллектуальную и поведенческую сферы. При завершении курса стационарного лечения выявлено выраженное снижение показателей тревоги, депрессии и ипохондрии.

А.А. Ляшенко с соавт. [50] сделали вывод о положительном влиянии ароматерапии на эмоциональный фон, сон и поведение больных наркоманией. Она способствует формированию положительных установок на прохождение реабилитационных программ. В результате ее применения выравнивается настроение, наступает редукция тревожности, сглаживаются проявления агрессивности.

Таким образом, аффективные расстройства у больных опийной наркоманией, будучи важной составляющей клиники заболевания, по-прежнему не до конца изучены. Несмотря на продолжительный период изучения депрессивных нарушений при опийных наркоманиях, остаются открытыми ряд вопросов, начиная с причин их происхождения, вариантов клинических проявлений, влияния на выраженность патологического влечения к наркотику и уровень осознания болезни и заканчивая различными подходами к их терапии. Большая часть работ, посвященных другим вопросам клиники и лечения опийной наркомании, содержит лишь упоминания об аффективных нарушениях. В ряде публикаций представлены данные, на основании

которых можно лишь косвенно судить о проявлениях аффективных расстройств. Указанные обстоятельства свидетельствуют о целесообразности продолжения исследований в этом направлении.

Литература:

1. Аболонин, А.Ф. Клинические особенности острой интоксикации и синдрома отмены у больных опиатной зависимостью, сочетающейся с органическим заболеванием головного мозга / А.Ф. Аболонин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – №1 (19). – С. 50-53.
2. Азанова, Б.А. Особенности клиники абстинентного синдрома у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности / Б.А. Азанова, А.З. Нуразина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 18-19.
3. Арзуманов, Ю.Л. Вызванные потенциалы коры мозга на неосознаваемые мотивационно значимые раздражители у больных героиновой наркоманией / Ю.Л. Арзуманов, Д.Б. Белинская, А.А. Абакумова // Вопросы наркологии. – 2001. – №5. – С. 44-51.
4. Афтанас, Л.И. Особенности субъективного восприятия и переживания эмоциональной информации у пациентов с героиновой зависимостью в состоянии длительной ремиссии / Л.И. Афтанас, Н.А. Бохан, А.И. Воронов и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – №4 (26). – С. 49-51.
5. Баркалов, Б.А. Комплексное лечение и реабилитация больных с синдромом зависимости от опиатов / Б.А. Баркалов // Арх. психиатрии. – 2004. – Т.10, №4(39). – С. 103-106.
6. Благов, Л.Н. О роли психопатологии в клинике опиоидной зависимости / Л.Н. Благов, Н.Г. Найденова, И.Б. Власова и др. // Наркология. – 2003. – №10. – С. 28-33.
7. Богданов, С.И. Тревога и депрессия у больных наркоманией на этапе стационарного оказания помощи / С.И. Богданов, Ш.И. Спектор, В.Г. Сенцов // Вопросы наркологии. – 2006. – №6. – С. 22-30.
8. Бохан, Н.А. Применение микроволновой резонансной терапии в комплексной реабилитации больных опиоидной наркоманией / Н.А. Бохан, Н.И. Глазырина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – №2. – С. 90-91.
9. Братанова, С.Б. Короткие и длительные ремиссии у больных героиновой наркоманией / С.Б. Братанова // Вопросы наркологии. – 2001. – №5. – С. 34-40.
10. Булаев, В.М. Антагонисты опиатов: применение в наркологической практике / В.М. Булаев // Вопросы наркологии. – 1998. – №3. – С. 77-85.
11. Булеков, И.С. Рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности буторфанола при купировании опиоидного абстинентного синдрома у ВИЧ-инфицированных беременных / И.С. Булеков, Е.В. Стрелянная, А.А. Яковлев и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2008. – №1. – С. 31-36.
12. Бутров, А.В. Купирование опиоидного абстинентного синдрома антагонистами опиатов под общей анестезией. Пособие для врачей / А.В. Бутров, А.Г. Гофман, С.Г. Цимбалов. – М., 2000. – 20с.
13. Вельтищев, Д.Ю. Расстройства депрессивного спектра у больных наркоманиями (клинико-патогенетическое исследование) / Д.Ю. Вельтищев, Ю.Е. Гуревич, Е.А. Ераченко и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т.2, №4. – С. 54-60.
14. Винникова, М.А. Возможности использования клопиксола (зуклопентиксола) при лечении больных героиновой зависимостью / М.А. Винникова, О.И. Русинова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – №4. – Т. 5. – С. 153-155.
15. Винникова, М.А. Применение коаксила при лечении больных героиновой наркоманией / М.А. Винникова, Т.П. Небаракова, Т.В. Агбалова и др. // Вопросы наркологии. – 2000. – №2. – С. 22-26.
16. Врублевский, А.Г. Клинический патоморфоз опиоидного абстинентного синдрома / А.Г. Врублевский, М.Л. Рохлина, А.Ф. Радченко и др. // Вопросы наркологии. – 1990. – №2. – С. 23-25.
17. Гажва, А.К. Сравнительная эффективность фармакотерапии опиатного абстинентного синдрома с использованием трициклического антидепрессанта и неконкурентного антагониста NMDA-рецепторов / А.К. Гажва, Д.В. Провоторов // Современные принципы

терапии и реабилитации психически больных. Материалы Российской конференции (11-13 октября, 2006 г., г. Москва). – М., 2006. – С. 290-291.

18. Гаспер, И.Б. Влияние соматогенно-стрессовых психических нарушений на течение героиновой наркомании / И.Б. Гаспер, В.В. Чирко, М.В. Демина // Вопросы наркологии. – 2006. – №5. – С. 17-26.

19. Глазырина, Н.И. Перспективы использования БОС при микроволновой резонансной терапии алкогольной и наркотической зависимостей / Н.И. Глазырина, Н.А. Бохан // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – №4 (22). – С. 45-48.

20. Гольдрин, С.Э. Аффективные нарушения у больных опиоидной наркоманией в структуре опиоидного абстинентного синдрома и во время ремиссии / С.Э. Гольдрин // Наркология. – 2003. – №9. – С. 44-50.

21. Гольдрин, С.Э. Опыт психометрического исследования самооценки больных опиоидной наркоманией с помощью модернизированной шкалы Дембо-Рубинштейн / С.Э. Гольдрин, С.В. Михайлов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – №3. – С. 75-77.

22. Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. – М.: «МИКЛОШ», 2003. – 215 с.

23. Даренский, И.Д. Нейролептики с антипсихотическим действием при героиновой зависимости / И.Д. Даренский // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – №4. – Т. 5. – С. 159-162.

24. Демина, М.В. Особенности клиники и терапии кокаиновой зависимости / М.В. Демина // Вопросы наркологии. – 2005. – №4-5. – С. 76-79.

25. Дереча, В.А. Самосознание в процессе реабилитации наркологических больных / В.А. Дереча с соавт. // XIII съезд психиатров России (матер. съезда) (10-13 октября 2000г., Москва). – М., 2000. – С. 227-228.

26. Иванец, Н.Н. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния) / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. – М.: Медпрактика-М, 2001. – 128 с.

27. Иванец, Н.Н. Клинические особенности постабстинентных нарушений при героиновой наркомании и некоторые подходы к их лечению / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1999. – Т.99. – №9. – С. 28-33.

28. Иванец, Н.Н. Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720с.

29. Иванец, Н.Н. Опыт применения атипичного нейролептика эглонила при лечении героиновой наркомании / Н.Н. Иванец, Н.В. Стрелец, С.И. Уткин и др. // Вопросы наркологии. – 2001. – №1. – С. 29-33.

30. Иванец, Н.Н. Опыт применения атипичного нейролептика эглонила при лечении героиновой наркомании / Н.Н. Иванец, Н.В. Стрелец, С.И. Уткин и др. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – №3. – С. 91-93.

31. Иванец, Н.Н. Препарат Веро-Наркан в комплексной терапии опиоидного абстинентного синдрома: результаты мультицентрового открытого сравнительного исследования / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – №3. – Т.10. – С. 48-51.

32. Иванец, Н.Н. Применение клопиксола (зуклопентиксола) у подростков, страдающих героиновой наркоманией / Н.Н. Иванец, А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова и др. // Вопросы наркологии. – 2000. – №3. – С. 7-13.

33. Иванец, Н.Н. Применение препарата рисполепт (рисперидон) при лечении больных героиновой наркоманией / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова // Вопросы наркологии. – 2001. – №6. – С. 11-18.

34. Иванец, Н.Н. Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – 2-е изд., испр., доп. и расш. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 944 с.: ил.

35. Иванец, Н.Н. Современное состояние проблемы наркоманий в России / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, Н.В. Стрелец // Вопросы наркологии. – 1997. – №3. – С. 3-12.

36. Израелян, А.Ю. Психические нарушения при героиновой наркомании в предрецидивном периоде / А.Ю. Израелян // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2003. – №12. – С. 15-19.

37. Коблова, Е.В. Особенности психопатизации больных героиновой наркоманией / Е.В. Коблова, Л.К. Шайдукова // Материалы общероссийской конференции: Реализация программы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)». –

М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2008. – С.302-303.

38. Козлов, А.А. Психологические особенности больных наркома- ниями / А.А. Козлов, Т.С. Бузина // Журн. невропатологии и психиат- рии. – 1999. – Вып. 10. – С. 14-19.

39. Кошкина, Е.А. Особенности распространенности наркологи- ческих расстройств в Российской Федерации в 2005 г. / Е.А. Кошки- на, В.В. Киржанова // Вопросы наркологии. – 2006. – № 2. – С. 50-58.

40. Козн, Ш.Т. Злоупотребление наркотическими веществами и психические заболевания / Ш.Т. Козн, Р. Вейс // Наркология. Под ред. Л.С. Фридмана, Н.Ф. Флеминга, Д.Х. Робертса, С.Е. Хаймана. Пер. с англ. – М.; СПб.: «Издательство БИНОМ» – «Невский Дialeкт», 1998. – С. 275-285.

41. Кривулин, Е.Н. Субъективная оценка психопатологических и соматовегетативных проявлений в реабилитации больных героино- вой наркомазией / Е.Н. Кривулин, Ф.А. Беликов, И.В. Куприн // Сибир- ский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – №1 (27). – С. 86-88.

42. Крупицкий, Е.М. Анкета для оценки синдрома ангедонии у детоксифицированных больных опиоидной наркомазией / Е.М. Крупи- цкий, А.М. Бураков, Т.Н. Романова и др. // Вопросы наркологии. – 2000. – №4. – С. 43-46.

43. Крупицкий, Е.М. Двойное слепое рандомизированное плацебо- контролируемое исследование эффективности налтрексона для стабилизации ремиссии у больных героино- вой наркомазией / Е.М. Крупицкий, Э.Э. Звартау, М.В. Цой и др. // Вопросы наркологии. – 2005. – №3. – С. 24-35.

44. Крупицкий, Е.М. Применение мепамтина для лечения постаб- стинентных расстройств (синдрома ангедонии) у больных героино- вой наркомазией / Е.М. Крупицкий, Д.В. Масалов, А.М. Бураков и др. // Вопросы наркологии. – 2002. – №3. – С. 19-25.

45. Крупицкий, Е.М. Транскраниальная электростимуляция (ТЭС) в лечении постабстинентных расстройств (синдрома ангедонии) у больных героино- вой наркомазией / Е.М. Крупицкий, А.М. Бураков, Н.И. Гриненко и др. // Вопросы наркологии. – 2001. – №6. – С. 33-37.

46. Крупицкий, Е.М., Применение антидепрессанта цитрамила для лечения постабстинентных расстройств (синдрома ангедонии) у больных героино- вой наркомазией / Е.М. Крупицкий, А.М. Бураков, Т.Ю. Диденко и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11. – №4. – С. 71-75.

47. Кубикова, Ю.В. Социально-психологические характеристики и психотерапевтическое лечение больных опиоидной наркомазией / Ю.В. Кубикова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – №4. – С. 72-73.

48. Линский, И.В. Фармакотерапия при синдроме лишения опиои- дов у больных с различной прогредиентностью опиомании / И.В. Линский // Арх. психиатрии. – 2001. – №3(26). – С. 95-101.

49. Логинов, А.С. Опыт применения гептрала у больных опиоидной наркомазией с поражением печени / А.С. Логинов, Л.Ю. Ильченко, Т.И. Серова и др. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – №3. – С. 102-103.

50. Ляшенко, А.А. Применение ароматерапии в комплексной ре- абилитации больных опиоидной наркомазией / А.А. Ляшенко, Т.И. Неви- димова, Ю.М. Лапина // Сибирский вестник психиатрии и нарко- логии. – 2000. – №2. – С. 85-86.

51. Минко, А.И. Современные взгляды на лечение аффективных расстройств в клинике зависимости от психоактивных веществ (- обзор) / А.И. Минко, И.В. Линский, Л.В. Суслова и др. // Арх. психиат- рии. – 2003. – Т.9, №1(32). – С. 96-99.

52. Минко, А.И., Наркология в вопросах и ответах / Серия «Меди- цина для всех» / А.И. Минко, И.В. Линский. – Ростов н/Д: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003. – 480 с.

53. Морозов, Г.В. Морфинизм / Г.В. Морозов, Н.Н. Боголепов. – М.: Медицина, 1984, ил., 176 с.

54. Мохначев, С.О. Зависимость от метадона / С.О. Мохначев, Е.В. Ширяева // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных. Материалы Российской конференции (11-13 октября, 2006 г., г. Москва). – М., 2006. – С. 305-306.

55. Надеждин, А.В. Антидепрессант феварин в комплексной те- рапии героино- вой наркомазии / А.В. Надеждин, А.А. Воронков, Е.Ю. Тетенова и др. // Вопросы наркологии. – 2002. – №3. – С. 26-33.

56. Надеждин, А.В. Клинико-динамические характеристики син- дрома зависимости у подростков, страдающих героино- вой нар- комазией / А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова // Вопросы наркологии. –

2002. – №2. – С. 28-37.

57. Надеждин, А.В. Клинические результаты применения анти- депрессанта леривона у подростков, страдающих героино- вой нар- комазией / А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова // Вопросы наркологии. – 2000. – №2. – С. 33-38.

58. Останков, С.Б. Электросудорожная терапия опиоидной нар- комазии / С.Б. Останков, Т.А. Гуляева, А.В. Погосов // Вопросы нар- кологии. – 2004. – №6. – С. 23-32.

59. Погосов, А.В. Аффективные расстройства и осознание болез- ни при опиоидных наркомазиях / А.В. Погосов, Е.М. Барбина // Нар- кология. – 2002. – №9. – С. 16-20.

60. Погосов, А.В. История и современное состояние вопроса те- рапии наркомазий опиоидной группы (обзор проблемы) / А.В. Пого- сов, Н.А. Бохан, С.Б. Останков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – №4 (22). – С. 56-64.

61. Погосов, А.В. Опиоидные наркомазии: история учения, этно- культуральные аспекты, клиника, лечение / А.В. Погосов, П.К. Мустафетова. – М.: Белые альвы, 1998 – 192 с., ил.

62. Пономарева, Н.А. Купирование героино- вого абстинентного синдрома большими дозами атропина / Н.А. Пономарева // Социаль- ная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13. – Вып. 2. – С. 32-35.

63. Пономарева, Н.А. Сравнительная эффективность различных методик купирования героино- вого абстинентного синдрома / Н.А. Пономарева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13. – Вып. 2. – С. 83-88.

64. Провоторов, Д.В. Эффективность различных схем опиоидной детоксикации / Д.В. Провоторов, А.К. Гажва // Материалы общерос- сийской конференции: Реализация программы «Психические рас- стройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)». – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2008. – С.329-330.

65. Прусс, Н.А. Особенности клинических проявлений и динамики наркомазий и токсикоманий у лиц с девиациями поведения в анамне- зе / Н.А. Прусс // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 1999. – №2. – С. 71-72.

66. Пятницкая, И.Н. Наркомазии: Руководство для врачей / И.Н. Пятницкая. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.

67. Пятницкая, И.Н. Подростковая наркология / И.Н. Пятницкая, Н.Г. Найденова. – М.: Медицина, 2002. – 256 с.

68. Резников, О.В. Некоторые особенности терапии аффектив- ных расстройств у больных героино- вой наркомазией с коморбид- ным травматическим поражением головного мозга / О.В. Резников // Наркология. – 2003. – №12. – С. 28-31.

69. Рохлина, М.Л. Аффективные нарушения при героино- вой нар- комазии / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов, С.О. Мохначев // Вопросы нар- кологии. – 2002. – №1. – С. 20-26.

70. Рохлина, М.Л. Аффективные нарушения у больных полинар- комазией и их роль в возникновении рецидивов заболевания / М.Л. Рохли- на, А.Г. Врублевский // Вопросы наркологии. – 1990. – №1. – С. 34-38.

71. Рохлина, М.Л. Дифференцированное применение антидепрес- сантов при героино- вой наркомазии / М.Л. Рохлина, Т.А. Киткина // Современные принципы терапии и реабилитации психически боль- ных. Материалы Российской конференции (11-13 октября, 2006 г., г. Москва). – М., 2006. – С. 310.

72. Рохлина, М.Л. Наркомазии. Медицинские и социальные послед- ствия. Лечение / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов. – М.: изд-во «Анахар- сис», 2001. – 208 с.

73. Рохлина, М.Л. Особенности формирования и течения героино- вой наркомазии у женщин / М.Л. Рохлина, С.О. Мохначев // Вопросы наркологии. – 2001. – №3. – С. 16-26.

74. Рохлина, М.Л. Психические расстройства у больных, злоупо- требляющих самодельными опиями / М.Л. Рохлина, Т.А. Киткина, Л.Н. Благоев // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1996. – Т.96. – №4. – С. 42-45.

75. Рохлина, М.Л. Психоорганический синдром у больных нар- комазиями / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов // Вопросы наркологии. – 2000. – №3. – С. 29-35.

76. Рохлина, М.Л. Психопатологические расстройства в струк- туре влечения при героино- вой наркомазии / М.Л. Рохлина // Матери- алы общероссийской конференции: Реализация программы «Психи- ческие расстройства» Федеральной целевой программы «Преду- преждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-

2011 г.г.)». – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2008. – С.332-333.

77. Селедцов, А.М. Роль антаксона в реабилитационных программах для больных опиоидной наркоманией / А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Н.П. Кокорина и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – №1 (23). – С. 93-94.

78. Сиволоп, Ю.П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю.П. Сиволоп, В.А. Савченков. – М.: Медицина, 2005. – 304 с.

79. Сиволоп, Ю.П. Ипохондрические расстройства в клинике опиоидной наркомании / Ю.П. Сиволоп, В.А. Савченков, С.В. Савельева и др. // Вопросы наркологии. – 2000. – №3. – С. 37-44.

80. Сиволоп, Ю.П. К оценке роли различных классов лекарственных средств в терапии опиоидной зависимости / Ю.П. Сиволоп, В.А. Савченков, М.В. Янушкевич и др. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – №3. – Т. 6. – С. 110-112.

81. Сиволоп, Ю.П. Непсихотические психические расстройства у больных опиоидной наркоманией / Ю.П. Сиволоп // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2002. – №1. – С. 26-29.

82. Сиволоп, Ю.П. Патогенез психопатологических проявлений опиоидной зависимости: дуалистическая модель / Ю.П. Сиволоп // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2006. – №1. – С. 70-72.

83. Сиволоп, Ю.П. Употребление алкоголя в клинике опиоидной наркомании: психопатологические закономерности и дифференцированная терапия (сообщение 2) / Ю.П. Сиволоп, В.А. Савченков, Т.О. Чиченков и др. // Вопросы наркологии. – 2001. – №4. – С. 23-32.

84. Сосин, И.К. Депрессивные состояния как проблема наркологии и суицидологии / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев, О.В. Друзь // Арх. психиатрии. – 2003. – Т.9, №1(32). – С. 92-96.

85. Спирина, И.Д. Выраженность тревожно-депрессивных переживаний как критерий качества ремиссии у больных алкоголизмом мужчин / И.Д. Спирина, В.А. Лагутин, О.В. Серебритская и др. // Арх. психиатрии. – 2003. – Т.9, №1(32). – С. 99-101.

86. Тузикова, Ю.Б. Особенности формирования и течения героинового наркомании у больных с преморбидной личностной патологией / Ю.Б. Тузикова // Вопросы наркологии. – 2001. – №5. – С. 26-34.

87. Узбеков, М.Г. Современные подходы к терапии болезней зависимости: антаксон / М.Г. Узбеков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13. – Вып. 2. – С. 172-177.

88. Целинский, Б.П. Криминологическая характеристика незаконного оборота наркотиков в Российской Федерации в 2000 году / Б.П. Целинский // Вопросы наркологии. – 2001. – №6. – С. 3-10.

89. Четвериков, Д.В. Коморбидность опиоидной наркомании и аффективных расстройств / Д.В. Четвериков, И.Я. Ирлицына // Вопросы наркологии. – 2000. – №3. – С. 65-77.

90. Шайдукова, Л.К. Структура психопатоподобных расстройств у больных опиоидной наркоманией / Л.К. Шайдукова, Е.В. Коблова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19. – Выпуск 2. – С. 5-9.

91. Шалашиова, И.В. Использование теста Люшера для исследования аффективных расстройств у больных с зависимостью от опиоидов и психостимуляторов кустарного изготовления / И.В. Шалашиова,

Е.В. Голощапова // Арх. психиатрии. – 2004. – Т.10, №4(39). – С. 130-132.

92. Яковлев, В.А. Особенности применения антаксона у больных героинового наркоманией с разными уровнями социальной адаптации / В.А. Яковлев, О.Т. Кутушев // Вопросы наркологии. – 1999. – №4. – С. 17-19.

93. Янкин, Е.В. Особенности фармакологического действия высоких доз тиапеттина у больных героинового наркоманией / Е.В. Янкин, В.М. Медведев, Д.И. Малин // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных. Материалы Российской конференции (11-13 октября, 2006 г., г. Москва). – М., 2006. – С. 318-319.

94. Яшкина, И.В. Злоупотребление тиапеттином (коаксил) у больных опиоидной наркоманией / И.В. Яшкина, В.М. Швецов, Ю.Е. Варфоломеева и др. // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных. Материалы Российской конференции (11-13 октября, 2006 г., г. Москва). – М., 2006. – С. 319-320.

95. Avants, S.K. Targeting HIV-related outcomes with intravenous drug users maintained on methadone a randomized clinical trial of a harm reduction group therapy / S.K. Avants, A. Margolin, M.H. Subiaga, et al. // J. Subst Abuse Treat. – 2004. – Vol. 26, N 2. – P 67-78.

96. Boyd, S.J. Gender differences in indices of opioid dependency and medical comorbidity in a population of hospitalized HIV-infected African-Americans / S.J. Boyd, N.F. Thomas-Gosain, A. Umbricht, et al. // Am. J. Addict – 2004. – Vol. 13, N 3. – P 281-291.

97. Edwards, A.C. Genetic Influences on Addiction / A.C. Edwards, D.S. Sviki, R.W. Pickens, et al. // Primary Psychiatry, 2009; 16(8): 40-46.

98. Gold, M.S. Dual Diagnosis in Substance Abuse / M.S. Gold, A.E. Slaby, et al. // New York: Marcel Dekker, 1991.

99. Harding-Pink, D. Methadone: One person's maintenance dose is another's poison / D. Harding-Pink // Lancet, 1993; 341:665-666.

100. Johnson, R.E. A controlled trial of buprenorphine for the treatment of opioid dependence / R.E. Johnson, J.H. Jaffe, P.J. Fudala // J.A.M.A., 1992; 267:2750-2755.

101. Kokkevi, A. Drug abuse and psychiatric comorbidity / A. Kokkevi, C. Stefams // Comp Psychiatry. – 1995. – Vol. 36, №5. – P. 329-337.

102. Laurence, M. New Medications for the Treatment of Substance Use Disorders / M. Laurence, D. Finklestein // Primary Psychiatry, 2008; 15(12): 73-80.

103. Ling, W. Drug of abuse-opiates. In: Addiction Medicine and the Primary Care Physician [Special Issue] / W. Ling, D.R. Wesson // West. J. Med., 1990; 152:565-572.

104. Rawson, R.A. Opioid addiction treatment modalities and some guidelines to their optimal use / R.A. Rawson, W. Ling // J. Psychoactive Drugs, 1991; 23(2):151-163.

105. Regier, D.A. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area study / D.A. Regier, M.E. Farmer, D.S. Rae, et al. // JAMA, 1990; 264:2511.

106. Rounsaville, B.J. Untreated opiate addicts / B.J. Rounsaville, H.D. Weber // Arch Gen Psychiatry. – 1985. – Vol. 42. – P. 1072-1077.

107. Weiss, R.D. Substance abuse and psychiatric illness / R.D. Weiss, D.A. Collins // Am. J. Addict. 1992; 1:93.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В КЛИНИКЕ ОПИЙНЫХ НАРКОМАНИЙ (обзор литературы)

А.В. Погосов, И.Н. Архипова, Шади Хадж Саид

В клинической картине опиоидной наркомании важное место занимают аффективные расстройства. Депрессивные нарушения могут создавать дополнительную мотивацию к злоупотреблению опиатами, а после купирования синдрома отмены играют значительную роль в актуализации патологического влечения к наркотику. На характер и выраженность депрессивных нарушений в клинике опиоидной наркомании оказывают влияние ряд факторов, среди которых сопутствующая патология, преморбидные личностные особенности, пол, возраст, стаж наркотизации, а также разновидность психоактивного вещества. Комплексная терапия аффективных нарушений у больных с зависимостью от опиатов включает использование самых различных групп препаратов, а также психотерапевтические мероприятия и другие немедикаментозные подходы.

Ключевые слова: опиоидная наркомания, аффективные расстройства, лечение

CURRENT STATE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN OPIOID ADDICTION CLINIC (literature review)

A.V. Pogosov, I.N. Arkhipova, Shadi Khadj Said

In the clinical picture of opium addiction an important place occupy affective disorders. Depressive disorders can create additional motivation for opiate abuse, and coping with withdrawal symptoms after a significant role in the actualization of pathological craving for the drug. The nature and severity of depressive disorders in the clinic opium addiction is influenced by several factors, including comorbidity, premorbid personality traits, gender, age, length of anesthesia, as well as a variety of psychoactive substances. Combined therapy of affective disorders in patients with opiate dependence involves the use of the various groups of drugs, and psychotherapeutic counseling, and other non-drug approaches.

Keywords: opioid addiction, affective disorders, treatment

УДК: 616.89-008.446

К.В. Аймедов

ВИВЧЕННЯ МОТИВАЦІЇ ПАТОЛОГІЧНОГО ГРАВЦЯ

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

Ключові слова: патологічний гемблінг, мотивація, гедонізм

Все більш дослідників приходять до висновку о спільної природі та єдності патогенетичних механізмів хімічної та поведінкової залежності [1, 2]. Тому незалежно від природи адиктогену (хімічний агент чи патологічний поведінковий акт), всі адиктивні захворювання, мають схожі мотиви, які призводять до формування та існування будь якої хвороби залежності.

У широкому сенсі мотив це матеріальний або ідеальний предмет, досягнення якого виступає змістом діяльності. Мотив представлений суб'єктові у вигляді специфічних переживань, що характеризуються або позитивними емоціями від очікування досягнення даного предмета, або негативними, пов'язаними з неповнотою справжнього положення. Для усвідомлення мотиву потрібна внутрішня робота. Саме мотив - одне з ключових понять психологічної теорії діяльності. Найбільш просте визначення мотиву в рамках цієї теорії: "Мотив - це опредмечена потреба". У літературі, іноді мотив видають з потребу чи мету, однак потреба це, за змістом, неусвідомлюване бажання усунути дискомфорт, а метою є результат свідомого руху до якогось об'єкту. Ось наприклад: спрага - це потреба, вода - це мотив, а пляшка з водою, до якої людина тягнеться - це мета [3]. А мотивація - це найважливіший фактор підвищення ефективності діяльності, процес особистого зацікавлення у розв'язанні власне проблем, поставлених задач та досягненні бажаних цілей. Розуміння змісту мотивації, знання про те, чому люди роблять те, що вони роблять - необхідна передумова для того, щоб допомогти їм реалізувати власні мотиви та попередити випадки, коли мотивації можуть викликати певні ускладнення. Позитивна соціально спрямована мотивація ґрунтується на поєднанні реальних цілей, життєвих цінностей і установок, очікувань і потреб особи з цілями суспільства. Людина яка поділяє мети та усвідомлює цінності свого мікросоціуму, здатна визначити собі завдання, знаходити шляхи їх вирішення, здійснювати самоконтроль, тобто переходити від зовнішнього мотивування до самомотивування. Воно можливе за певних об'єктивних умов, серед яких важливу роль відіграють задоволення первинних потреб особистості, висока культура суспільства та критичне саморозуміння [4]. При порушенні цих складових виникає ситуація потреби у допомогі, частіше лікаря-психотерапевта, який повинен забезпечити розвиток позитивних мотивів у хворого, створити ситуаційне поле, яке спонукатиме пацієнта робити те, що від нього очікують. Для цього потрібно чітко з'ясувати патологічні мотиви, ступінь їх домінації у свідомості хворого та використати методи психокорекції

мотивації. Вивчення мотивів патологічної діяльності проблема, якої займаються вітчизняні та закордонні дослідники, тому що уявлення про ієрархію мотивів адикта надає змогу до будування адекватної системи її корекції [5]. Враховуючи цей факт ми спробували на практиці створити та оцінити ефективність опитувальника для виявлення мотивації участі в азартній грі у осіб, що страждають на патологічну схильність до азартних ігор.

Мета дослідження. Оцінити чутливість розробленого нами опитувальника мотивації участі у азартній грі на різних етапах захворювання (доклінічному, клінічному, термін терапії та ремісії) у патологічних гемблерів.

Завдання дослідження:

1. Визначитись з поняттям мотив, мотивація, вимірювання мотивації залежності у осіб з патологічною схильністю до азартних ігор.

2. З'ясувати, за допомогою розробленого нами опитувальника по виявленню мотивації участі у азартній грі, виявити домінуючі типи мотивів та кількісно їх оцінити.

3. Оцінити чутливість опитувальника по змінам мотивації у результаті лікування ігроманії та обґрунтувати мотиваційну динаміку.

4. Зробити висновки дослідження та рекомендації, щодо впровадження опитувальника у клінічну практику.

Матеріали та методи дослідження. У 2005-2011 роках, досліджено 473 хворих на патологічну схильність до азартних ігор (за критеріями МКХ-10), чоловічої статі, у віці 18-54 років. У обстежених досвід ігрової діяльності був від декількох місяців до десяти та більше років. Об'єктивність проведеного дослідження та чутливість опитувальника визначає те, що патологічні гравці були вельми різні за рівнем достатку, кількістю витрачених на гру грошей, соціальним станом, сімейні та не одружені, з різним ступенем важкості захворювання.

На розроблений та використаний опитувальник нами отримано патент на винахід [6]. Створений спосіб діагностики мотивації патологічної схильності до азартних ігор нами зроблено за допомогою модифікації аналогічного відомого діагностичного опитувальника на патологічну мотивацію у хворих на алкогольну залежність [7], який також містить сорок п'ять питань, розподілених на дев'ять диференціально-діагностичних шкал, згрупованих у три тріади, що розкривають характер залежності та її мотиваційну основу. Однак, вказаний метод має низку недоліків: він не від-

биває сутність сучасних форм хвороб залежності, не розкриває динаміку їх формування, що врешті не сприяє розробці ефективних методів корекції; формулювання питань не дозволяє застосувати опитувальник у хворих на нехімічні (поведінкові) форми залежності. Найближчим до запропонованого є модифікований діагностичний опитувальник на патологічну мотивацію у хворих на опійну наркоманію. Він також складається з сорока п'яти питань, розподілених на дев'ять диференціально діагностичних шкал, згрупованих у три тріади. Стосовно опійної залежності опитувальник дозволяє побудувати ієрархію мотивів, що спонукають до вживання наркотичної речовини. Але діагностика приведеним способом є вузько направленою тільки на хворих опійною залежністю. Інформація, одержана за допомогою опитувальника, не може бути використана для побудови реабілітаційних програм (фармакологічна та психотерапевтична корекція) стосовно поведінкових порушень, що є еквівалентами нехімічних форм залежності. Тому нами було покладено задачу вдосконалення способу діагностики та виявлення патологічних мотивів до участі у грі з метою наступної корекції патологічного потягу у структурі адиктивної поведінки шляхом використання фармако- та психотерапії, що сприяє досягненню стабілізації стану хворого та переходу у тривалу стійку ремісію. Поставлена задача вирішувалась тим, що провідним інструментом корисної моделі став діагностичний опитувальник з метою виявлення домінуючої патологічної мотивації.

Використання опитувальника зручне та просте. Спосіб проводиться наступним чином. Пацієнту пропонують відповісти на питання опитувальника та потім оцінюють його відповіді, угруповуючи їх по диференціально-діагностичним шкалам з підрахунком отриманих балів. Питання опитувальника наступні:

Я ГРАВ В АЗАРТНІ ІГРИ ТОМУ, ЩОБ:

- 1) отримувати однакові відчуття з друзями;
- 2) не зіпсувати відносин у компанії;
- 3) спробувати хоча б для загального розвитку;
- 4) отримати відчуття, які виникають при азартній грі та подобаються мені;
- 5) забути, відволіктися від усього неприємного;
- 6) гра змінила все навколишнє, надала сенс життю;
- 7) гра полегшила самопочуття;
- 8) мати стан коли усі мої думки тільки про гру, як я не намагався б відволіктися;
- 9) не усвідомлювати нічого, крім бажання азарту;
- 10) отримувати спільну радість при зустрічах із друзями;
- 11) не залишитися без друзів;
- 12) наді мною не жартували у компанії;
- 13) одержати приємні відчуття;
- 14) рятуватись від гірких думок і переживань;
- 15) стати активнішим, веселішим, це робить гра та відчуття азарту;
- 16) відновити «рівновагу»;
- 17) грати і більш ні про чого не думати;
- 18) «зняти» такий стан, коли не керую собою, поки

не пограю;

- 19) отримати приємні відчуття;
- 20) відмовлятися, коли інші грають;
- 21) втрачати «своє коло для спілкування»;
- 22) отримати незвичайні та приємні відчуття;
- 23) приборкати настрої - коли не граю, то все навколишнє мене гнобить;
- 24) час при грі проходив швидше та цікавіше, а без неї довго й нудно;
- 25) стан моєї душі не був жакликим;
- 26) реалізувати бажання грати, яке переслідує мене в думках постійно;
- 27) потреба постійно грати не заважала мені;
- 28) зіпсувати час, який без гри нудний й нецікавий;
- 29) не сидіти вдома;
- 30) бути модним та сучасним;
- 31) виграти грошей;
- 32) гра зняла напругу;
- 33) як слід розважитися, загострити почуття, мати інтерес до життя;
- 34) зняти «ігрову абстиненцію»;
- 35) не вживати алкоголь чи наркотики;
- 36) не стати як всі «нормальні»;
- 37) знайти нових товаришів та зав'язати знайомства;
- 38) було про що поговорити з друзями;
- 39) пограти у дружньому колі;
- 40) гра сприяла гарному настрою й, взагалі, приємним відчуттям;
- 41) гра дозволила розслабитися;
- 42) відчувати мир яскравіше, бути активним і радісним;
- 43) уникнути болісних відчуттів, які долають мене у періоді поза грою;
- 44) втрачати можливість пограти, коли вона є;
- 45) отримати відчуття, коли гра для мене дорожче рідних, роботи та грошей.

Відповідь на кожне питання оцінювалась у балах: часта причина - 3 бали; іноді, досить рідка причина - 2 бали; майже ніколи, дуже рідка причина - 1 бал; ніколи - 0 балів.

Розподіл стверджень по шкалах був наступним: I шкала - ствердження 1,10,19,28,37; II - 2,11,20,29,38; III - 3,12,21,30,39; IV - 4,13,22,31,40; V - 5,14,23,32,41; VI - 6,15,24,33,42; VII - 7,16,25,34,43; VIII - 8,17,26,35,44; IX - 9,18,27,36,45.

Де, I - група соціально-психологічних мотивів, що включають: 1) комунікативні мотиви, пов'язані зі спілкуванням із групою - діяльність, спрямована на створення нових знайомств, зустрічі, розваги та ін.; 2) субмісивні мотиви, що відбивають приймання участі в грі у результаті тиску з боку; 3) соціально-інтегративні мотиви, що свідчать про бажання за допомогою гри інтегруватися у референтну групу, долучитися до тих або інших цінностей групової субкультури.

II - мотиви, пов'язані, в основному, з бажанням змінити власний стан: 1) гедоністичні - прагнення отримати відчуття ейфорії або стимулювати фізичний і психіч-

ний стан; 2) мотиви перемикавання афекту - бажання нейтралізувати негативні емоційні переживання; 3) мотиви гіпермотиваційної напруги - прагнення підсилити з метою фіксації позитивні психічні відчуття.

III - властиво патологічні мотиви, що констатують хворобливий потяг: 1) мотив відновлення вітальної активності - прагнення відновити загальний життєвий (фізичний і психічний) тонус на початку абстиненції, коли одержання ейфорії є неможливим у зв'язку з високою «толерантністю» й складністю подальшого збільшення «доз»; 2) мотив залежності - фіксація у свідомості обсесивного потягу до гри (психічної залежності); 3) мотив компульсивного потягу - нескориме прагнення грати (фізичної залежності); один з компонентів - прагнення ліквідувати за допомогою ігрової діяльності прояви синдрому відміни (абстиненції).

Максимальне цифрове значення отримане за опитуванням може бути 135 балів, це 45 по кожній тріаді, та 15 по кожній окремій шкалі. Кількість балів вказує на ступінь домінування того чи іншого патологічного мотиву, що свідчить о його загальному напруженні у свідомості хворого, і допомагає зробити висновки про стратегію наступної психотерапевтичної співпраці зі хворим. Динаміка суми балів у ході терапії допомагає оцінити стан хворого і ефективність обраної схеми лікувальної допомоги.

Результати та їх обговорення. В обстеженого контингенту вимірювання патологічної мотивації участі у азартній грі здійснено тричі на протязі дослідження. На першому візиті до лікаря, отримані результати коливались у межах, що вказували на хворобливу пристрасть до гри. У всіх хворих результати за першим тестуванням були від 51 до 122 балів, на другому візиті після трьохмісячної комплексної терапії та року ремісії показники значно зменшились (сумарні результати від 34 до 89 балів). Третє тестування проведено у тих хворих хто зміг утриматися у дослідженні три місяці комплексної терапії та після не зник з нагляду лікаря у термін трьохрічної ремісії. З таких 473 обраних до дослідження пацієнтів залишилось 109 осіб, показники за опитувальником мотивації зменшились до 2-23 балів, що практично дорівнює вибірці показників отриманих в умовно здорових осіб, що мають досвід азартної гри, але не є патологічними гравцями. Переходячи до ознайомлення з розподілом по шкалах мотивів, важливо позначити, що не було чітких розділів по окремим групам чи шкалам, всі гравці отримали умовну карту - мозаїку, в якій може побачити за якою віссю оцінка досягала максимуму, а де вона ледве знайшла свій прояв та відповідальне відбиття на індивідуальному картуванні.

Розподіл за тріадами мотивів був наступний. До соціально-психологічних мотивів, визначили схильність більшість опитуваних, приблизно в рівній мірі це були мотиви, пов'язані зі спілкуванням із групою, та діяльності, спрямованої на створення розваг та зустріч, тиску з боку знайомих гравців, бажання за грою поспілкуватись у бажаній компанії чи відвідати

цікавий ігровий заклад. Мотиви, пов'язані, з бажанням змінити власний стан, також не рідкість, особливо гедоністичні (прагнення отримати відчуття ейфорії або стимулювати власний стан), та перемикавання афекту з бажанням нейтралізувати негативні емоційні переживання, рідше це були мотиви гіпермотиваційної напруги, тобто прагнення підсилити з метою фіксації позитивні психічні відчуття. Властиво патологічні мотиви, які вказують на хворобливий потяг вказано гравцями з багаторічним досвідом гри, великої кількістю накопичених соціальних, родинних проблем, та як правило з кредитними обов'язками. З них мотив відновлення вітальної активності, а саме прагнення відновити психічний тонус на початку абстиненції, фіксації у свідомості обсесивного потягу до гри, компульсивного потягу (нескориме прагнення грати) по всіх відповідях займав менш ніж їх десятю частину.

Підтвердити чутливість опитувальника можливо за клінічними проявами обстежених, в яких власний стан покращився від моменту першого візиту, зникла напруженість, виразний потяг до гри, з'явилась зацікавленість в інших видах діяльності, покращились показники за шкалами тривоги та депресії (таке тестування також було частиною дослідження), покращились родинні взаємини.

Висновки

1. Розроблений та запроваджений у практику опитувальник надав можливість досягнути поставленої мети, а саме виявити домінуючу мотивацію патологічної участі у грі та кількісно у балах її оцінювати.

2. Розподіл за шкалами мотивів вказав на те, що в більшості випадків це були мотиви соціально-комунікативні та гедоністичні, мотивів відбиваючих компульсивний потяг та інших хворобливих мотивів виявлено в обмеженій кількості гравців з багаторічним досвідом участі в грі і колом накопичених проблем.

3. Оцінено чутливість опитувальника по змінам мотивації у результаті лікування ігromанії, що дає змогу використати його як діагностичний інструмент з метою аналізу проведеної терапії.

4. Отримані результати надають змогу рекомендувати опитувальник по виявленню домінуючої мотивації патологічних гравців у сучасну психіатричну та наркологічну практику.

Література:

1. Егоров А.Ю. Сравнительное исследование психологических особенностей наркозависимых и гемблеров / А.Ю. Егоров, Е.А. Волкова // Межрегиональная научно-практическая конференция «Общество против наркотиков». – Казань, 18-19 октября 2006 г. Материалы конференции. – С. 68-72.
2. Гурова О.Ю. Личностные особенности больных патологической склонностью к азартным играм, расстройствами приема пищи и алкоголизмом / О.Ю. Гурова, Е.А. Кузнецова-Морева, А.Е. Бобров // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва). – М., 2007. – С. 46-47.
3. Леонтьев Д.А. От социальных ценностей к личностным: социогенез и феноменология ценностной регуляции деятельности / Д.А. Леонтьев // Вестник Московского университета, 2002. – № 1. – С. 20-29

4. Антонова Н.В. Проблемы личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционизма и когнитивной психологии / Н.В. Антонова // Вопросы психологии. – 1996. – № 1. – С. 131-143.

5. Комарова Л.Э. Роль патологических внутренних объектных отношений в генезисе игровой зависимости / Л.Э. Комарова // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции; под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. – С. 51-61.

6. Спосіб діагностики мотивації патологічної схильності до азартних ігор / В.С. Бітенський, К.В. Аймедов // Патент України на корисну модель А61В 10/00 №47406 від 25.01.2010, №и200911269. Бюл. № 2.

7. Короленко Ц.П. Личность и алкоголь / Ц.П. Короленко, В.Ю. Завьялов // Новосибирск. - Изд. «Наука», 1987. – с. 168.

ИЗУЧЕНИЕ МОТИВАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИГРОКА

Аймедов К.В.

В статье автор приводит пример изучения мотивации лиц с диагнозом патологическая склонность к азартным играм при помощи опросника собственной разработки, который дает возможность выявить ведущие и второстепенные мотивы участия в азартной игре и количественно их распределить, что есть основой для дальнейшей терапии и оценке ее эффективности.

Ключевые слова: патологический гемблинг, мотивация, гедонизм

THE STUDY OF MOTIVATION OF PATHOLOGICAL PLAYER

K. Aymedov

In the article an author makes an example of study of motivation of persons with a diagnosis pathological gambling through the questionnaire of own development, which enables to expose leading and second-rate reasons of participating in a reckless game and in number to distribute them, that is basis for further therapy and to the estimation of its efficiency.

Keywords: pathological gambling, motivation, hedonism

УДК 616.89+616.08

Е.С. Осуховская

ВЗАИМОПОТЕНЦИРУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ФОРМИРОВАНИЕМ ХИМИЧЕСКИХ И НЕХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: игровая аддикция, азартные игры, лудомания, гемблинг, нехимическая аддикция, табакокурение, алкоголизм, употребление спиртных напитков, химическая аддикция

В своих статьях мы неоднократно подчеркивали чрезвычайную важность разработки темы игровой аддикции. Однако, как показывает изучение результатов последних научных исследований, проведенных в психиатрии и наркологии, достаточно распространена сочетанная психопатология, в структуру которой входят как нехимические (например, игровая), так и химические (например, алкогольная, наркотическая) аддикции [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7], образуя при этом широкий спектр полиморфных клинических проявлений, усложняя оказание специализированной психо-наркологической помощи и требуя проведения более детерминированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Алкогольная патология в структуре иных форм химических аддикций продолжает оставаться доминирующей как во многих странах мира, так и в Украине: на 1 января 2009 г. общее число официально зарегистрированных лиц с алкогольной зависимостью составляет около 1 миллиона, а количество незарегистрированных, по мнению наркологов, в несколько раз больше [8]. По данным экспертов ВОЗ, Украина входит в число шести (из пятидесяти) стран Европы, для кото-

рых характерен неуклонно прогрессирующий темп роста количества алкогольных аддиктов. Для нашего государства также актуальной стала тенденция «омоложения» формирования алкогольной зависимости, увеличения частоты случаев алкоголизма среди женщин при смещении предпочтений в сторону слабоалкогольных напитков по сравнению с крепкими, 1% детей 12-13 лет ежедневно употребляют слабоалкогольные напитки и пиво [9, 10].

Сущностное сходство игровой аддикции и алкогольной зависимости свидетельствует о клинко-патогенетической общности данных расстройств, выражающейся в появлении патологического влечения (компульсивного и обсессивного регистров), психофизического комфорта при реализации влечения и дискомфорта при невозможности его реализовать, изменении толерантности, психотропном эффекте, форме реализации аддикции и нарастающих изменениях личности.

Данные последних исследований клинических проявлений, особенностей течения, динамики зависимости от азартных игр у больных только с игроманией, а

4. Антонова Н.В. Проблемы личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционизма и когнитивной психологии / Н.В. Антонова // Вопросы психологии. – 1996. – № 1. – С. 131-143.

5. Комарова Л.Э. Роль патологических внутренних объектных отношений в генезисе игровой зависимости / Л.Э. Комарова // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции; под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. – С. 51-61.

6. Спосіб діагностики мотивації патологічної схильності до азартних ігор / В.С. Бітенський, К.В. Аймедов // Патент України на корисну модель А61В 10/00 №47406 від 25.01.2010, №и200911269. Бюл. № 2.

7. Короленко Ц.П. Личность и алкоголь / Ц.П. Короленко, В.Ю. Завьялов // Новосибирск. - Изд. «Наука», 1987. – с. 168.

ИЗУЧЕНИЕ МОТИВАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИГРОКА

Аймедов К.В.

В статье автор приводит пример изучения мотивации лиц с диагнозом патологическая склонность к азартным играм при помощи опросника собственной разработки, который дает возможность выявить ведущие и второстепенные мотивы участия в азартной игре и количественно их распределить, что есть основой для дальнейшей терапии и оценке ее эффективности.

Ключевые слова: патологический гемблинг, мотивация, гедонизм

THE STUDY OF MOTIVATION OF PATHOLOGICAL PLAYER

K. Aymedov

In the article an author makes an example of study of motivation of persons with a diagnosis pathological gambling through the questionnaire of own development, which enables to expose leading and second-rate reasons of participating in a reckless game and in number to distribute them, that is basis for further therapy and to the estimation of its efficiency.

Keywords: pathological gambling, motivation, hedonism

УДК 616.89+616.08

Е.С. Осуховская

ВЗАИМОПОТЕНЦИРУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ФОРМИРОВАНИЕМ ХИМИЧЕСКИХ И НЕХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: игровая аддикция, азартные игры, лудомания, гемблинг, нехимическая аддикция, табакокурение, алкоголизм, употребление спиртных напитков, химическая аддикция

В своих статьях мы неоднократно подчеркивали чрезвычайную важность разработки темы игровой аддикции. Однако, как показывает изучение результатов последних научных исследований, проведенных в психиатрии и наркологии, достаточно распространена сочетанная психопатология, в структуру которой входят как нехимические (например, игровая), так и химические (например, алкогольная, наркотическая) аддикции [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7], образуя при этом широкий спектр полиморфных клинических проявлений, усложняя оказание специализированной психо-наркологической помощи и требуя проведения более детерминированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Алкогольная патология в структуре иных форм химических аддикций продолжает оставаться доминирующей как во многих странах мира, так и в Украине: на 1 января 2009 г. общее число официально зарегистрированных лиц с алкогольной зависимостью составляет около 1 миллиона, а количество незарегистрированных, по мнению наркологов, в несколько раз больше [8]. По данным экспертов ВОЗ, Украина входит в число шести (из пятидесяти) стран Европы, для кото-

рых характерен неуклонно прогрессирующий темп роста количества алкогольных аддиктов. Для нашего государства также актуальной стала тенденция «омоложения» формирования алкогольной зависимости, увеличения частоты случаев алкоголизма среди женщин при смещении предпочтений в сторону слабоалкогольных напитков по сравнению с крепкими, 1% детей 12-13 лет ежедневно употребляют слабоалкогольные напитки и пиво [9, 10].

Сущностное сходство игровой аддикции и алкогольной зависимости свидетельствует о клинко-патогенетической общности данных расстройств, выражающейся в появлении патологического влечения (компульсивного и обсессивного регистров), психофизического комфорта при реализации влечения и дискомфорта при невозможности его реализовать, изменении толерантности, психотропном эффекте, форме реализации аддикции и нарастающих изменениях личности.

Данные последних исследований клинических проявлений, особенностей течения, динамики зависимости от азартных игр у больных только с игроманией, а

также с игровой зависимостью, сочетающейся с алкоголизмом, позволили обнаружить, что:

1. У лиц, страдающих только игровой зависимостью, патологическое влечение наиболее интенсивное и генерализованное с ведущим идеаторным компонентом, аффективная клиническая составляющая содержит субдепрессивные расстройства, поведенческие и вегетативные нарушения наименее выражены.

2. У игровых аддиктов на фоне зависимости от алкоголя аффективные расстройства выступают на передний план, идеаторный компонент менее выражен, поведенческий - проявляется психопатоподобным поведением, вегетативные расстройства выражены и полиморфны.

3. Течение патологического процесса у игроманов без сочетанной алкогольной патологии имеет постоянный и периодический варианты, а у игровых аддиктов с алкоголизмом – только периодический.

4. Актуализация влечения к игре в состоянии ремиссии у лиц с изолированной игровой аддиктивной патологией связана со стрессовыми ситуациями и дебютирует идеаторными нарушениями, аффективные расстройства отходят на второй план, у больных, игроманов с сочетанной алкогольной патологией – дебютирует также идеаторными патологическими проявлениями, которые уступают в последствии первое место аффективной симптоматике.

Такие особенности дебюта и течения игровой зависимости требуют дифференцированного подхода к проведению психофармакотерапии данной патологии [12].

Никотиновая зависимость также является одной из актуальнейших проблем современности. Сегодня доказано этиопатогенетическое воздействие никотина на формирование различных заболеваний центральной нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, нарушений сенсорных процессов, памяти, эмоциональной сферы человека. Результаты исследования в Украине распространенности табакокурения среди лиц молодого возраста, студентов ВУЗов, показали, что 39,5% лиц мужского пола и 14,2% - женского курят табак [11].

Ежегодно в нашей стране к курению приобщаются 500 тысяч молодых людей, фактически начиная с 11 лет, что в значительной мере влияет на уровень заболеваемости граждан Украины. Так, за последние 25 лет распространенность сердечнососудистых заболеваний, таких, как инфаркты, инсульты, гипертония среди населения выросла в три раза, а уровень смертности от них – на 45%. Ежегодно диагностируется около 50 тыс. случаев инфаркта миокарда. Частота инсультов в Украине превышает аналогичный показатель в развитых странах Европы в 11-13 раз. Основными причинами развития этих заболеваний являются употребление табака, отсутствие физической активности и нездоровое питание. Несмотря на то, что в последние несколько лет в Украине существенно усилены требования Закона Украины «О рекламе» (запрещена реклама табачных изделий, знаков, товаров и услуг в средствах

массовой информации, на внешних рекламных носителях), расширен перечень мест, освобожденных от табачного дыма, повышен размер штрафа за курение в неположенном месте, в несколько раз повышены ставки акцизов на табачные изделия, масштабы табакокурения остаются значительными: как свидетельствуют данные Госкомстата Украины, среди мужчин старше 18 лет курильщики составляют 49% [13].

В связи с тем, что в Украине до сегодняшнего дня не проводились исследования ассоциированных проявлений игровой, алкогольной и табачной аддикций у лиц молодого возраста, отсутствует официальная статистика, дающая представление об отношении молодежи к употреблению спиртных напитков и табакокурению вообще и в процессе занятия азартными играми, в частности, в то время как за рубежом данные статистического анализа этой проблемы говорят о высокой частоте вышеупомянутой психопатологии, считаем необходимым и актуальным изучение и анализ данного вопроса.

Целью нашего исследования явилось изучение взаимопотенцирующих процессов, ассоциированных с формированием химических и нехимических аддикций. В соответствии с поставленной целью, определены следующие задачи:

1. Изучить распространенность табакокурения, употребления спиртных напитков вообще, в процессе занятия азартными играми, в частности, у молодых людей, граждан Украины, сравнить полученные показатели.

2. Выявить особенности табакокурения, употребления спиртных напитков у лиц с игровой аддикцией и без таковой.

В соответствии с целью и задачами исследования нами анонимно, с согласия обследованных, был проведен опрос 1800 студентов высших учебных заведений г. Киева в возрасте 17 – 25 лет [1]; 47% - составили лица мужского пола, 53% - женского, учащиеся в возрасте 17 лет – 10%; 18 лет – 22%; 19 лет – 20,7%; 20 лет – 19,7%, 21 года – 18,3%; 22 лет – 4%; 23 года – 3,3%; 24 года – 1%; 25 лет – 1%. На вопрос: «вы курите табак?» 42, 7% опрошенных ответили утвердительно, 57,3% - отрицательно (рис. 1).

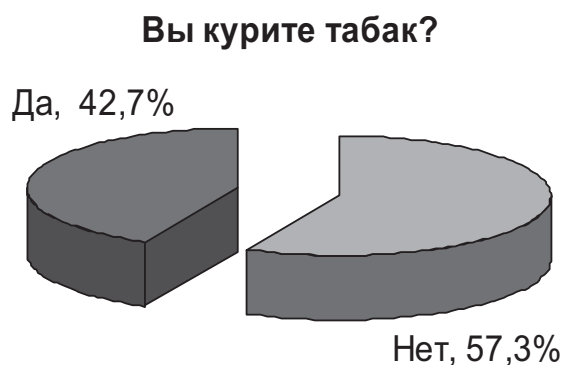


Рис. 1. Отношение молодых людей к курению табака

Ответы на вопрос «Если курите, то сколько сигарет в день?» представлены на рисунке 2:

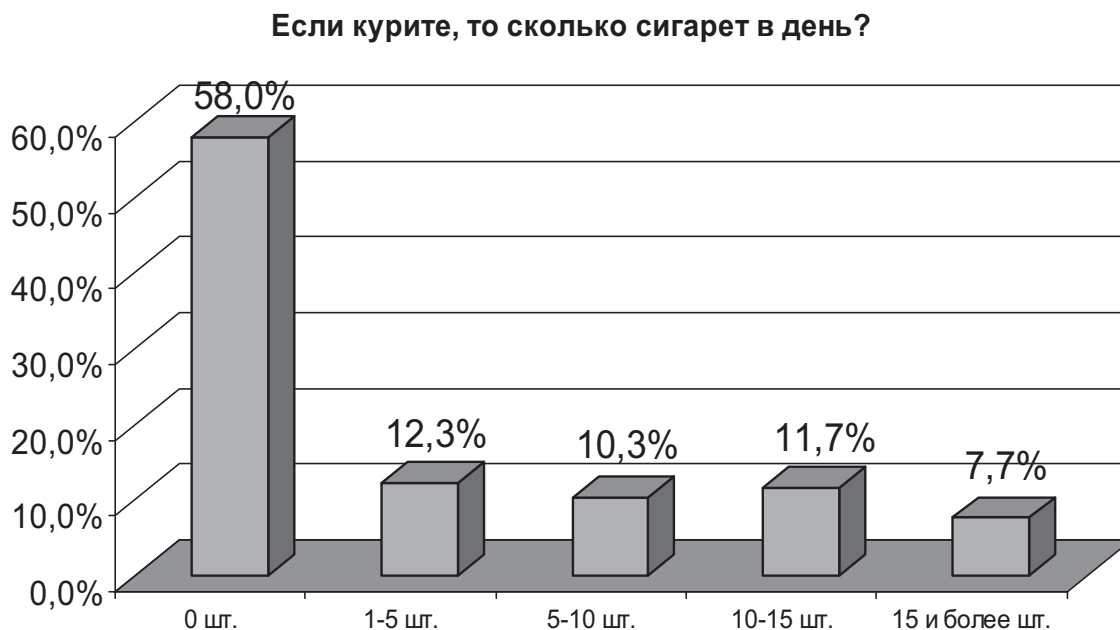


Рис. 2. Количество выкуриваемых сигарет в день

Как видно из рис. 3, 12% молодых людей отметили увеличение количества выкуриваемых сигарет во время игры, 88% - ответили на вопрос отрицательно.

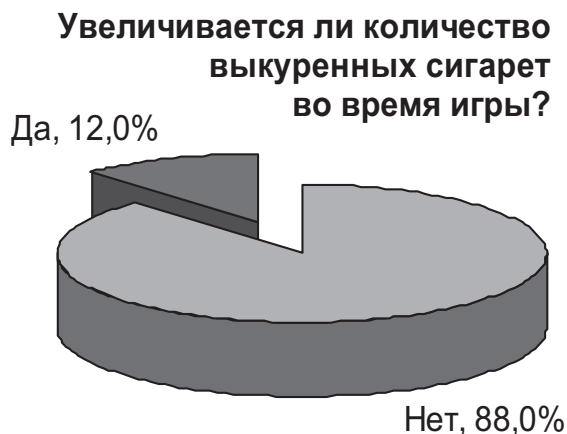


Рис. 3. Изменение количества выкуриваемых сигарет в процессе участия в азартных играх

Отвечая на вопрос «Употребляли ли вы алкогольные напитки до участия в играх?» 17,3% молодых людей ответили утвердительно, 82,7% - отрицательно (рис.4).

Такие же показатели мы получили при анализе ответов на вопрос «Употребляли ли вы алкогольные напитки во время игры?»: 17,3% опрошенных ответили утвердительно, 82,7% - отрицательно.

Из рис. 5 видно, что употребление спиртных напитков после участия в азартных играх отметили 17,7% студентов.

Употребляли ли вы алкогольные напитки до участия в играх?

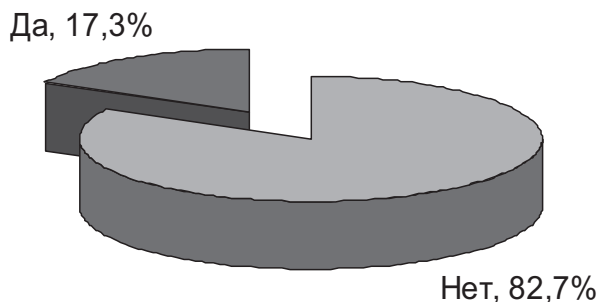


Рис. 4. Отношение к употреблению спиртных напитков до участия в азартных играх

Употребляли ли вы алкогольные напитки после игры?

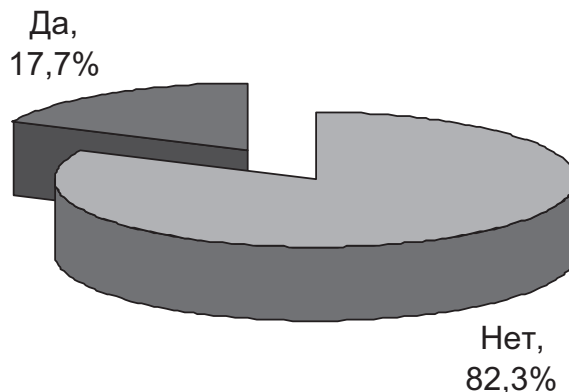


Рис. 5. Отношение к употреблению спиртных напитков после участия в азартных играх

На рис. 6 представлены ответы на вопрос «Какие алкогольные напитки и в каком количестве вы можете употреблять в течение суток?», из которых видно, что 67,7% опрошенных не употребляют водку, а 14,3% могут употреблять более 200 мл водки за сутки.

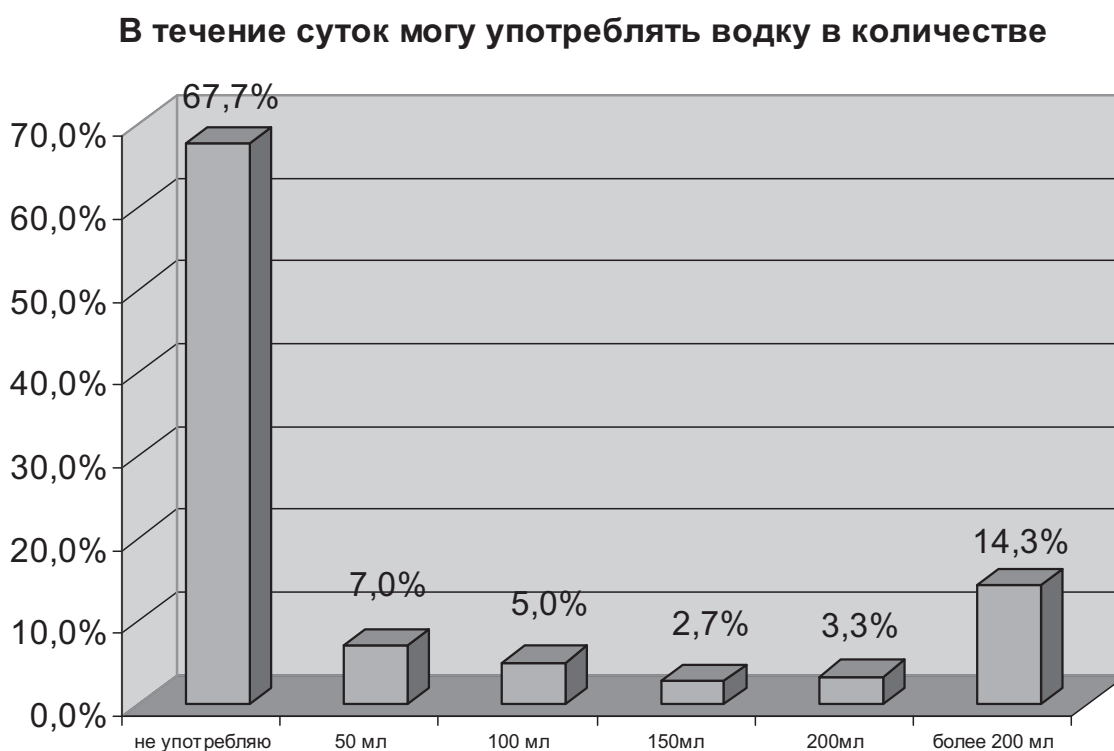


Рис. 6. Количество водки, которое может употребить респондент в течение суток

На рис. 7 видно, что вино не употребляют 62,3% студентов, тогда, как более 500 мл вина в сутки могут употреблять - 10,7%.

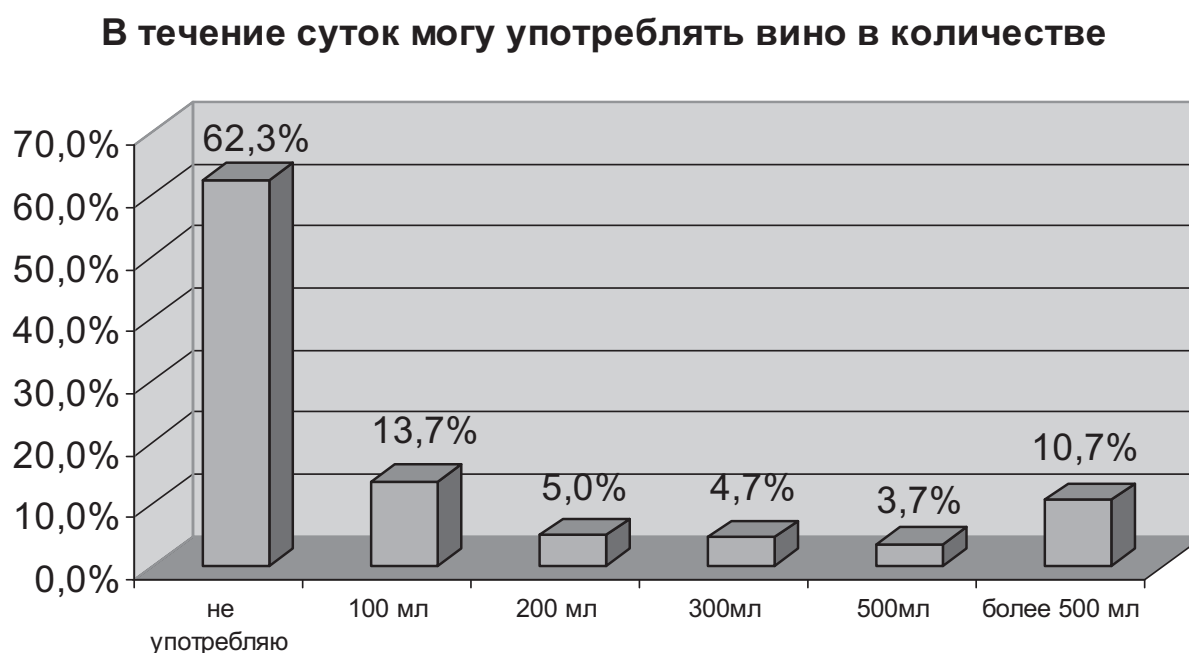


Рис. 7. Количество вина, которое может употребить респондент в течение суток

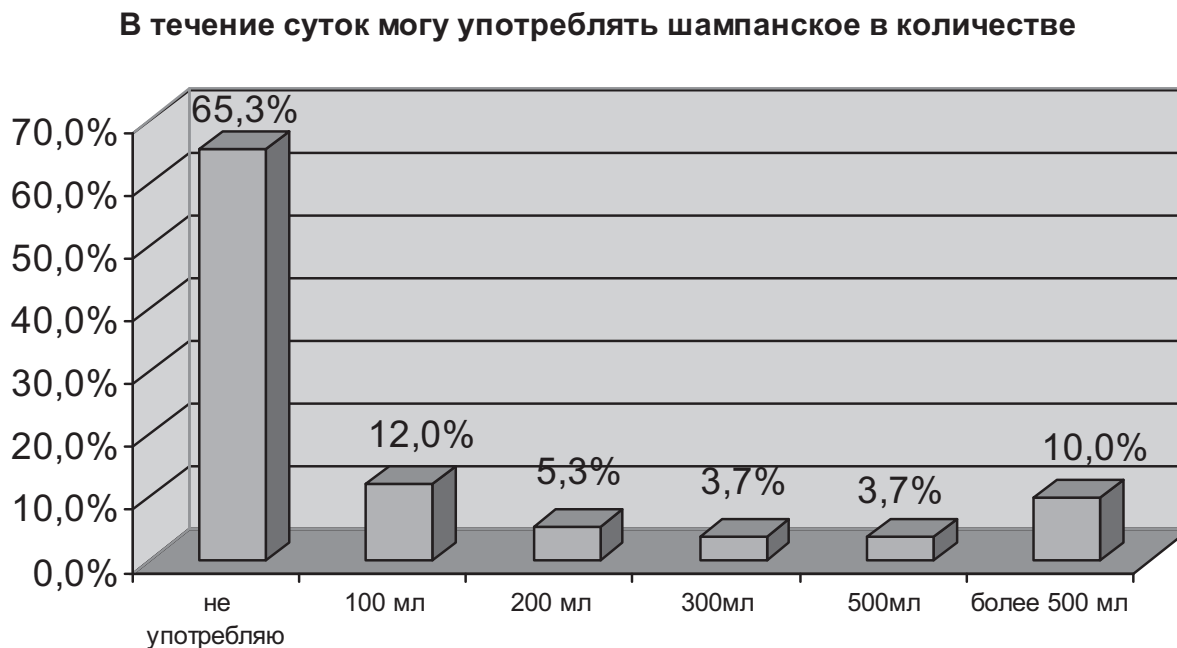


Рис. 8. Количество шампанского, которое может употребить респондент в течение суток

Исследование студентов по методу «SOGs» [1] позволило выявить у 9,6% респондентов, которых мы отнесли к группе №1, комплекс проблем, связанных с участием в азартных играх, т.е. игровую аддикцию. В группу №2 вошли молодые люди, набравшие по результатам опроса количество баллов, свидетельствующее об отсутствии или наличии лишь некоторых проблем, отражающих негативное влияние азартных игр на играющую личность.

В табл.1 представлены данные анализа ответов на вопросы скрининг-теста, показывающие отношение как игровых аддиктов, так и лиц с отсутствием аддикции к табакокурению и употреблению спиртных напитков вообще, а также до, во время и после участия в азартных играх.

Различия между группами №1 и 2 по ответам на вопросы №: 1; 1.1. – 1.4; 2 – 5; 6; 6.1. – 6.4; 8; 8.3. – 8.4; 9; 9.4; 9.5 являются достоверными ($p < 0,01$).

Корреляционный анализ выявил следующее. В 1-й группе студентов курение табака коррелирует с увеличением количества выкуренных сигарет во время игры ($R=0,442$, $p < 0,01$), употреблением спиртных напитков до игры ($R=0,613$, $p < 0,01$), и водки в течение суток в объеме более 200 мл ($R=0,349$, $p < 0,01$), употребление спиртного во время игры также коррелирует с употреблением спиртных напитков до участия в азартных играх ($R=0,562$, $p < 0,01$) и пива более 600 мл в течение суток ($R=0,257$, $p < 0,01$). Во 2-й группе положительная корреляционная связь между вышеупомянутыми паттернами существует, однако ее значения достоверно меньше, чем в 1-й группе: курение табака коррелирует с увеличением количества выкуренных сигарет во время игры ($R=0,340$, $p < 0,05$), употреблением спиртных напитков до игры ($R=0,218$, $p < 0,05$), и употреблением

водки в течение суток в объеме более 200 мл ($R=0,237$, $p < 0,05$), употребление спиртного во время игры также коррелировало с употреблением спиртных напитков до участия в азартных играх ($R=0,555$, $p < 0,05$).

Таким образом, обобщая полученные в ходе анонимного опроса студентов ВУЗов результаты, можно заключить следующее.

Как выявлено нами, в Украине 42,7% молодых людей в возрасте от 17 до 25 лет курят табак, из них 11,7% выкуривают в день от 10 и более сигарет. Сравнивая данные аналогичных исследований, проведенных в 2003 г. с вышеуказанными результатами, полученными нами, можно констатировать факт неуклонного роста распространенности среди молодежи пагубной химической аддикции – табакокурения. Этому, на наш взгляд, способствует ряд факторов: массивная рекламная кампания в средствах массовой информации табачных изделий, создание при этом положительного образа «сильной и популярной личности» курящего человека, появление и реклама препаратов, якобы «избавляющих организм от негативных последствий курения табака», отсутствие цензуры и ограничений в Интернете, на телевидении, в печатных изданиях на рекламные акции табачных изделий.

Впервые за последнее десятилетие нами изучена распространенность и структура употребления спиртных напитков различной крепости среди молодежи Украины. Определено, что в течение суток 5% молодых людей могут употреблять более 100 мл водки, а 14,3% - более 200 мл; 5% могут употреблять более 200 мл вина, 10,7% - более 500 мл; 10% - более 500 мл шампанского; 51,15% - употребляют пиво, из них 36,55% - более 600 мл в сутки. Приведенные результаты в совокупности с информацией о неуклонном росте

Таблиця 1

№	Вопросы	Группа №1		Группа №2	
		Да, %	Нет, %	Да, %	Нет, %
1	Вы курите табак? Если да, то сколько сигарет в день?	72,4	27,6	39,5	60,5
1.1.	1-5	17,2		11,8	
1.2.	5-10	20,7		9,2	
1.3.	10-15	20,7		10,7	
1.4.	15 и более	13,8		7	
2	Увеличивается количество выкуранных сигарет во время игры?	48,3	51,7	8,1	91,9
3	Употребляли ли вы алкогольные напитки до игры?	62,1	37,9	12,5	87,5
4	Употребляли ли вы алкогольные напитки во время игры?	44,8	55,2	14,4	85,6
5	Употребляли ли вы алкогольные напитки после игры	41,4	58,6	15,1	84,9
Какие алкогольные напитки и в каком количестве вы можете употреблять в течение суток?					
6	<i>Могу употреблять водку</i>	51,7	48,3	30,3	69,7
6.1.	50 мл	13,8		6,3	
6.2.	100 мл	10,3		4,4	
6.3.	150 мл	10,3		1,8	
6.4.	200 мл	6,9		3	
6.5.	более 200 мл	10,3		14,8	
7	<i>В течение суток могу употреблять вино</i>	44,8	55,2	36,9	63,1
7.1.	100 мл	10,3		14	
7.2.	200 мл	6,9		4,8	
7.3.	300 мл	10,3		4,1	
7.4.	500 мл	10,3		3	
7.5.	более 500 мл	6,9		11,1	
8	<i>В течение суток могу употреблять шампанское</i>	41,4	58,6	33,9	66,1
8.1.	100 мл	6,9		12,5	
8.2.	200 мл	3,4		5,5	
8.3.	300 мл	10,3		3	
8.4.	500 мл	13,8		2,6	
8.5.	более 500 мл	6,9		10,3	
9	<i>В течение суток могу употреблять пиво</i>	62,1	37,9	40,2	59,8
9.1.	200 мл	3,4		12,9	
9.2.	300 мл	3,4		3	
9.3.	400 мл	6,9		8,1	
9.4.	600 мл	6,9		4,1	
9.5.	более 600 мл	41,4		31,7	

числа лиц, страдающих алкоголизмом, смещением предпочтений в сторону слабоалкогольных напитков, «омолаживанием» данной патологии в нашей стране, свидетельствуют о крайней необходимости государственного регуляторного вмешательства в процесс экспорта, производства, рекламы и продажи алкогольных напитков в Украине.

У 9,6% молодых людей по результатам тестирования с помощью опросника «SOGS» обнаружена игровая аддикция, данный показатель выше, чем в других странах, поэтому проблема игровой зависимости в нашей стране требует дальнейшей разработки.

Достоверно среди игровых аддиктов большее количество людей курят табак, причем во время игры количество выкуренных сигарет значительно возрастает, употребляет спиртные напитки до, во время и после участия в азартных играх. Тот факт, что у 12% всех опрошенных увеличивается количество выкуренных сигарет во время игры, 17,3% - отмечают употребление спиртных напитков перед участием в азартных играх, а у 9,6% - выявлена игровая аддикция, говорит о высоком риске формирования у молодых людей сочетанной аддиктивной психопатологии и подтверждает, по нашему мнению, наличие личностной психофизиологической predisposition для формирования различного рода аддикций, как химических, так и нехимических.

Литература:

1. Осуховская Е.С. Методы исследования патологического влечения к азартным играм. *Архив психиатрии* – 2010. - №4. – С.64-69.
2. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // *Аддиктология*. – 2005. - №1. – С.65-67.
3. Бузик О.Ж. Зависимость от азартных игр: клинические проявления, особенности течения, лечение: Дисс...док. мед. наук. – Москва, 2008.
4. Лоскутова В.А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств: Дисс... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2004.
5. Солдаткин В.А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости: Дисс... док. мед. наук. – Москва, 2010.
6. Кузнецова-Морева Е.А. Клинико-психопатологические особенности патологической склонности к азартным играм (клинические и динамические аспекты): Дисс... канд. мед. наук. – Москва, 2010.
7. Агibalова Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опийной и игровой зависимости (клиника и терапия): Дисс... док. мед. наук. – Москва, 2007.
8. Гатицкая А.Э. Общая характеристика и методы исследования больных с алкогольной зависимостью. *Архив психиатрии* – 2010. - №1. – С.55-57.
9. Табачников С.И. и соавт. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях. – Киев-Донецк: «Медицина тонких энергий», 2010. – 96 с.
10. Бабюк И.А. и соавт. Медико-социальная проблема злоупотребления пивом лицами молодого возраста. *Архив психиатрии* – 2010. - №4. – С.53-57.
11. Распространенность никотиновой зависимости у молодых лиц / В.И. Пономарев и соавт. // 36. тез. всеукр. науч. конф. «Стресс, шок, терминальні стани». – Донецьк, 2003. – С.24.
12. Бузик О.Ж. Сочетание зависимости от азартных игр с зависимостью от алкоголя // Приложение к журналу *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – «Алкоголизм», 2007. – С.41-44.
13. <http://health.unian.net/rus/detail/213408>

ВЗАІМОПЕНЦІЮЮЧІ ПРОЦЕСИ, АСОЦІЙОВАНІ З ФОРМУВАННЯМ ХІМІЧНИХ І НЕХІМІЧНИХ АДИКЦІЙ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

О.С. Осуховська

У статті наведені дані скринінгового дослідження студентів ВУЗів України, проведеного з метою вивчення поширеності ігрової адикції, тютюнопаління, характеру і структури вживання спиртних напоїв. Результати роботи дозволили зробити висновок про високий ризик формування у молодих людей поєднаної адиктивної психопатології і, на нашу думку, наявність особистісної психофізіологічної predisposition для формування адикцій, як хімічних, так і нехімічних.

Ключові слова: ігрова адикція, азартні ігри, лудоманія, гемблінг, нехімічна адикція, тютюнопаління, алкоголізм, вживання спиртних напоїв, хімічна адикція

INTER POTENTIATE PROCESSES ASSOCIATED WITH THE FORMATION OF CHEMICAL AND NON-CHEMICAL ADDICTION AMONG YOUNG PEOPLE

E.S. Osuhovskaya

The article presents data screening study university students in Ukraine, conducted to examine the prevalence of gambling addiction, smoking, the nature and structure of drinking. The results of the robots lead to the conclusion of the high risk of developing young people's co-addictive psychopathology and, in our opinion, the presence of personal psychophysiological predisposition for forming various kinds of addiction, both chemical and nonchemical.

Keywords: gambling addiction, gambling, Gamblers, gambling, non-chemical addiction, smoking, alcoholism, alcohol consumption, chemical addiction

УДК 616-036.57-04:615.227

С. И. Табачников¹, И. С. Рыткис², А. Ю. Васильева²
К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г. Киев¹

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького²

Ключевые слова: молодежь, табакокурение, табачная зависимость, распространенность и клинические особенности табакокурения и табачной зависимости

На сегодняшний день одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современного общества является широкое распространение курения, которое представляет серьезную опасность для здоровья населения, способствуя развитию целого ряда хронических неинфекционных заболеваний и являясь причиной преждевременной смерти [1]. В Украине уровень табакокурения уже давно приобрел масштабы эпидемии - ежегодно к курению приобщаются более 500 тысяч молодых людей [2]. Это означает, что молодёжная среда в высшей степени агрессивна по отношению к своим сверстникам, ею накоплен достаточный опыт вовлечения новых членов в ряды зависимых от никотина [3-5]. Особую озабоченность вызывает то, что многие представители молодого поколения, студенты, практикуют безответственное отношение к своему здоровью, не воспринимают его как самоценность и не предпринимают усилий для его сохранения и укрепления [6]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает здоровье молодежи посредством ключевых индикаторов, включая табакокурение, которое является одной из основных причин высокой заболеваемости и смертности среди взрослого населения [7-11]. В последнее время среди молодежи отмечается значительное увеличение числа дезадаптированных лиц, снижение годности юношей к военной службе, получению профессионального образования, труду, снижение уровня репродуктивного здоровья. Причиной негативных тенденций является ухудшение состояния здоровья детей и подростков, что в значительной степени обусловлено высокой распространенностью поведенческих факторов риска [2, 5-7, 9-11].

Табакокурение наряду с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) рассматривается в настоящее время как поведенческий фактор риска, лежащий в основе возникновения и прогрессирования большинства хронических заболеваний и связанных с ними осложнений, приводящих к утрате работоспособности, ранней инвалидизации, смертности [2-6, 8].

Цель исследования: изучить распространенность и интенсивность табакокурения и табачной зависимости среди школьников и студенческой молодежи.

Материал и методы исследования. Проведено скрининговое исследование 2500 студентов высших учебных заведений, 650 школьников и 600 родителей городов Донецка и Киева в 2008-20011 г.г. В работе с

изучаемым контингентом были использованы социометрический (анкетирование, интервьюирование, тестирование) и клинический методы. В исследовании изучены такие аспекты формирования привычки табакокурения, как привлечение молодежи к курению с анализом побудительных мотивов, отношение курящих к рекламе сигарет и борьбе с курением, а также изучение потребностей подростков в оказании помощи при отказе от курения и их информирование о формировании у них табачной зависимости. Социально-демографический метод использовался нами для анализа факторов, влияющих на формирование и течение табакокурения у обследуемого контингента. С целью выявления наличия и степени выраженности табачной зависимости у курящих молодых людей использован тест Фагерстрёма [12].

Анализ результатов исследования проводился с использованием методов биостатистики [13] в пакетах статистического анализа MedStat (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., 2004), Statistica Neural Networks 4.0 (StatSoft Inc., 1999).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования 650 школьников 5-11-х классов общеобразовательных школ городов Донецка и Киева установлено, что 15,4% подростков в возрасте от 12 до 16 лет пробовали курить и 7,2% – курят регулярно, причем первую сигарету мальчики закурили в 11-14 лет в 45% случаев, девочки – в 23,2%. Это соответствует данным последних исследований, согласно которым школьники начинают активно курить уже в 10-12-летнем возрасте, а первый опыт «пробы» сигарет – до семи лет [3, 5, 8, 11].

Проведенное нами анкетирование показало, что в 8-м классе курящих школьников больше, чем они сами о себе заявили, но в подавляющем большинстве случаев (97,8%) имеют слабую степень никотиновой зависимости согласно тесту Фагерстрёма. Помимо этого удалось выяснить, что курящие девочки скрывают наличие вредной привычки.

Среди девятиклассников нами выявлены курильщики как со средней степенью никотиновой зависимости (20,8 %), так и с высокой (7,7%). Причем в обеих группах преобладают девочки, что подтверждает слабую резистентность женского организма влиянию никотина [3-6, 9].

В 10 классе отмечается уже 46,2% девочек в массе

курящих респондентов, а к моменту окончания школы их количество практически сравнивается с количеством мальчиков: 48,4% и 52,7% соответственно. К 11 классу опыт курения приобретает 58,3% девочек.

Среди учеников 10-11 классов средняя степень никотиновой зависимости диагностирована у 21,8% курильщиков, высокая степень - у 10,3% в равной степени, как среди мальчиков, так и девочек.

Таким образом, распространенность курения среди школьников возрастает от младшего класса к выпускному, при этом мальчики начинают раньше девочек и среди них распространенность пристрастия к курению более выражена как на протяжении обучения, так и в среднем за все годы обучения в школе. Кроме того, если в шестом классе (13 лет) курят вдвое больше мальчиков, то к выпуску (18 лет) разница распространенности табакокурения между полами практически не выявляется.

Среди мотивационных факторов табакокурения подростков ведущим является негативное влияние социального окружения подростка. Также следует отметить, что в возрасте 14-16 лет как у юношей, так и у девушек наиболее ярко выражена реакция группирования, которая сопровождается подражанием кумирам, стремлением продемонстрировать взрослость и независимость, а это служит объяснением наиболее частого обращения к сигарете в обществе сверстников (- более 72,6% опрошенных). Молодые люди также подражают своим курящим родителям, другим взрослым и сверстникам. У 65,7% исследованных учащихся курят близкие родственники: отец, мать, брат, сестра, бабушка, дедушка, что повышает вероятность перехода некурящего учащегося из категории пассивного курильщика в категорию активного.

Несмотря на высокую распространенность курения среди подростков большинство мальчиков (65,1%) и девочек (64,8%) хотели бы отказаться от этой вредной привычки и 77,4% из них пытались это сделать в течение прошлого года.

40,8% курящих учащихся сообщили о намерении бросить в ближайшее время, что поддерживают друзья (60,4%), одноклассники (40,1%), родители (20,7%), учителя (25,8%). Среди причин, мешающих бросить, школьники отметили следующие: «друзья курят» (80,5%), «нет желания бросать» (20,3%), «не хватает силы воли» (20,3%).

Следует отметить, что среди аргументов, приведенных школьниками в пользу (53,8%) доминирующим оказался психологический аргумент - «обретение уверенности за счет курения» (49,8%). Школьниками были названы следующие наиболее удобные для курения места: во дворе школы - 30,8%; на балконе - 30,8%; у гаражей - 15,4%.

Большинство принявших участие в исследовании школьников считают вредной привычкой (76,9%), а 23,2% участников исследования назвали заболеванием. При этом, анализируя уровень знаний о вреде курения на здоровье человека 53,6% опрошенных сообщили,

что ничего не знают о вреде никотина, 12,8% - слышали от родителей, 11,2% - получили сведения из средств массовой информации, 8,9% подростков обсуждали эту проблему с друзьями, только 4,0% учащихся были ознакомлены с влиянием никотина на организм в школе, и, наконец, 1,7% подростков ограничили свои «знания» предупреждением, которое имеется на пачках сигарет.

Особый интерес представляли результаты изучения отношения школьников к курению, как явлению современной жизни. 91,5% некурящих и 49,7% курящих школьников считают, что нельзя ни при каких обстоятельствах, кроме определенных ситуаций, связанных с крайним напряжением, чтобы облегчить воздействие психогенного фактора. 34,4% школьников допускают эпизодическое в компании, чтобы снять напряжение и усталость, а 5,2% курильщиков считают вполне нормальным явлением, которое должно присутствовать в жизни современного молодого человека. Но, что удивительно, абсолютное большинство и курящих, и некурящих подростков не хотели бы видеть своих детей с сигаретой, и только 2,7% курильщиков считают возможным формирование данной привычки у детей, но не раньше 17-18 лет.

Регулярно курящие подростки в большей степени окружены курящими родственниками и другими лицами, чем те, которые никогда не курили. Так, в семьях, где нет курящих, пробовали закурить 17,8% мальчиков и 10,2% девочек; в семьях, где курят три и более родственника - 87,3% мальчиков и 64,9% девочек. Сходная тенденция прослеживается и в отношении продолжающих: в семьях, где нет курящих родственников, курит 18,2% мальчиков и 7,3% девочек, тогда как в семьях, где имеется три и более курящих родственника - 82,4% мальчиков и 59,5% девочек. Так, отец курит дома у 65,4% курящих подростков и у 48,0% некурящих; мать — у 42,6% и 17,5% соответственно, сестра или брат — 39,0% и 13,8%, лучший друг — 43,0 и 11,0%. Нами установлено, что у курящих девочек матери курят чаще (46,9%), чем у мальчиков (39,0%). Таким образом, большая часть подростков-курильщиков приобщилась к этой привычке из-за отсутствия грамотной первичной профилактики. Большинство из них имеют еще неосознанное, несозревшее, но уже отрицательное отношение к курению, которое формируется на собственном опыте. 29,9% родителей учеников средней школы знают о курении своих детей, однако не могут найти эффективного подхода к решению этой проблемы. Большинство родителей (83,7%) считают необходимым профессиональную помощь по профилактике курения. Они полагают, что раннее детей является следствием неэффективности профилактики, которая даст результаты только в школе, полностью отрицая собственный пример в формировании образа жизни своих детей. Низкая эффективность профилактики табакокурения связана с недостаточной осознанностью взрослыми последствий этой вредной зависимости, а следовательно, и необхо-

димости проведения регулярной профилактической работы среди детей как в семье, так и в стенах школы.

Отсутствие должной первичной профилактики привело к тому, что ни один из обследованных нами курящих подростков не задумывался о возможности формирования у них никотиновой зависимости. По нашим данным, 44,6% школьников иначе относилось бы к курению при наличии этих знаний, а 87,8 % опрошенных считают необходимым систематическое проведение антикурительной пропаганды в школе. Более того, 92,2 % курящих и некурящих подростков видят необходимость борьбы с курением в рамках школы.

Среди студенческой молодежи эффект в борьбе с курением может быть достигнут как за счет проведения первичной, так и вторичной профилактики табакокурения, так как большинство молодых людей (57,8%) курят относительно немного - до 10 сигарет в день (до 5 сигарет в день – 61,1%, от 5 до 10 сигарет в день – 22,6%, 11-20 сигарет в день – 16,5%), и не имеют сильной табачной зависимости.

Причинами возникновения привычки к табакокурению студенты называют проблемы в учебной деятельности (10,4%), любопытство (20,2%), желание повзрослеть (22,7%), влияние друзей, знакомых, своего ближайшего окружения (48,4%). Из этого следует, что основными причинами формирования пагубной привычки к табакокурению в молодежной среде являются желание выглядеть взрослее в глазах окружающих и сильное влияние референтной группы, чтобы не быть «белой вороной», «не отстать от компании».

По нашим данным, большинство (63,7%) 17-летних курильщиков имеют стаж курения три года и более, но никто из них не осознает сформировавшейся зависимости от никотина. Таким образом, из полученных результатов следует, что подавляющая часть студенческой молодежи пристрастилась к курению в старшем подростковом возрасте, для которого характерны неустойчивая система ценностей, подверженность внешним воздействия (особенно негативным), расширение сферы общения и деятельности, приоритет авторитета сверстников над родителями и взрослыми людьми, проблемы «отцов и детей», жажда свободы, желание «- все попробовать». В результате курения с юношеского возраста к 23 годам возникает стойкая привычка к табакокурению, с которой молодые люди не хотят, а часто, не могут справиться самостоятельно, без квалифицированного вмешательства специалистов. Многие студенты в ходе проведения исследования признавались, что неоднократно пытались бросить курить, однако, этот период был кратковременным, болезненным по ощущениям и сопровождался головными болями, невозможностью сосредоточиться на учебной деятельности, заторможенными реакциями, а также провокациями со стороны ближайшего окружения.

Среди наиболее эффективных мер по борьбе с курением среди студентов 22,4% считают «отрицательный пример окружающих»; 32,7% уверены, что никакие меры не могут изменить ситуацию к лучшему;

вместе с тем, 45,4% студентов предлагает ввести штрафы за курение на территории ВУЗа. Это, на наш взгляд, говорит о том, что молодежь осознает пагубность курения, его негативное влияние на здоровье, и сама предлагает карательные меры принудительного характера, которые смогут повысить мотивацию к отказу от курения. Кроме того, помимо экономических санкций, молодежи необходимы планомерные, а не разовые, мероприятия и социальные программы, которые наряду с пропагандой здорового образа жизни, обращали бы особое внимание на превентивные меры, направленные на формирование волевого компонента личности, умения сказать «нет» и противостоять внутригрупповому давлению.

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой распространенности табачной зависимости среди курящих юношей — только 5,5% обследованных нами курящих не имели сформированной зависимости. Слабая зависимость обнаружена у 32,7%, умеренная — у 49,5% и сильная — у 12,3% студентов. У девушек были получены менее негативные по сравнению с юношами данные (41,2%; 11,7% и 19,7% соответственно), возможно в силу меньшего стажа курения, однако число имеющих высокую зависимость оказалось даже несколько выше. Таким образом, выявлено наличие выраженной табачной зависимости (более 5 баллов) у 63,7% юношей и 31,6% девушек. Кроме того, выявлено, что табакокурение среди молодежи связано с психологическим дискомфортом в семье, нарушениями режима дня, трудовой деятельностью в свободное от учебы время. На наш взгляд, табакокурение можно считать манифестным показателем изменения образа жизни подростков, отражающим их раннюю социализацию со всеми сопутствующими ей чертами.

В сложившихся условиях, когда продолжается рост числа курящих среди подростков и снижается возраст юных курильщиков, необходимы интегративные подходы, объединяющие как профилактические, так и специальные программы для предупреждения курения и оказания доступной помощи подросткам при отказе от курения с использованием адекватных возрасту методов. Большинство курящих студентов хотели бы бросить курить (60,6%), но присутствие курящих друзей служит препятствием к отказу от курения и причиной рецидива курения.

Проведенное исследование показывает, что употребление табака в молодежной среде начинается в довольно раннем возрасте, усугубляясь со временем и превращаясь в пагубную привычку, требующую помимо усилий воли самого индивида привлечения дополнительной помощи квалифицированных специалистов — социальных педагогов, психологов, медицинских работников. Причинами употребления табака и алкоголя в молодежной среде являются желание поскорее стать взрослыми, не выделяться из группы сверстников, любопытство и интерес ко всему новому. В связи с особенностями подросткового и юношеского возраста, необходимо проведение планомерной долговре-

менной превентивной работы по пропаганде здорового образа жизни среди молодежи как социально-демографической группы с высоким уровнем социального риска возникновения девиантных форм поведения.

Для решения данной социальной проблемы, на наш взгляд, необходимо проведение семинаров для родителей, педагогов, учащихся по данной проблеме; организация родительских собраний в школах о вреде табака и алкоголя, их последствиях для молодого организма с привлечением видеосюжетов, обучающих фильмов, примеров из реальной жизни; заполнение досуга подростков и молодежи социально-одобряемыми видами деятельности (организация кружков, секций, участие в молодежных и детских организациях, волонтерской деятельности); проведение пропаганды здорового образа жизни в виде классных часов, тематических вечеров, дискуссий, «круглых» столов, с привлечением специалистов, работающих с зависимыми людьми; усиление ответственности предпринимателей и частных лиц за продажу табачных изделий несовершеннолетним.

Кроме того, особое место в превенции девиаций в молодежной среде принадлежит семье, которая должна контролировать поведение подростков, разъяснять опасность вредных привычек для их здоровья и здоровья окружающих, знакомить их с возможными последствиями, связанными с нарушением нравственных и правовых норм.

Литература:

1. Косарев, В.В. Тенденции формирования и возможные пути профилактики табачной зависимости (по данным эпидемиологических исследований) / В.В. Косарев, С.А. Бабанов // Пульмонология. 2006. - № 3. - С. 119-124.
2. http://www.who.int/fctc/reporting/global_progress_report_ru_rev.pdf
3. Журавлева М.С., Сетко Н.П. Распространенность среди подростков как медико-социальная проблема современного обще-

ства // Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодежи: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. 15-17 мая 2006 г. М., 2006. С. 53-54.

4. Давыденко Л.А. Образ жизни школьников крупного промышленного города: оценка риска // Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодежи: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. 15-17 мая 2006 г. М., 2006. С. 45-46.

5. Застенская И.А., Лазарчик Ж.Г., Фарино Н.Ф. К проблеме табакокурения среди подростков // Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодежи: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. 15-17 мая 2006 г. М., 2006. С. 54-55.

6. Котова М.Б., Александров А.А., Розанов В.Б. Профилактика курения у подростков // Вопр. психологии. 2008. № 2. С. 55-60.

7. Танонина К., Бессчетнова О.В. Особенности формирования вредных привычек у студенческой молодежи (по материалам социологического исследования) // Студенческий научный журнал. 2010, Т. 1, №1, сс. 94-99.

8. Шубочкина Е.И., Молчанова С.С., Куликова А. В. Курящие подростки как медико-социальная проблема // Пути повышения эффективности медицинской помощи детям: материалы X Съезда педиатров России. 8-10 февр. М., 2005. С. 611

9. и высшая психическая деятельность подростков / Надеждин Д. С. [и др.] // Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгресса педиатров России. 18-21 февр. М., 2003.

10. Профилактическая программа «Некурящее поколение» как мера первичной профилактики табакокурения среди школьной популяции. X конгресс педиатров, 7-9 февр. 2006 г. / Савина Н.В. [и др.] // Вопр. современной педиатрии. 2006. Т. 5. № 1. С. 507-508.

11. Шубочкина Е.И., Молчанова С.С., Куликова А. В. Причины курения и некурения подростков и технология формирования здорового образа жизни // Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодежи: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. 15-17 мая 2006 г. М., 2006. С. 87.

12. Fagstrom K.O., Save U. The pathophysiology of nicotine dependence treatment options and cardiovascular safety of nicotine // Cardiovasc. Risk Factors. - 1996. - Vol. 6, № 3. - P. 135-143.

13. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г. Хоменко В.Н., Панченко О.А. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. - Д.: Папаница Е.К., 2006. - 214с.

До питання про розповсюдженість тютюнопаління та нікотинової залежності серед молоді

С. І.Табачніков, І. С.Риткіс, Г. Ю.Васильєва

У статті наведено аналіз розповсюдженості тютюнопаління та нікотинової залежності серед молоді – учнів 5-11 класів та студентів ВНЗ міст Донецька та Києва.

Ключові слова: молодь, тютюнопаління, тютюнова залежність, розповсюдженість і клінічні особливості тютюнопаління і тютюнової залежності

Prevalence of nicotinic dependence and tobacco smoking among young people

Tabachnikov S., Ritkis I., Vasylyeva A.

The data of the analysis of the current state of a problem of nicotinic dependence and tobacco smoking in Ukrainian teenagers and students are carried out, the data about prevalence are given.

Keywords: youth, smoking, tobacco addiction, morbidity and clinical peculiarities of smoking and tobacco addiction

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 61:15:351.761.1-08

Н.Г. Пшук¹, М.В. Маркова², Є.Я. Пшук¹ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ
КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ЧОЛОВІКІВ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІВінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова¹Харківська медична академія післядипломної освіти²

Ключові слова: алкогольна залежність, копінг-поведінка, копінг-ресурси, копінг-стратегії, соціальна підтримка, психокорекція

В останні роки на теренах нашої держави невпинно збільшується кількість осіб, які страждають на алкогольну залежність (АЗ) [1, 2, 11, 12]. Формування АЗ стає вірогідним на тлі тривалого та інтенсивного стресу, де в якості хронічних стресорів виступають психологічні та соціальні проблеми: міжособистісні конфлікти, відсутність адекватної самореалізації, низький матеріальний рівень, недостатній рівень соціальних контактів [3, 4, 22].

Вживання алкоголю стає домінуючим способом подолання емоційного дистресу, уникнення життєвих проблем та способом досягнення ілюзорного благополуччя, сприяє нівелюванню тривоги, психоемоційного дисбалансу та підвищенню настрою. Однак, стрес-редуюча функція алкоголю підтримує мотивацію на його постійне вживання і закріплює формування певного стилю поведінки [9].

Чинне місце у формуванні поведінкових паттернів у хворих на АЗ відведено копінг-механізмам, основними складовими яких є особистісні комунікативні копінг-ресурси (КР) та базисні копінг-стратегії (КС). Їх недостатня сформованість, як захисних психологічних механізмів, поглиблює негативний вплив алкоголю та призводить до порушення психічної адаптації хворих з АЗ [5, 10, 16 – 21].

Важливим аспектом психологічних досліджень копінг-поведінки осіб, які є залежними від алкоголю, є вивчення процесу соціальної підтримки, відсутність якої, як стратегічного психологічного ресурсу, поглиблює мотивацію на постійне та систематичне вживання алкоголю. Сформована АЗ призводить до соціальної ізоляції хворих, порушення сімейних та трудових стосунків, погіршення загальної якості життя, формування нового комунікативного кола, функціонування якого спрямоване на подовження алкоголізації [6 – 8, 10, 13 – 15].

Неухильне зростання кількості хворих на АЗ, соціальне функціонування яких супроводжується асоціальними поведінковими паттернами, свідчить про необхідність інтенсивної розробки і апробації реабілітаційних програм психологічного спрямування. Між тим, в Україні відсутні наукові роботи щодо вивчення особливостей формування копінг-поведінки хворих на АЗ. Не вивчені психологічні особливості функціону-

вання КР та КС, не уточнені особливості процесу сприйняття соціальної підтримки з метою розвитку високофункціонального поведінкового стилю, відсутні ефективні програми психотерапевтичної корекції щодо формування та розвитку конструктивних поведінкових паттернів у хворих на АЗ. Значна медико-соціальна значущість означеної проблеми та відсутність систематизованих уявлень щодо співвідношення клінічних та психологічних чинників у формуванні та розвитку поведінкових паттернів при АЗ, зумовили актуальність проведення даного дослідження, метою якого було ідентифікація клініко-психологічних та соціально-психологічних предикторів копінг-поведінки у хворих, залежних від алкоголю та розробка програми психотерапевтичної корекції, спрямованої на розвиток конструктивних поведінкових паттернів у пацієнтів.

Характеристика обстежених. В основу дослідження покладено результати обстеження 114 хворих на АЗ (основна група), які перебували на під спостереженням у Вінницькому комунальному закладі «Соціотерапія» у 2007 – 2009 рр. В дослідження були включені пацієнти, у яких було діагновено синдром залежності від алкоголю (F10.25, F10.26 згідно критеріїв МКХ-10). Групу контролю склали 55 практично здорових чоловіків. Всі респонденти, які були включені в дослідження, дали добровільну згоду на участь в ньому, вільно володіли російською та українською мовами, що дозволило виконати повноцінне клінічне та психодіагностичне обстеження.

Для досягнення мети та вирішення поставлених задач дисертаційне дослідження проводили у декілька етапів. На першому етапі здійснювалась медико-соціальна оцінка властивостей пацієнтів, на підставі визначення їх соціально-демографічних характеристик, особливостей сімейного стану, преморбідного фону захворювання, тощо. В подальшому, в ході проведення другого етапу наукової роботи, вивчались особливості комунікативних КР хворих на АЗ. Завданням третього етапу було вивчення особливостей процесу сприйняття соціальної підтримки хворими з АЗ на основі вивчення базових КС, зіставлення значення клінічних та психологічних чинників у формуванні поведінкових паттернів. Четвертий етап включав обґрунтування та

розробку програми психотерапевтичної корекції хворих на АЗ, що ґрунтувалась на формуванні та розвитку конструктивних форм поведінки.

Вік більшості хворих на момент дослідження був у діапазоні від 21 до 40 років (76,3%). Середній вік обстежених основної групи становив $36,1 \pm 3,3$ роки, контрольної – $35,4 \pm 2,7$ років.

Зі всього загалу обстежених основної групи вищу освіту отримали 43 (37,7%) особи, середню спеціальну – 35 (30,7%), середню освіту – 36 (31,6%) осіб. В групі контролю середню освіту мали 3 особи (5,5%), середню спеціальну – 11 (20,0%), вищу освіту отримала 41 особа (74,5%).

Більшість хворих основної групи працювали різноробочими в приватних структурах – 63 (53,3%); службовців було 28 (24,6%); 23 пацієнта взагалі не мали постійного місця роботи (20,2%). В групі контролю 39 (70,9%) осіб були працівниками бюджетної сфери та 16 (29,1%) – працівниками приватних фірм.

Аналіз сімейного стану хворих на АЗ показав несприятливі тенденції в ракурсі їх сімейної адаптованості. В шлюбі перебувало 76 (66,6%) хворих, 27 (23,6%) були розлучені, 11 (9,6%) ніколи не перебували у шлюбі; в контрольній групі обстежених 46 осіб (83,6%) перебували у шлюбі. 9 осіб (16,4%) ніколи не були одружені.

Перша спроба вживання алкогольних напоїв у пацієнтів основної групи реєструвалася у віці 14 – 20 років (в середньому $16,1 \pm 0,8$ років). Серед причин, які призводили до АЗ, за даними опитування, були: несприятливі життєві обставини, сімейні конфлікти, напружені стосунки з однолітками. Вживання алкоголю зі шкідливими наслідками у 55,3% було виявлено у віці до 30 років.

У більшості хворих (84 особи, 73,6%) тривалість АЗ була до трьох років, у 27 (23,7%) – до 6 років.

Аналіз кількості госпіталізацій показав, що 38 (33,3%) хворих основної групи тричі перебували на стаціонарному лікуванні; 53 (46,5%) пацієнта перебували на стаціонарному лікуванні двічі; 23 (20,2%) пацієнта поступили на стаціонарне лікування лише один раз.

Тривалість терапевтичної ремісії у 61 (53,5%) хворого була до 6 місяців, у 42 (36,8%) – до 8 місяців, у 11 (9,6%) пацієнтів – до 4 місяців (в середньому по групі – $5,1 \pm 0,4$ міс.).

Методи дослідження. Всім хворим було проведено комплексне соціально-демографічне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження. Для діагностики АЗ використовували методику AUDIT (J. B. Saunders, O. G. Aasland, T. E. Babor, 1993). Вивчення базисних КС ґрунтувалось на використанні психодіагностичної методики «Індикатор стратегій подолання стресу» (CSI). Методика була створена J.H. Amirkhan в 1988 році та адаптована для проведення досліджень в Росії Н. А. Сиротою та В. М. Ялтонським (Н. А. Сирота и соавт., 1994). Оцінка особистісних комунікативних КР емпатії, афіліація та чутливості до знехтування

проводилась адаптованою до використання в Росії Л. П. Тер-Багдасаряном методикою виміру емоційної емпатії А. Меграбян (Л. П. Тер-Багдасарян, 1990). Для діагностики міжособистісних стосунків була використана методика Т. Лірі (за Д. Я. Райгородським, 2008). Дослідження сприйняття соціальної підтримки проводили за допомогою шкали соціальної підтримки MSPS, що була розроблена G. D. Zimet в 1988 році та адаптована до використання в Росії (Н. А. Сирота, 1994, В. М. Ялтонський, 1995). Для дослідження конструктивів копінг-поведінки була використана методика Е. Неім (1988). Визначення рівня суб'єктивного контролю (РСК) проводилось за однойменною методикою Дж. Роттера (адаптація Є. Ф. Бажина, Є. В. Голинкіної, А. М. Еткінда, 2002); механізми психологічного захисту діагностували за методикою «Індекс життєвого стилю» (Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова, 1998); вивчення типу комунікативної установки проводили за методикою В. В. Бойка (за Д. Я. Райгородським, 2008); оцінку якості життя вивчали за методикою J. Mezzich, N. Cohen, M. Ruiperes et al., 1999. Обробка одержаних даних здійснювалась методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналіз) за допомогою стандартних програмних пакетів «Statistica 5.5 for Windows» та «SPSS 12.0 for Windows».

Результати дослідження. Проведене комплексне обстеження дозволило встановити, що у формуванні копінг-поведінки чоловіків, які є залежними від алкоголю, чільне місце займають особистісні комунікативні КР та КС, рівень функціонування просоціальних мереж, механізми психологічного захисту та їх кореляція з клінічними проявами АЗ.

Дослідження комунікативних КР (афіліація, емпатія, сенситивність до знехтування) показало недостатню сформованість емпатійної та афіліативної тенденцій у хворих, які є залежними від алкоголю. Так, за субшкалою «емпатичні тенденції» рівень розвитку ознаки був достовірно нижчим у порівнянні зі здоровими чоловіками і становив $10,2 \pm 0,51$ балів у хворих на АЗ та $16,7 \pm 0,33$ балів у здорових чоловіків ($p < 0,01$); виразність показника афіліації становила $11,5 \pm 0,87$ балів у хворих на АЗ та $17,4 \pm 0,12$ бали у практично здорових чоловіків ($p < 0,05$). Однак, сенситивність до знехтування була достовірно вищою у групі хворих на АЗ у порівнянні з практично здоровими чоловіками ($13,9 \pm 0,53$ бали проти $9,1 \pm 2,4$ бали, $p < 0,01$).

Вивчення рівня комунікативних КР в динаміці розвитку АЗ у пацієнтів дало змогу визначити, що показники рівня емпатії та афіліації мали тенденцію до подальшого зниження з ростом тривалості АЗ. Так, при тривалості АЗ до 3 років показник емпатії становив $10,9 \pm 0,32$ балів, а у хворих з АЗ 4 роки та більше – $8,67 \pm 0,44$ балів ($p < 0,05$); показники афіліації, відповідно, $12,2 \pm 0,17$ балів і $9,88 \pm 0,12$ балів ($p < 0,01$). Між тим, визначено подальше збільшення показників тенденції «сенситивність до знехтування» з подовженням тривалості хвороби ($13,3 \pm 0,55$ балів та $15,7 \pm 0,19$ балів,

$p < 0,01$). Встановлені особливості свідчили про виснаження у хворих на АЗ таких особистісних комунікативних КР, як емпатія та афіліація. Посилення тенденції до знехтування сприяло соціальній відмежованості хворих, збільшенню відчуття дистанціювання у стосунках з оточуючими, що детермінувало використання ними неадаптивних поведінкових стратегій в проблемних ситуаціях.

Дослідження Я-концепції, як одного з основних особистісних ресурсів подолання стресових ситуацій, виявило зміни її структурних компонентів у хворих на АЗ. Так, у пацієнтів основної групи у сфері «Я-реальне» максимальний бал визначався за 8, 3 та 1 октантами, мінімальний – за 5 та 6 октантами. За 1 октантою (власно-лідуючий тип), 3 (прямолинійно-агресивний) результати перевищували 8-бальну оцінку, що свідчило про особистісну акцентуацію та труднощі в соціальній адаптації. Хворі на АЗ оцінювали себе як самовпевнених, прямолинійних, скептичних. Водночас, відмічали наявність тривожних побоювань, емоційну нестійкість, відсутність самостійності та ініціативи у починаннях, на відміну від здорових осіб. Незважаючи на домінування в стосунках прямолинійності, хворі вважали себе доброзичливими, комунікабельними, намагались всім дати поради, настанови, хоча були драгітливими, агресивними, демонстрували самовпевненість та незалежність у стосунках.

У здорових чоловіків максимальні значення у сфері «Я-реальне» реєструвались за 7 октантою (афіліативність-співпраця), що свідчило про гармонійні та достатньо адаптивні можливості особистості.

У сфері «Я-ідеальне» пацієнти, які були залежними від алкоголю, хотіли бути менш прямолинійними, підозрілими, тривожними, доброзичливими, більш впевненими у собі та конгруентними з оточуючими їх людьми.

Вивчення типології міжособистісних стосунків в динаміці розвитку АЗ показало, що у пацієнтів з загальною тривалістю хвороби до 3 років виявлялось переважання відповідально-великодушного та співпрацюючо-конвенціонального типів стосунків (52,7%). Владно-лідуючий тип визначався у 32,7% та залежно-покірливий у 14,5%. З подовженням тривалості АЗ (4 роки та більше) виявлялось переважання залежно-покірливого типу міжособистісних стосунків (55,9%), в той час коли владно-лідуючий тип реєструвався у 27,1%, покірливо-слухняний – у 16,9 % пацієнтів.

Таким чином, в перебігу АЗ у пацієнтів реєструвалися дихотомічні тенденції у інтерперсональних стосунках. З одного боку, виявлялися риси пасивного конформізму, а з іншого – посилювалися агресивно-деспотичні тенденції з прихованим негативізмом, що сприяло формуванню дезадаптивного поведінкового стилю у пацієнтів з АЗ.

Дослідження РСК у хворих на АЗ дало змогу визначити, що у пацієнтів основної групи встановлено тенденцію пов'язувати свої досягнення, успіхи, певну вдачу з зовнішніми обставинами, вважати, що життєві

негаразди акумулюються саме на їх шляху, звинувачувати оточуючих у власних проблемах ($p < 0,05$). Низька інтернальність у сфері міжособистісних стосунків свідчила про нездатність хворих на АЗ сформувати активне коло спілкування, а формально-особистісні стосунки, на їх думку, були результатом активної дії партнерів. Пацієнтами повністю нівелювалася потреба взяти на себе будь-яку відповідальність за поточні події.

Вивчення комунікативної установки хворих на АЗ, як чинника впливу на відношення особистості до налагоджування інтерперсональних стосунків показало, що у хворих на АЗ, у порівнянні з практично здоровими чоловіками, переважали прихована та відкрита ворожість, небезпідставний негативізм та упереджене судження про людей ($p < 0,05$). Це перешкоджало хворим на АЗ моделювати позитивно-емпатичну взаємодію у стосунках за рахунок власного негативного досвіду у формуванні комунікативної активності. Також встановлено, що з подовженням тривалості АЗ у пацієнтів підвищувався рівень відкритої ворожості ($p < 0,01$).

Таким чином, у хворих на АЗ визначався низький розвиток особистісних психологічних комунікативних КР та їх поступове виснаження в динаміці захворювання, що перешкоджало розвитку конструктивних поведінкових паттернів.

Аналіз спектру психогенних чинників, що виступали в якості актуальної для особистості психічної травми та призводили до появи станів психоемоційного напруження зі зниженням фрустраційної толерантності у хворих, які є залежними від алкоголю, показало, що, на відміну від практично здорових чоловіків, у хворих на АЗ частіше зустрічались наявні проблеми, пов'язані з фінансовим забезпеченням ($p < 0,05$), міжособистісною комунікацією ($p < 0,01$) та працевлаштуванням ($p < 0,05$).

Порівняльне вивчення процесу соціальної підтримки у хворих, які є залежними від алкоголю, та здорових чоловіків, дозволило визначити, що в якості донорів соціальної підтримки в проблемних та стресових ситуаціях для пацієнтів основної групи виступали «сім'я», «друзі», «важливі інші». 67,0% хворих на АЗ оцінювали внутрішньосімейні стосунки негативно і не вважали, що соціальна мережа «сім'я» є для них джерелом соціальної підтримки. Соціальна мережа «друзі» у пацієнтів з АЗ була представлена дезінтегрованою структурою, а в якості друзів виступали партнери по алкоголізації. 45,0% обстежених пацієнтів припиняли будь-які стосунки з колишніми друзями, знецінювали дружні стосунки, що було наслідком регулярного шкідливого вживання алкоголю. У соціальній мережі «важливі інші» у хворих на АЗ провідне місце займали партнери по алкоголізації (42,0%).

У пацієнтів з АЗ визначався достовірно більш низький суб'єктивний рівень здатності до сприйняття соціальної підтримки у порівнянні з здоровими чоловіками (відповідно, $5,1 \pm 2,0$ балів та $9,6 \pm 1,5$ балів, $p < 0,01$).

Дослідження кореляційних зв'язків між показниками комунікативних КР (емпатія, афіліація, сенситивність до знехтування) та показниками сприйняття соціальної підтримки показало, що у осіб, які є залежними від алкоголю, мало місце більш позитивне сприйняття соціальної підтримки з боку сфер «сім'я» та «важливі інші» ($p < 0,01$). Високий рівень сприйняття соціальної підтримки зі сфер «сім'я», «друзі» та «важливі інші» визначався у хворих при наявності потреби в афіліації. Зі збільшенням значень показника «сенситивність до знехтування», у пацієнтів з АЗ відбувалось зниження сприйняття соціальної підтримки з боку сфери «важливі інші» ($p < 0,05$).

Таким чином, АЗ, яка мала місце у пацієнтів основної групи, надала деструктивний вплив на соціальні мережі, не давала змоги отримати ефективну соціальну підтримку, сприяла руйнації просоціальних підтримуючих мереж. Оточення, що сприяло подовженню алкоголізації, ставало необхідною референтною групою для особистостей з АЗ і безпосередньо формувало дезадаптивний стиль індивідуальної поведінки.

Аналіз показників сприйняття соціальної підтримки за субшкалами «сім'я», «друзі», «важливі інші» (табл. 1) показав, що зі збільшенням соціальної підтримки за субшкалою «сім'я» у хворих збільшувалося сприйняття соціальної підтримки за субшкалою «друзі» ($r = 0,342$) та «важливі інші» ($r = 0,589$). Одночасно, збільшення сприйняття соціальної підтримки за субшкалою «друзі» сприяло збільшенню сприйняття соціальної підтримки за субшкалою «важливі інші» ($r = 0,479$).

Таблиця 1

Усереднені показники сприйняття соціальної підтримки хворими на АЗ та здоровими чоловіками (бали, $M \pm m$)

Субшкали	Основна група, $n=114$	Група контролю, $n=55$	$P <$
Сім'я	$1,5 \pm 0,7$	$3,4 \pm 0,2$	0,01
Друзі	$1,3 \pm 1,2$	$3,1 \pm 0,5$	0,01
Важливі інші	$2,3 \pm 0,1$	$3,1 \pm 0,8$	0,01
Сумарна оцінка	$5,1 \pm 2,0$	$9,6 \pm 1,5$	0,01

Результатом наявності АЗ у хворих були глибокі порушення не лише в структурі соціально-підтримуючої мережі, але й закономірне зниження використання пацієнтами базисних КС.

Так, КС «пошук соціальної підтримки» та «вирішення проблем» пацієнтів значно рідше використовувались пацієнтами з АЗ, у порівнянні зі здоровими чоловіками (відповідно, $18,1 \pm 0,7$ балів $28,2 \pm 0,3$ балів, $p < 0,01$ та $21,9 \pm 0,1$ та $29,1 \pm 0,7$ балів, $p < 0,01$) (табл. 2). Дана обставина була свідченням низької сформовано-

сті індивідуального досвіду вирішення тих життєвих проблем, де саме соціальна підтримка відігравала визначальну роль. На відміну від пацієнтів з АЗ, здорові чоловіки використовували стратегію соціальної підтримки адекватно ситуації, що призводило до формування успішного колективного досвіду подолання проблем, орієнтації на досягнення успіху та впевненість у тому, що підтримка представників соціальних мереж є адекватною, своєчасною та нагальною. КС «уникнення» достовірно виразніше, у порівнянні зі здоровими чоловіками, використовувалась хворими на АЗ ($26,2 \pm 0,5$ балів проти $16,3 \pm 1,4$ бали, $p < 0,01$). Тобто, у хворих з АЗ, на відміну від здорових чоловіків, тенденція до уникнення проблем та зниження інтенсивності використання активних способів подолання стресу була виражена значно більше. Однак, використання КС «уникнення» лише нівелювало наявну проблему, а не вирішувало її.

Таблиця 2

Усереднені показники базисних копінг-стратегій хворих на АЗ та здорових чоловіків (бали, $M \pm m$)

Стратегії	Основна група, $n=114$	Група контролю, $n=55$	$P <$
Пошук соціальної підтримки	$18,1 \pm 0,7$	$28,2 \pm 0,3$	0,01
Вирішення проблем	$21,9 \pm 0,1$	$29,1 \pm 0,7$	0,01
Уникнення	$26,2 \pm 0,5$	$16,3 \pm 0,3$	0,01

Вивчення особливостей формування стрес-долаючої поведінки (копінг-поведінки) з урахуванням стану когнітивної, емоційної та поведінкової сфер осіб, які є залежними від АЗ, дозволило визначити переважання неконструктивних та відносно конструктивних поведінкових стереотипів ($p < 0,05$).

Серед психологічних конструктів у поведінковій сфері найчастіше зустрічались «активне уникнення» (39,4%) та «відступ» (16,6%) при неконструктивній поведінці та «компенсація» (11,4%) при відносно конструктивній поведінці.

У когнітивній сфері неконструктивна поведінка формувалась за рахунок таких психологічних конструктів, як «дисимуляція» 27,1% та «ігнорування» (18,4%).

У емоційній сфері неконструктивну поведінку обумовлювало домінування «придушення емоцій» (43,2%) та «агресивності» (22,8%).

Вивчення показників якості життя хворих на АЗ продемонструвало зниження його рівня за всіма сферами у порівнянні зі здоровими чоловіками ($p < 0,05$). За середньою по всіх шкалах інтегральною оцінкою показника якості життя найбільш тісний взаємозв'язок мали такі складові, як фізичне благополуччя ($r = +0,79$), самообслуговування та незалежність в діях ($r = +0,76$), а

також загальне сприйняття якості життя ($r=+0,73$).

Дані кореляційного аналізу щодо взаємозв'язку між базисними КС та показниками якості життя свідчили про переважне використання КС «уникнення» у хворих на АЗ. Визначався прямий кореляційний зв'язок середньої сили між фізичним благополуччям та такими КС, як пошук соціальної підтримки ($r=+0,43$) та уникнення ($r=+0,41$); показники психологічного та емоційного благополуччя прямо корелювали з такими КС, як уникнення ($r=+0,52$) та пошук соціальної підтримки ($r=+0,31$); самообслуговування та незалежність в діях позитивно корелювали з КС «вирішення проблем» ($r=+0,32$); працездатність мала позитивний кореляційний зв'язок з КС «вирішення проблем» ($r=+0,24$) та «уникнення» ($r=+0,40$); «міжособистісна взаємодія» позитивно корелювала з КС «уникнення» ($r=+0,48$), а «соціо-емоційна підтримка» – з КС «пошук соціальної підтримки» ($r=+0,52$); «самореалізація» та «службова та суспільна підтримка» позитивно корелювала з КС «уникнення» ($r=+0,31$ та $r=+0,45$).

Аналіз мотивів вживання алкоголю у хворих на АЗ показав, що серед соціально-психологічних мотивів у пацієнтів переважали традиційні мотиви (36,5%); у групі особистісно-значущих – гедоністичні (43,7%); серед патологічних найчастіше реєструвалися абстинентні мотиви (52,0%).

Вивчення мотивів, що призводять до розвитку АЗ, у співставленні з домінуючими особистісними психологічними конструктами, дозволило визначити пускові механізми формування й підтримки залежної поведінки у хворих з АЗ. Встановлено, що когнітивна складова копінг-поведінки позитивно корелювала з соціально-психологічними мотивами вживання алкоголю

($r=0,57$); емоційна сфера – з особистісно-значущими мотивами ($r=0,48$); поведінкова – з патологічними мотивами вживання алкоголю ($r=0,51$).

Серед клінічних предикторів формування АЗ визначалися: постійний стиль вживання алкоголю, який, із високим ступенем достовірності, позитивно корелював із питаннями наявності безпеки для фізичного ($p<0,05$), психологічного ($p<0,05$) та психічного здоров'я ($p<0,01$).

Найбільш суттєвими медико-соціальними наслідками АЗ були: нехтування навчанням, роботою, домашніми справами, похмільний синдром, палімпсести, фізичні травми ($p<0,05$).

Проведений клініко-психологічний аналіз особливостей формування копінг-поведінки хворих на АЗ дозволив визначити основні чинники, які формували неконструктивний поведінковий стиль реагування у станах психоемоційного напруження. Психологічні чинники: низький рівень розвитку комунікативних КР (емпатія, афіліація), низький рівень диференціації Я-образу, негативний емоційний резонанс з високим рівнем прихованої ворожості у міжособистісній взаємодії, низькі показники інтернальності, домінування базисної КС «уникнення». Соціально-психологічні: негативні стресогенні чинники соціально-економічного змісту, відсутність здатності до сприйняття соціальної підтримки, дезінтеграція просоціальних мереж. Клінічні: відсутність ситуативного та кількісного контролю вживання алкоголю, атипові форми сп'яніння, домінування патологічних мотивів вживання алкоголю.

Розроблена програма психотерапевтичної корекції базувалась на принципах диференційованості, комплексності, послідовності, етапності. Її метою було

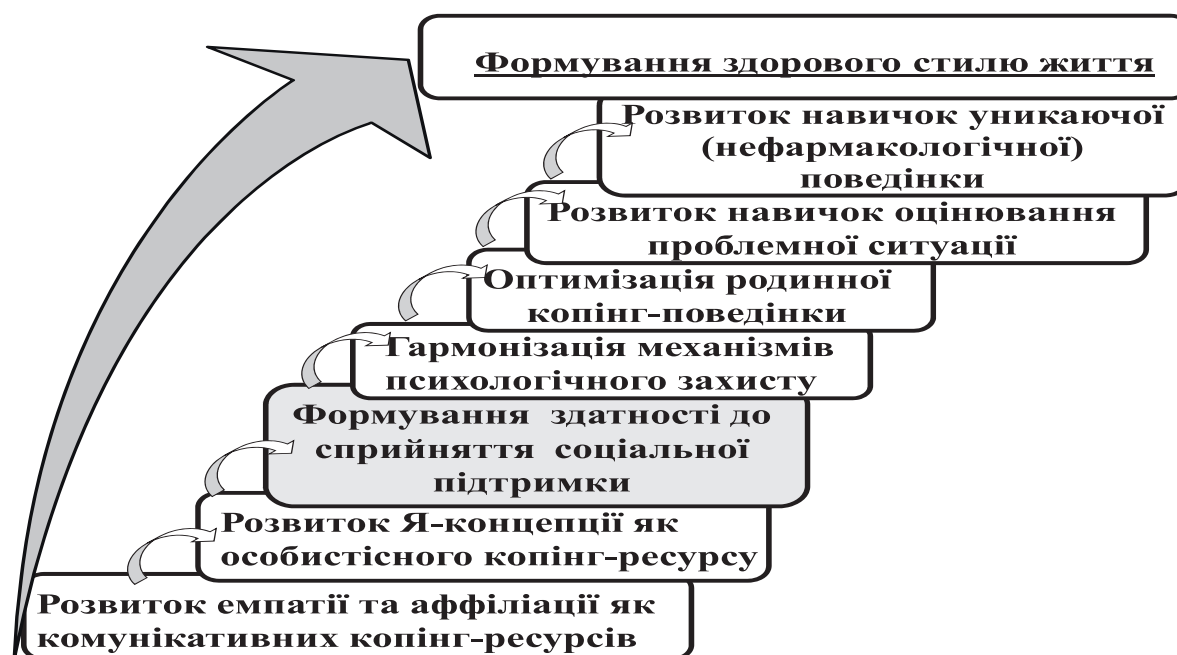


Рис. 1. Структура програми психотерапевтичної корекції, спрямованої на формування конструктивної копінг-поведінки у хворих на АЗ

досягнення стійкої ремісії в результаті корекції комунікативних КР та домінуючих КС, як основних складових копінг-поведінки у хворих з АЗ та розвиток адекватної соціально-підтримуючої мережі хворих.

Психотерапевтична робота (загалом 48 занять, одне заняття тривалістю 60 хвилин) проводилась у межах засад когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгу соціальних та комунікативних навичок з використанням елементів еріксонівського гіпнозу.

Блоки-мішені програми (рис. 1): розвиток емпатії та афіліації, як комунікативних КР; розвиток Я-концепції як особистісного КР; здатність до сприйняття соціальної підтримки; механізми психологічного захисту (нівелювання алкогольної анозогнозії); родинна копінг-поведінка; навички оцінювання проблемної ситуації; розвиток навичок уникаючої (нефармакологічної) поведінки; формування здорового стилю життя.

З метою оцінки ефективності розробленої програми, було сформовано дві групи хворих. Перша група, 47 пацієнтів прийняли участь у програмі психотерапевтичної корекції та 67 пацієнтів (друга група), перебували під нашим спостереженням, але відмовились від участі у програмі.

Критерієм ефективності розробленої та апробованої нами психотерапевтичної програми були показники тривалості терапевтичної ремісії, яку ми оцінювали за суб'єктивними (зі слів пацієнта і його родичів) та об'єктивними показниками (дослідження якості життя). Впровадження розробленої програми психотерапевтичних заходів дозволило констатувати наявність терапевтичної ремісії протягом року у 68,1% хворих, які прийняли участь у програмі (перша група) та у 47,1% пацієнтів другої групи ($p < 0,01$). Звернулись по допомогу до лікаря-нарколога протягом року 14,8% пацієнтів першої групи та 37,2% хворих другої групи ($p < 0,01$).

Дослідження якості життя хворих дозволило визначити, що в групі пацієнтів, які прийняли участь у програмі психотерапевтичної корекції, реєструвалося його покращання у порівнянні з хворими другої групи за наступними показниками: фізичне благополуччя, психологічне та емоційне благополуччя, соціо-емоційна підтримка, міжособистісна взаємодія ($p < 0,05$).

Література:

1. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / П. В. Волошин, О. І. Мінко, І. В. Лінський, Н. П. Волошина, К. Д. Гапонов // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 3 (28). – С. 7–9.
2. Епідемії алкоголізму та нарко-токсікоманій в дзеркалі медичної статистики МОЗ України (Аналітико-статистичний довідник 1990–2008 pp.). – Київ–Харків, 2009. – 168 с.

3. Кравцова Т.В. Стратегии совладающего поведения у женщин молодого возраста с разными формами донозологического потребления алкоголя / Т.В.Кравцова, Л.П.Великанова // Вопросы наркологии. – 2010. – №1. – С. 6–8.
4. Колпаков Я.В. Ценностно-смысловые и эмоциональные предикторы мотивации на лечение лиц, зависящих от алкоголя / Я.В.Колпаков, В.М.Ялтонский, Г.И.Ромащенко // Вопросы наркологии. – 2009. – №6. – С. 29–33.
5. Мазурова Л. В. Особенности психологической защиты и копинг-стратегий у женщин с алкогольной зависимостью (психокоррекционный аспект) / Л. В. Мазурова. – М.: Тезис, 2009. – 156 с.
6. Ненастьева А.Ю. Перспективы использования показателя качества жизни в наркологической практике / А.Ю. Ненастьева, Е.О.Бойко, Г.Л.Гуревич // Наркология. – М. – 2007. – №2. – С. 32–37.
7. Павлов И.С. Психотерапия XXI века: от человека с алкогольной зависимостью к трезвеннику / И.С.Павлов // Наркология. – 2005. – №8. – С. 11–15.
8. Павлов И.С. Интрапсихическая реабилитация в наркологии / И.С.Павлов // Вопросы наркологии. – 2009. – №6. – С. 11–14.
9. Пішель В.Я. Допомога при психічних розладах та станах залежності / В.Я.Пішель, М.Ю. Ігнатов, М.Ю. Полів'яна. – К., 2004. – 83 с.
10. Сирота Н.А. Теоретические основы копинг-профилактики наркоманий как база для разработки практических превентивных программ / Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский // Вопросы наркологии. – 1996. – №4. – С. 5–7.
11. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 174.
12. Табачников С.И. Эпидемиологическая ситуация относительно употребления психоактивных веществ в Украине / С.И.Табачников, Д.С.Лебедев, Г.Б.Трофимчук, Ю.Ю.Мартынова // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15. – №1(56). – С. 81–88.
13. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации на лечение зависимости от психоактивных веществ / В.М.Ялтонский // Вопросы наркологии. – 2009. – №6. – С. 47–50.
14. Barrera M.J. Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assessment issues / M.J. Barrera // B.H. Gottlieb (Eds.) Social network and social support. – London: Beverly Hills, CA: Sage, 2007. – P. 69–96.
15. Both B.M. Social support and outcome of alcoholism treatment: an exploratory analysis / B.M.Both [et al.] // Amer. J. on Drug and Alcohol Abuse. – 2002. – Vol.18. – P. 87–101.
16. Carver C.S. Assessing coping strategies / C.S. Carver, M.F. Sheier // J. of Person and Soc. Psychol. – 2009. – №56. – P. 267–283.
17. Coyne J.C. Cognitive style, stress perception and coping / J.C. Coyne, R.S. Lazarus // Kutash I.L., Schlesinger L.B. (Eds.). Handbook on stress and anxiety. – 2010. – P. 144–158.
18. Felton B.J. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults / B.J.Felton [et al.] // Soc Sci Med. – 2007. – Vol.18. (10). – P. 89–98.
19. Karwacki S.B. Coping, Drinking Motives, Goal attainment Expectancies and Family Models in Relation to alcohol. Use among College Students / S.B.Karwacki, J.P. Bradley // J. of Drug Education. 2006. – Vol.26. (3). – P. 245–255.
20. Parkes K.R. Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes / K.R. Parkes // J Pers. Soc. Psychol. – 2004. – Vol.46.(3). – P. 55–68.
21. Pearlin L.I. The structure of coping / L.I.Pearlin, C.Schooler // J. of Health and Social Behavior. – 2008. – Vol.19 – P.2–21
22. Seifert T.L. The relationship of work avoidance and learning goals to perceived competence, externality and meaning / T.L. Seifert, B.A. O'Keefe // Brit. J. Educ. Psychol. – 2009. – Vol. 71. – P. 81–92.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, Е.Я. Пшук

На основе обследования с позиций системного подхода 114 пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) и 55 практически здоровых мужчин, определены причины и механизмы формирования копинг-поведения мужчин с АЗ. Установлены клинично-психологические и социально-психологические предикторы копинг-поведения у больных с АЗ. Исследованы особенности коммуникативных копинг-ресурсов (эмпатии, аффилиации, сензитивности к поправке), базисных копинг-стратегий (разрешение проблем, способность к восприятию социальной поддержки, избегание) и особенности процесса социальной поддержки у больных с АЗ. Определены приоритетные психологические конструкты формирования неконструктивной и относительно конструктивной копинг-поведения мужчин с АЗ. Среди последних преобладают «активное избегание» (39,4%) и «отступление» (16,6%) в поведенческой сфере, «диссимуляция» (27,1%) и «игнорирование» (18,4%) в когнитивной сфере, «подавление эмоций» (43,2%) и «агрессивность» в эмоциональной сфере. На основании установленных закономерностей формирования копинг-поведения у больных с АЗ научно обоснована, разработана и внедрена программа психотерапевтической коррекции, которая направлена на развитие навыков преодоления стрессовых ситуаций без использования психотропных эффектов алкоголя и формирования здорового образа жизни.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, копинг-поведение, копинг-ресурсы, копинг-стратегии, социальная поддержка, психокоррекция

ESPECIALLY FORMATION AND PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF COPING-BEHAVIOR OF MEN WITH ALCOHOL DEPENDENCE

N.G. Psuk, M.V. Markovs, Y.Y. Pshuk

Based on the systems research approach 114 patients with Alcohol dependence and 55 healthy men, identified the causes and mechanisms of coping-behavior of men with Alcohol dependence. Established clinical, psychological and socio-psychological predictors of coping behavior, in patients with Alcohol dependence. The features of communicative coping resources (empathy, affiliation, sensitivity to ignorance), basic coping strategies (problem solving, the ability to perception of social support, avoidance) and peculiarities of social support in patients with Alcohol dependence. Priority psychological constructs of relatively unconstructive and constructive coping-behavior of men with Alcohol dependence. Among the latter is dominated by "actively avoiding" (39,4%), and "retreat" (16,6%) in the field of behavior, "dyssimulation" (27,1%) and "ignore" (18,4%) in the cognitive area, "suppression of emotions" (43,2%) and "aggressiveness" in the emotional area. Based on established patterns of behavior-coping in patients with Alcohol dependence scientifically proved, developed and implemented a program of psychotherapeutic correction that is focused on overcoming stressful situations without the use of psychotropic effects of alcohol and a healthy lifestyle.

Keywords: alcohol dependence, coping-behavior, coping-resources, coping-strategies, social support, psychological correction

УДК 616.89 - 160

А.Л. Оленицкий, А.В. Ченская

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГРУППОВОЙ КРАТКОСРОЧНОЙ ФОКУСИРОВАННОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ГЛУБИННОЙ ПСИХОЛОГИИ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

ОКПНБ-Медико-психологический Центр, г. Донецк

Ключевые слова: групповая психодинамическая психотерапия, операционализированная психодиагностика, непсихотические психические расстройства

В последние десятилетия психодинамическое направление прочно занимает одно из ведущих мест в психотерапевтическом лечении во всем мире [1;4;7]. В центре психодинамического подхода наблюдаются динамические составляющие психики: мотивы, побуждения, внутренние конфликты. В соответствии с психоаналитической теорией неврозов психическая активность бывает двух видов: сознательная и бессознательная. Невроз возникает вследствие конфликта между сознательной и бессознательной сторонами психики. Симптом – результат компромиссного решения этого конфликта. Психодинамическая психотерапия (ПДП) основана на глубинно-психологической теории невроза, истоки глубинной психологии восходят к психоанализу и аналитической терапии. ПДП применяется, когда у пациента диагностируется внутренний конфликт с соответствующей симптоматикой. В операционализированной психодиагностике (OPD-2) «конфликт-внутренние душевные столкновения

мотивов, направленных друг против друга, не осознаваемые человеком; проявляющиеся в стереотипных образцах восприятия и поведения; в этом случае говорят об дисфункциональных конфликтах» [1]. Ведущий стратегический принцип ПДП – выделение и переработка дисфункционального конфликта, маркерами его являются повторяющиеся стереотипные травматические переживания, связь данного конфликта с одной из фигур переноса (материнской или отцовской) и с проявлениями блокирования в какой-либо сфер жизнедеятельности пациента [1;3;4]. Ключевыми определяющими понятиями ПДП являются свободные ассоциации, перенос, интерпретации и сопротивление.

Для того чтобы определить, насколько симптоматика связана со стереотипными дисфункциональными конфликтами, нужно учесть, что не каждая жизненная нагрузка автоматически влечет за собой конфликтную нагрузку, решающим является субъективное восприятие человеком нагрузки. Вероятность возникновения

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, Е.Я. Пшук

На основе обследования с позиций системного подхода 114 пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) и 55 практически здоровых мужчин, определены причины и механизмы формирования копинг-поведения мужчин с АЗ. Установлены клинично-психологические и социально-психологические предикторы копинг-поведения у больных с АЗ. Исследованы особенности коммуникативных копинг-ресурсов (эмпатии, аффилиации, сензитивности к поправке), базисных копинг-стратегий (разрешение проблем, способность к восприятию социальной поддержки, избегание) и особенности процесса социальной поддержки у больных с АЗ. Определены приоритетные психологические конструкты формирования неконструктивной и относительно конструктивной копинг-поведения мужчин с АЗ. Среди последних преобладают «активное избегание» (39,4%) и «отступление» (16,6%) в поведенческой сфере, «диссимуляция» (27,1%) и «игнорирование» (18,4%) в когнитивной сфере, «подавление эмоций» (43,2%) и «агрессивность» в эмоциональной сфере. На основании установленных закономерностей формирования копинг-поведения у больных с АЗ научно обоснована, разработана и внедрена программа психотерапевтической коррекции, которая направлена на развитие навыков преодоления стрессовых ситуаций без использования психотропных эффектов алкоголя и формирования здорового образа жизни.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, копинг-поведение, копинг-ресурсы, копинг-стратегии, социальная поддержка, психокоррекция

ESPECIALLY FORMATION AND PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF COPING-BEHAVIOR OF MEN WITH ALCOHOL DEPENDENCE

N.G. Psuk, M.V. Markovs, Y.Y. Pshuk

Based on the systems research approach 114 patients with Alcohol dependence and 55 healthy men, identified the causes and mechanisms of coping-behavior of men with Alcohol dependence. Established clinical, psychological and socio-psychological predictors of coping behavior, in patients with Alcohol dependence. The features of communicative coping resources (empathy, affiliation, sensitivity to ignorance), basic coping strategies (problem solving, the ability to perception of social support, avoidance) and peculiarities of social support in patients with Alcohol dependence. Priority psychological constructs of relatively unconstructive and constructive coping-behavior of men with Alcohol dependence. Among the latter is dominated by "actively avoiding" (39,4%), and "retreat" (16,6%) in the field of behavior, "dyssimulation" (27,1%) and "ignore" (18,4%) in the cognitive area, "suppression of emotions" (43,2%) and "aggressiveness" in the emotional area. Based on established patterns of behavior-coping in patients with Alcohol dependence scientifically proved, developed and implemented a program of psychotherapeutic correction that is focused on overcoming stressful situations without the use of psychotropic effects of alcohol and a healthy lifestyle.

Keywords: alcohol dependence, coping-behavior, coping-resources, coping-strategies, social support, psychological correction

УДК 616.89 - 160

А.Л. Оленицкий, А.В. Ченская

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГРУППОВОЙ КРАТКОСРОЧНОЙ ФОКУСИРОВАННОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ГЛУБИННОЙ ПСИХОЛОГИИ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

ОКПНБ-Медико-психологический Центр, г. Донецк

Ключевые слова: групповая психодинамическая психотерапия, операционализированная психодиагностика, непсихотические психические расстройства

В последние десятилетия психодинамическое направление прочно занимает одно из ведущих мест в психотерапевтическом лечении во всем мире [1;4;7]. В центре психодинамического подхода наблюдаются динамические составляющие психики: мотивы, побуждения, внутренние конфликты. В соответствии с психоаналитической теорией неврозов психическая активность бывает двух видов: сознательная и бессознательная. Невроз возникает вследствие конфликта между сознательной и бессознательной сторонами психики. Симптом – результат компромиссного решения этого конфликта. Психодинамическая психотерапия (ПДП) основана на глубинно-психологической теории невроза, истоки глубинной психологии восходят к психоанализу и аналитической терапии. ПДП применяется, когда у пациента диагностируется внутренний конфликт с соответствующей симптоматикой. В операционализированной психодиагностике (OPD-2) «конфликт-внутренние душевные столкновения

мотивов, направленных друг против друга, не осознаваемые человеком; проявляющиеся в стереотипных образцах восприятия и поведения; в этом случае говорят об дисфункциональных конфликтах» [1]. Ведущий стратегический принцип ПДП – выделение и переработка дисфункционального конфликта, маркерами его являются повторяющиеся стереотипные травматические переживания, связь данного конфликта с одной из фигур переноса (материнской или отцовской) и с проявлениями блокирования в какой-либо сфер жизнедеятельности пациента [1;3;4]. Ключевыми определяющими понятиями ПДП являются свободные ассоциации, перенос, интерпретации и сопротивление.

Для того чтобы определить, насколько симптоматика связана со стереотипными дисфункциональными конфликтами, нужно учесть, что не каждая жизненная нагрузка автоматически влечет за собой конфликтную нагрузку, решающим является субъективное восприятие человеком нагрузки. Вероятность возникновения

нарушения адаптации определяется, как степенью внутреннего мотивационного конфликтного напряжения и внешней нагрузки, так и имеющимися в распоряжении ресурсами; такими, как защита, сопротивляемость, социальная поддержка и т.п.[1;2;4]. Поэтому дисфункциональный конфликт – истинный конфликт, т.к. выражается в рамках мотивационных противоречий человека. Для определения стереотипного дисфункционального конфликта используются:

-методика установочных вопросов, функция которых заключается в фокусировании на межличностной ситуации;

-метод кларификации, т.е. прояснение соответствующей темы конфликта;

-техника интерпретации, которая направлена на выявление взаимосвязи между актуальной симптоматикой пациента и пусковой ситуацией, что также включает в себя поведение пациента в реальной ситуации общения с психотерапевтом и с другими членами группы. Данные техники, по мнению некоторых авторов особенно эффективны при групповой форме работы [1;5;6].

Речь идет о психотерапии, в ходе которой становится доступным патогенный материал переживаний каждого пациента в группе, как при помощи проясняющих или стимулирующих вопросов, так и при помощи свободных ассоциаций каждого члена группы. Основной акцент при терапии делается на дисфункциональные конфликты пациентов. При данном направлении психотерапевтическая форма вмешательства характеризуется высокой активностью врача. Психотерапевт вместе с другими пациентами группы ищет решения, дает рекомендации. Выделяют следующие фазы групповой ПДП [1;4;6]: отборочная; переработка конфликта; сепарация, направленная на разрешение переноса. Целенаправленно используется совокупность взаимоотношений и взаимодействий между членами группы, т.е. групповая динамика. Это дает возможность каждому члену группы проявить себя, а эффективная система обратной связи помогает пациентам глубже понять собственные неадекватные отношения, установки и поведенческие стереотипы, которые проявляются в межличностном взаимодействии.

В отличие от индивидуальной ПДП, групповая ПДП в большей степени акцентирует внимание на межличностном аспекте, чем на генетическом. Конфликт проясняется через непосредственное отражение в реальном поведении пациента в группе. Уделяется особое внимание проработке «рамочных условий». Должны быть проговорены принципы закрытости группы, количество часов терапии, продолжительность сеанса.

Однако, по мнению некоторых исследователей, применение групповой психодинамической психотерапии, в отличие от индивидуальной, носит ограниченный характер[1;2;4]

Целью нашего исследования явился поиск адекватных форм и методов психотерапевтического лечения для пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, находящимися на стационарном лечении.

Материал и методы исследования. В исследовании принимало участие 60 пациентов, находящихся на стационарном лечении в Медико-психологическом Центре областной клинической психоневрологической больницы г. Донецка (МПЦ-ОКПНБ) с невротоподобными психическими расстройствами. Выборку можно считать случайно сформированной группой пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, у которых отсутствовала органическая мозговая дисфункция. Возраст обследованных колебался от 19 до 62 лет. Средний возраст составил 41,6 лет. Распределение больных по образованию было следующим: среднее – 9 чел.(15%), среднее специальное –35 чел (58%), высшее – 16 чел (27 %). Продолжительность заболевания была в 85 % случаях (51 чел) до 5 лет. Были применены клинические и клинико-психопатологические методы обследования, включающие проведение стандартизированного клинического интервью. Клинический и клинико-психопатологические методы исследования дополнялись экспериментально-психологическими методами. Была использована шкала самооценки уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера- Ханина; для выявления выраженности депрессивных расстройств применялась шкала депрессии Бека. В соответствии с критериями МКБ-10, у всех обследованных определялись невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, которые были представлены: расстройством адаптации со смешанной тревожно - депрессивной реакцией (11 чел.- 18%), пролонгированной депрессивной реакцией (9 чел. -15 %), смешанным тревожно - депрессивным расстройством (11 чел. -18 %) , диссоциативными (конверсионными) расстройствами - (5 чел. – 8 %), тревожно - фобическими расстройствами (9 чел – 15 %) , дистимией (5 чел. – 8 %) , соматоформными расстройствами (5 чел. – 8 %), обсессивно - компульсивным расстройством (2 чел. – 3 %), неврастенией (3 чел. – 5 %).

С целью изучения эффективности различных методов групповой психотерапии в условиях стационара, обследованные были разделены на две группы. Основным инструментом для выбора пациентов в основную группу явилось психодиагностическое интервью (модифицированная схема первого интервью М. Bal-lint) [1;5], которое уже содержало вопросы, связанные с основными психодинамическими составляющими психики. По - мнению некоторых исследователей [1;7] именно первичное психодинамическое интервью закладывает основу для будущей терапии. Критериями выбора пациентов стали основные показания и противопоказания для проведения краткосрочной психодинамической терапии [1;3]: наличие стереотипного дисфункционального конфликта, высокая мотивация, наличие опыта значимых взаимоотношений, способность к рефлексии и конструктивная реакция на пробную интерпретацию, отсутствие выраженных депрессий, тенденций к патологическому реагированию переживаний (суицидальное поведение). Для диагно-

стики стереотипных дисфункциональных конфликтов применялась ось III по OPD-2[1]. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием лицензионной программы "Excell", применялся двусторонний z-критерий. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечение пациентов носило комплексный характер, однако психотерапевтическое лечение являлось основным методом лечения в обеих группах.

Были отобраны в основную группу 32 пациента, с которыми проводилась групповая краткосрочная фокусированная психодинамическая психотерапия. В группу сравнения вошли 28 пациентов, с которыми проводились другие методы групповой психотерапии (релаксационный тренинг, поведенческо-когнитивная психотерапия, спелеотерапия, музыкотерапия).

Анализ результатов исследования по шкале депрессии Бека, показал, что легкая степень депрессии присутствовала у 9 чел. (26%) основной и 6 чел. (21 %) группы сравнения; умеренная-25чел. (74 %) основной и 22 чел. (79 %) группы сравнения. Результаты исследования по опроснику Спилбергер-Ханина показали у 21 % пациентов (62%) основной группы высокий уровень личностной тревожности, у 13 чел. (38 %) - средний. В группе сравнения 18 пациентов (64%) имели высокий уровень личностной тревожности, 10 чел. (36 %) средний. Ситуативная тревожность высокого уровня наблюдалась у 12 лиц (35 %) основной группы и у 10 чел. (36%) группы сравнения; среднего – у 19 пациентов (56 %) основной группы и 16 лиц (57 %) группы сравнения, низкая – у 3 чел. (9%) основной и 2 чел. (7 %) группы сравнения.

Групповые сеансы проводились с «малыми» группами, содержащими от 8 до 10 человек. После выяснения основных предпосылок для лечения, приступали непосредственно к групповой работе. Планирование терапии определялось фокусом. Для групповой психодинамической психотерапии требуется основная работа по определению и прояснению фокуса. Так как речь идет о краткосрочной терапии, рассчитанной на 7-8 сеансов (по 45 мин.), поэтому для психотерапевта становилось важным выделить и прояснение ведущего фокуса дисфункционального конфликта (несмотря на наличие у большинства пациентов нескольких конфликтов). Это осуществлялось с помощью операционализированной психодиагностики (OPD-2).

Анализ основных дисфункциональных конфликтов проводился по отношению к различным сферам жизни: в родительской семье, в семейных взаимоотношениях (супружество), в профессиональной сфере, в социальном окружении, по отношению к заболеванию. Конфликты классифицировались по признаку активного и пассивного модусов.

У пациентов основной группы основными дисфункциональными конфликтами были конфликты вины и самооценки (в 79 % случаях). Конфликт самооценки имел место в том случае, когда усилия, направленные на

признание самооценки, являются чрезвычайно завышенными, безуспешными. В данном случае они затрагивают ценность самости. В активном модусе пациентам присуща негативная самоуверенность, что является попыткой преодолеть реальный кризис самооценки и страх перед ним. Ввиду пренебрежения пациента, у врача в контрпереносе возникает чувство обиды и раздражения. Такие пациенты сильно идеализируют родительскую семью и собственную биографию. Отношения в собственной семье получаются по типу восхищения, таким образом, повышается собственная значимость. В социальных контактах наблюдается излишняя избирательность. Так как наличие заболевания угрожает самооценке, это может привести к срыву; в крайних случаях возможна даже декомпенсация. В пассивном модусе отношения с партнерами строятся на основе вечной обиженности, происходит совместная переработка обид и унижений. В социальном окружении занимают подчиненное положение, новый социальный опыт скорее избегается. Выявленное заболевание часто подтверждает дефицит правильного отношения к себе. Защитные реакции при конфликте самооценки: идеализация, обесценивание, цель которых – удовлетворение собственных потребностей, а также перфекционизм, когда ставятся нереальные цели [1].

Конфликт вины - конфликт между эгоистическими и социальными тенденциями. Чувство вины возникает, когда человек действительно или мнимо обижает другого, или ущемляет чьи-то права или потребности. Содержание и масштаб таких норм и вытекающего из них чувства вины подвержены сильному влиянию социума и культуры. Предпосылкой является способность ощущать вину. Самообвинение и обвинение других на фоне конфликтов с совестью. Конфликт вины сложно отличить от конфликта самооценки. Тут важен ведущий аффект: при конфликтах вины – чувство вины, а при проблемах самооценки – возникает чувство стыда. В пассивном модусе у пациентов доминирует тип «виноватого». Такие больные преувеличенно берут вину на себя. Ведущий аффект – страх. В супружеских взаимоотношениях соглашаются со всеми обвинениями, поведение покорное, часто самоуничижительное. Заболевание принимают безропотно. В стационарах такие больные не доставляют хлопот медицинскому персоналу. В активном модусе характерно обращение и вытеснение вины, перекладывание вины на других. Ведущим аффектом становится раздражение к другим, цинизм. В семейных взаимоотношениях ответственность за проблемы перекладывается на членов семьи. Наличие собственной вины, если и допускается, то, как правило, с оговорками. Социальное окружение таким пациентам необходимо для обвинения. Защита от чувства вины приводит к тому, что люди чувствуют социальное «превосходство», эксплуатируют других в своих целях. Заболевание переносится тяжело. Ответственность за собственные болезни перекладывается на других, врачи часто обвиняются в ошибках. Это категория «сложных» пациентов [1].

Таблица 1

Данные z-критериального анализа
эффективности групповой психотерапии

Группа	Улучшение		Размер выборки
	да	нет	
Основная группа	32	2	34
Группа сравнения	20	8	28
Сумма	52	10	62
Рассчитанное значение z -критерия			2,07
Стандартная ошибка ($p2-p1$)			0,09
Левая граница доверительного интервала			0,009
Правая граница доверительного интервала			0,444
Достигнутый уровень значимости p			0,038

Полученные данные позволяют рассматривать групповую краткосрочную психодинамическую фокусированную психотерапию в качестве адекватного и эффективного метода психотерапии в условиях стационара

Литература:

1. Михайлов Б. В., Боро М. П., Краузе Р. Психодинамическая психотерапия: Клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии. – Донецк: Капитан, 2009. – 460 с.
2. Груповий психоаналіз // За ред. О.Фільца, Р. Гаубла, Ф. Лямонтт. Навч. Посібник./Пер. з німецької. – Львів, «Класика». – 2004. – 192 с.
3. Р. Урсано, С. Зоннеберг, С. Лазар. Психодинамическая психотерапия. Вып. 3. – Изд. Российская психотерапевтическая ассоциация, 1997. – 160 с.
4. Томе Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. – М., «Прогресс», 1996. – 478 с.
5. Мак-Вильямс. Н. Психодинамическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. Пер. с англ., М.: НФ «Класс», 1998. – 480 с.
6. Ялом. И. Групповая психотерапия. Теория и практика. / Пер. с англ. – М.: «Эксмо-Пресс», 2001. – 576 с.
7. Мироненко О. Первинне інтерв'ю в психотерапії: від контакту до діалогу. – Львів, «Простір», 2011. – 48 с.

Типичные защитные реакции при конфликте вины – интроекция, отношение против себя, идеализация потерянных объектов любви.

В начале групповой ПДП наша работа была направлена на создание атмосферы эмоционального тепла. Требовалось осторожное проявление конфликта. Необходимо было сфокусировать внимание на описании пациентом себя, а затем мы просили предоставить пример взаимоотношений в различных сферах жизни. Обращали внимание, как пациент воспринимал других «здесь и сейчас». Уточняющие вопросы помогали пациентам рассказать о своей проблеме. Требовалось учесть саморефлексию, пациентов спрашивали об их чувствах, как они воспринимали окружающих, в т.ч. других членов группы и психотерапевта. Активно использована интерпретация. Косвенным показателем адекватного выбора дисфункционального конфликта являлась аффективная реакция пациента на его интерпретацию. При терапии было важно построить рабочие отношения в группе, тогда происходил эффективный анализ защит и сопротивления пациентов в выбранном психотерапевтом ведущем конфликтном фокусе. Использовались такие психотерапевтические средства, как проработка фантазий, воспоминаний пациентов, рассматривались отношения со значимыми объектами. При дальнейшей терапии происходило улучшение взаимодействия между участниками группы, проявление, а затем разрушение фокусов, защиты становились непрочными. Пациенты с интересом участвовали в осознании внутренних конфликтов, с интересом предлагали свои интерпретации. В процессе терапии было важно поощрять пациентов высказывать негативные чувства, так как им нужно было научиться говорить об этом. Не исключалась роль структурированного вмешательства терапевта, когда он или другие члены группы предлагали пациенту альтернативные выходы из ситуации, затем шла проработка альтернативных предложений, однако решение принимал сам пациент. В последующем пациенты основной группы продолжали в амбулаторных условиях индивидуальную фокусированную психодинамическую психотерапию; углублялась работа с сопротивлением, анализировались защитные реакции, прорабатывались фокусы оставшихся конфликтов, не затронутых в на групповых сеансах в стационаре. Пациенты группы сравнения после выписки из стационара также продолжали получать в амбулаторном режиме поведенческо-когнитивную психотерапию.

Эффективность психотерапевтического лечения оценивалась перед выпиской из стационара на основании общепринятых клинических критериев (выздоровление, улучшение, отсутствие динамики, ухудшение). Анализ эффективности показал, что в основной группе выздоровление и улучшение состояния (в виде уменьшения тревожно-депрессивной симптоматики) отмечалось у 32 пациентов (94,1%), в группе сравнения – у 20 пациентов (71,4%).

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГРУПОВОЇ КОРОТКОТЕРМІНОВОЇ ПСИХОДИНАМІЧНОЇ ФОКУСІРОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ, ЗАСНОВАНОЇ НА ГЛИБИННІЙ ПСИХОЛОГІЇ У СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ

О.Л. Оленіцький, А.В. Ченська

Був проведений пошук адекватних форм та методів лікування для осіб з неспсихотичними психічними розладами, що знаходяться на стаціонарному лікуванні. Доведена ефективність групової психодинамічної психотерапії, заснованої на глибинній психології з використанням операціоналізованої психодинамічної діагностики OPD-2.

Ключові слова: групова психодинамічна психотерапія, операціоналізована психодіагностика, неспсихотичні психічні розлади

FEATURES OF APPLICATION OF THE GROUP SHORT-TERM FOCUSED PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY, BASED ON DEEP PSYCHOLOGY AT HOSPITAL

O. Olenytsky, A. Chenskaya

Search was conducted adequate forms and methods of treatment for persons with mental, not psychotic, disorders who are in hospital. We have proved the effectiveness of psychodynamic group psychotherapy, which is based on depth psychology with operationalized psychodynamic diagnostic OPD-2.

Keywords: group psychodynamic psychotherapy, operationalized psychodiagnostic, no psychotic mental disorders

УДК 159.2

І.Ю. Стойков

САМОРЕАЛІЗАЦІЯ І ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ

Інститут соціальних наук Міжрегіональної академії управління персоналом, м. Київ

Ключові слова: автентична особистість, відповідальність, самореалізація, саморегуляція, індивідуальність, гештальт, потреба, межа контакту, переривання контакту, усвідомлення, злиття, інтроекція

Актуальність проблеми У світі стандартизації і уніфікації актуальними стають проблеми: як зберегти свою індивідуальність, як розрізнити нав'язані соціумом «повинності» і свої власні бажання? Як не дозволити хибним уявленням заступити реальність? Як реалізувати свої справжні потреби? Як реалізувати себе? Гештальт-терапія може допомогти пацієнту (клієнту) придбати здатність свідомо вибирати свою поведінку, використовуючи різні аспекти своєї особистості, зробити своє життя більш наповненим, позбутися від невротичних та інших хворобливих симптомів, стати стійким до маніпуляцій інших людей, самому обходитися без маніпуляцій, навчитися стояти на своїх ногах, повністю реалізувати свій потенціал.

Соціалізація схильна змінювати індивідуальність, тому що формування особистості, засвоєння програм життєдіяльності, мови, правил міжособистісної взаємодії, методів і стилю мислення, правил, логіки веде до позбавлення індивідуальності, а суспільство пильно стежить за тим, щоб особистість відповідала нормам і стандартам, однаковим для всіх людей певної категорії, певного культурного типу.

Культура, програмуючи поведінку людини, дає їй взамін можливість використовувати й приводити в рух весь сукупний досвід і знання людства в цілому, можливість бути членом суспільства, отримувати захист та умови для задоволення більшості потреб. За відхилення від норми, приписів культури людина розплачується в кращому випадку почуттями невдачі, сорому, заздрості, провини, в гіршому - ізоляцією з товариства під тим чи іншим приводом.

Пристосування до даних правил і постійне їх застосування сприяють нівелюванню особистості,

перешкоджає розвитку індивідуальності як мети процесу самореалізації.

Самореалізація - досягнення вищого рівня свого розвитку, повне використання своїх талантів, здібностей, потенціалу особистості. Людина сама відповідає за реалізацію як можна більшого числа можливостей, вона живе справжнім життям, тільки якщо виконує цю умову. Відмовляючись від можливості зробити кожен момент свого буття - тут і тепер - максимально насиченим і найкращим чином виявити свої здібності, людина живе несправжнім життям, стає неавтентичною. Так, одні люди стають відчуженими і відстороненими - від себе і від інших, іншим не вистачає мужності «бути» - відійти від старих шаблонів, настояти на своєму і шукати нові, ефективні шляхи для самореалізації. Вони вважають за краще покладатися на те, що схвалюється і цінується друзями, родиною, релігією, соціальними установками, суспільством в цілому. Людина все починає робити «так, як прийнято», «як усі», «як повинно бути», що забезпечує їй ефективність у задоволенні більшості потреб, крім реалізації потреби бути автентичною особистістю.

Саме в результаті нездатності визначати істинні свої бажання й відбувається порушення балансу між потребами організму та об'єктами зовнішнього середовища, порушується природний ритм життєдіяльності організму, що полягає в ритмі формування та завершенні гештальтів. Як тільки потреба задовольняється, гештальт завершується, втрачає свою значимість і відсувається на задній план, поступаючись місцем новому гешталту.

Якщо потреба не задовольняється, то гештальт залишається незавершеним, не може бути відреагова-

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГРУПОВОЇ КОРОТКОТЕРМІНОВОЇ ПСИХОДИНАМІЧНОЇ ФОКУСІРОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ, ЗАСНОВАНОЇ НА ГЛИБИННІЙ ПСИХОЛОГІЇ У СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ

О.Л. Оленіцький, А.В. Ченська

Був проведений пошук адекватних форм та методів лікування для осіб з неспсихотичними психічними розладами, що знаходяться на стаціонарному лікуванні. Доведена ефективність групової психодинамічної психотерапії, заснованої на глибинній психології з використанням операціоналізованої психодинамічної діагностики OPD-2.

Ключові слова: групова психодинамічна психотерапія, операціоналізована психодіагностика, неспсихотичні психічні розлади

FEATURES OF APPLICATION OF THE GROUP SHORT-TERM FOCUSED PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY, BASED ON DEEP PSYCHOLOGY AT HOSPITAL

O. Olenytsky, A. Chenskaya

Search was conducted adequate forms and methods of treatment for persons with mental, not psychotic, disorders who are in hospital. We have proved the effectiveness of psychodynamic group psychotherapy, which is based on depth psychology with operationalized psychodynamic diagnostic OPD-2.

Keywords: group psychodynamic psychotherapy, operationalized psychodiagnostic, no psychotic mental disorders

УДК 159.2

І.Ю. Стойков

САМОРЕАЛІЗАЦІЯ І ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ

Інститут соціальних наук Міжрегіональної академії управління персоналом, м. Київ

Ключові слова: автентична особистість, відповідальність, самореалізація, саморегуляція, індивідуальність, гештальт, потреба, межа контакту, переривання контакту, усвідомлення, злиття, інтроекція

Актуальність проблеми У світі стандартизації і уніфікації актуальними стають проблеми: як зберегти свою індивідуальність, як розрізнити нав'язані соціумом «повинності» і свої власні бажання? Як не дозволити хибним уявленням заступити реальність? Як реалізувати свої справжні потреби? Як реалізувати себе? Гештальт-терапія може допомогти пацієнту (клієнту) придбати здатність свідомо вибирати свою поведінку, використовуючи різні аспекти своєї особистості, зробити своє життя більш наповненим, позбутися від невротичних та інших хворобливих симптомів, стати стійким до маніпуляцій інших людей, самому обходитися без маніпуляцій, навчитися стояти на своїх ногах, повністю реалізувати свій потенціал.

Соціалізація схильна змінювати індивідуальність, тому що формування особистості, засвоєння програм життєдіяльності, мови, правил міжособистісної взаємодії, методів і стилю мислення, правил, логіки веде до позбавлення індивідуальності, а суспільство пильно стежить за тим, щоб особистість відповідала нормам і стандартам, однаковим для всіх людей певної категорії, певного культурного типу.

Культура, програмуючи поведінку людини, дає їй взамін можливість використовувати й приводити в рух весь сукупний досвід і знання людства в цілому, можливість бути членом суспільства, отримувати захист та умови для задоволення більшості потреб. За відхилення від норми, приписів культури людина розплачується в кращому випадку почуттями невдачі, сорому, заздрості, провини, в гіршому - ізоляцією з товариства під тим чи іншим приводом.

Пристосування до даних правил і постійне їх застосування сприяють нівелюванню особистості,

перешкоджає розвитку індивідуальності як мети процесу самореалізації.

Самореалізація - досягнення вищого рівня свого розвитку, повне використання своїх талантів, здібностей, потенціалу особистості. Людина сама відповідає за реалізацію як можна більшого числа можливостей, вона живе справжнім життям, тільки якщо виконує цю умову. Відмовляючись від можливості зробити кожен момент свого буття - тут і тепер - максимально насиченим і найкращим чином виявити свої здібності, людина живе несправжнім життям, стає неавтентичною. Так, одні люди стають відчуженими і відстороненими - від себе і від інших, іншим не вистачає мужності «бути» - відійти від старих шаблонів, настояти на своєму і шукати нові, ефективні шляхи для самореалізації. Вони вважають за краще покладатися на те, що схвалюється і цінується друзями, родиною, релігією, соціальними установками, суспільством в цілому. Людина все починає робити «так, як прийнято», «як усі», «як повинно бути», що забезпечує їй ефективність у задоволенні більшості потреб, крім реалізації потреби бути автентичною особистістю.

Саме в результаті нездатності визначати істинні свої бажання й відбувається порушення балансу між потребами організму та об'єктами зовнішнього середовища, порушується природний ритм життєдіяльності організму, що полягає в ритмі формування та завершенні гештальтів. Як тільки потреба задовольняється, гештальт завершується, втрачає свою значимість і відсувається на задній план, поступаючись місцем новому гешталту.

Якщо потреба не задовольняється, то гештальт залишається незавершеним, не може бути відреагова-

ним і поступитися місцем іншому. Така невідреагована потреба стає причиною багатьох незавершених проблем, які через деякий час починають впливати на поточні психічні процеси. Основною умовою, необхідною для того, щоб сформувати і завершити гештальт, є здатність людини усвідомлювати себе і свою домінуючу потребу в даний момент. Усвідомлення і зосередженість на потребі є найважливішим принципом і умовою гештальт-терапії - тут і тепер.

Контактна межа між індивідуумом і його внутрішнім і зовнішнім кордоном у здорової людини рухлива, тому можливий, як контакт із середовищем, так і відхід від нього. Контакт супроводжується формуванням гештальта, відхід - його завершенням. Рушійною силою цього ритму Ф.Перлз вважав ієрархію потреб. Домінуюча потреба є гештальтом, на обмеження, завершення і нейтралізацію якого в даний момент спрямовані всі зусилля організму.

А.Маслоу в своїй концепції самоактуалізуючої особистості розташував потреби в порядку їх черговості:

- фізіологічні;
- потреби в безпеці та захисті;
- потреби в приналежності і любові;
- потреби самоповаги;
- потреби в самоактуалізації (особистого вдосконалення)

В основі схеми ієрархії потреб лежить припущення, що домінуючі потреби, розташовані внизу, повинні бути більш-менш задоволені до того, як людина може усвідомити наявність і бути мотивованим потребами, розташованими вгорі. Отже, потреби одного типу повинні бути задоволені, перш ніж інша, розташована вище, потреба проявиться і стане діючою. Задоволення потреб, розташованих внизу ієрархії, уможливорює усвідомлення потреб, розташованих вище, і їх участь у мотивації. Чим вище людина може піднятися в цій ієрархії, тим вищу індивідуальність, людські якості і психічне здоров'я він продемонструє.

Для задоволення своїх потреб ми постійно повинні бути в контакт з зонами свого зовнішнього і внутрішнього світу. Ми відповідаємо на свої внутрішні потреби, коли п'ємо, відчуваючи спрагу. Ми відповідаємо на свої зовнішні потреби, коли одягаємо теплий одяг, відчуваючи холод.

У невротиків ця саморегулююча рухливість кордонів порушується, і індивідуум стикається з цілим клубком не до кінця сформованих та незавершених гештальтів.

Неврози, на думку Перлза, виникають в результаті зосередження особистості на середній зоні за рахунок виключення подій, що відбуваються у внутрішній і зовнішній зонах. Ця середня зона - зона фантазій - несе в собі незавершені гештальти з минулого, а оскільки деструктивна природа цих гештальтів проявляється в сьогоденні, то невротика важко жити в цьому сьогоденні. Коріння неврозу лежить в тенденції фантазувати і інтелектуалізувати там, де треба просто усвідомити сьогодення.

В основі всіх порушень лежить обмеження здатності індивіда до підтримання оптимальної рівноваги з середовищем, порушення процесу саморегуляції організму. У результаті порушення взаємодії між особистістю та її оточенням, енергія, необхідна для задоволення потреб і для самореалізації, виявилася розсіяною або помилково спрямованою, тобто контакт із середовищем був перерваний.

Переживання - це такий універсальний спосіб взаємодії людини з середовищем. У цьому сенсі почуття - це цілісний сигнал про ставлення потреби і середовища. Для того, щоб переживати, організм повинен підтримувати в собі певний рівень збудження, необхідний для виявлення в середовищі предмета потреби. Але, на жаль, людський організм має здатність не тільки до саморегуляції, а й до самоманіпуляції. Самоманіпуляція - це спосіб припинити нормальний цикл виявлення і задоволення потреби. Це буває, коли людина виявляє заборонені або хворобливі відчуття, не виявляє почуттів взагалі і, відповідно, не може зорієнтуватися, вважає, що потреба повинна задовольнятися іншими людьми або направляє свої почуття й імпульси переживань не на середовище, а на себе. Уникаючи виявлення цих почуттів, людина намагається, як би не впізнавати дорожні знаки. Так відбувається переривання контакту із середовищем.

Випадок з практики 1. Віра, 40 років, фармацевт. Причина звернення - загальне невдоволення життям, собою, «ніщо не радує», депресивний фон настрою, втома, астения, непояснена образа на близьких, співробітників. Всі ці скарги на тлі благополучних відносин з люблячим чоловіком, успішності дочки-студентки, стабільної добре оплачуваної роботи чоловіка та своєї власної, теплих стосунків із батьками. Клієнтка виявилася досить підкованою в психологічному сенсі й прийшла з готовою гіпотезою про те, що з нею відбувається: криза середини життя, підведення підсумків, хоча тут же дивувалася, життя в принципі вдалося, все склалося, більшого начебто й не треба. Так, спочатку було важко: алкогольна залежність чоловіка, необхідність багато працювати, щоб прогодувати сім'ю, необхідність наймати репетиторів для дочки, вищу освіту сама вона отримала вже в зрілому віці, й тому дуже багато тривоги було пов'язано з навчанням та успішністю дочки - «щоб все було гідно». Але зараз все ж добре! Щоправда, як з'ясувалося, Віра дуже втомлюється, тому що багато працює, причому не за отриманою досить недавно спеціальністю, хоча вона їй і подобалася. Чому? Ну, ця робота з низьким заробітком, та й пізно вже в такому віці напрацьовувати досвід, повагу співробітників, та й які досягнення вже можуть бути ...

У процесі терапії ми прийшли до усвідомлення клієнткою істинної потреби, яка керувала її діяльністю і стояла на шляху до самореалізації та особистісного розвитку - потреба в безпеці та захисті. Довгі роки, будучи єдиним годувальником сім'ї, відчуваючи тривогу і занепокоєння, пов'язані зі стабільністю робочого

місця, високим рівнем зарплати, Віра відчувала себе в безпеці тільки багато працюючи, причому прагнення бути постійно зайнятою носило компульсивний характер, сидючи «без діла», вона втрачала спокій, відчувала тривогу; вибір сфери діяльності був пов'язаний лише з рівнем зарплати, задоволення від своєї роботи вона не отримувала.

У процесі терапії були використані техніки, спрямовані на розвиток усвідомлення, концентрацію уваги на почуттях, на прийнятті відповідальності. Результатом роботи стало усвідомлення клієнткою того, що життєво важливої необхідності працювати багато і на роботі, яка не подобається, немає, що ця діяльність була результатом задоволення базової потреби в безпеці, причому ця потреба давно відпала так, як чоловік Віри добре заробляв, більше того, чоловік навіть наполягав на тому, щоб дружина зайнялася улюбленою роботою, тому що її глобальне незадоволення життям діяло гнітюче на всю сім'ю. Усвідомлення і задоволення базової потреби в безпеці дало можливість усвідомити потребу більш високого порядку - потреба у розвитку індивідуальності, реалізації свого потенціалу. Усвідомлення дійсної потреби сталося, вибір за клієнткою: невисна, але високооплачувана робота або улюблена робота, що дозволяє реалізувати себе, але з невеликою зарплатою. У будь-якому випадку це буде усвідомлений вибір і прийняття відповідальності за нього.

У даному випадку ми маємо справу з інтроекцією - людина докладає замало зусиль для усвідомлення своїх потреб, світ навколо неї змінився, але вона використовує енергію не на зміну ситуації, а на підтримку засвоєних цінностей, можливість свого вибору втрачена, почуття нейтралізуються, з нового досвіду виділяється лише те, що відповідає минулому досвіду, гіркота накопичується і лише звільнившись від неприйнятного людина приходить до усвідомлення дійсного бажання.

Випадок з практики 2. Ольга, 35 років, юрист, перша освіта - хореограф. Причина звернення - алкогольна залежність, вірніше звернувся чоловік - «зробить так, щоб не пила». У цих відносинах проглядався класичний трикутник «жертва-агресор-рятувальник»: засуджуючий чоловік, дружина що відчуває провину, чергова лікарня (екстрасенс, бабка, нарколог), запій, розбита машина, покупка нової: «не може ж моя дружина бути без машини!» і т.д. Заміж вийшла в 19 років, чоловік старший на 15 років: «він мені все - батько, друг, чоловік». Мати померла від алкоголізму в сорок з невеликим, батько контролюючий, авторитарний, в дитинстві з братом намагалися впоратися з алкоголізмом матері, ховали пляшки, цигарки: «було дуже соромно, що у мене така мати». Як з'ясувалося, проблеми у відносинах в сім'ї з'явилися задовго до розвитку залежності, Ольга страждала від постійної критики чоловіка, принижень, образ, фізичного насильства, всі рішення в їх житті приймав чоловік, звинувачуючи одночасно дружину в безсиллі, інфантилізмі. Вона повністю підпорядковувалася його бажанням, бачила

себе його очима, навчалася маніпулятивним способам отримувати увагу та любов, всіляко демонструвала свою безпорадність і раділа, що за чоловіком «як за кам'яною стіною». Однак «дівчинка» виросла, їй стало тісно в цих рамках відносин, чоловіка дратувала її роль «ще однієї дитини», він вимагав дорослішання і, в той же час відмовляв у праві мати свою думку, приймати рішення за себе. На прохання озвучити свої бажання, вона відповіла - «хочу бути йому потрібною, як повітря!». Ольга не мислила себе поза цих відносин, реалізувати себе хотіла лише в тій сфері, де працював її чоловік, вся її поведінка, бажання, думки були пов'язані лише з ним.

У процесі терапії, використовуючи техніки з подолання опору, прийняття відповідальності, інтеграції полярностей, роботи з фантазією, Ольга прийшла до усвідомлення механізму захисту - злиття, коли немає різниці між «Я» і «не-Я», відмінностей між фігурою і фоном, немає фігури власної потреби. Потреба в безпеці та захисті через злиття відносин зі значущим іншим вступила в конфлікт з потребою дорослішання, суверенності, розвитку індивідуальності. У даному випадку залежність виконувала функцію «стабілізатора» системи, коли доросла особистість уникає прийняття відповідальності за своє життя, штучно стає безпорадною з тим, щоб інший подбав про неї, відповідальність за своє життя повністю передається іншому, людина повністю відмовляється від своїх бажань, цілей, прагнень, партнер використовується як джерело всього необхідного, як спосіб вижити. На запитання: «А що станеться, якщо завтра ваш чоловік помре?» Ольга не замислюючись, відповіла: «Нічого, буду жити!». Ця відповідь потрясла її до глибини душі - але ж вона зможе жити і без нього! Цілком можливо, що це початок сепарації, перший крок на шляху розвитку свого «Я».

У питаннях залежності розмова ніколи не йде про повне «одужання», це приклад використання технік гештальт-терапії для усвідомлення своїх потреб, дійсних мотивів своєї діяльності, конфлікту полярних тенденцій: реалізація та ідентифікація свого «Я» та злиття, розчинення своєї психологічної території в його території.

Література:

1. Асмолов А. Психологія особистості, М.: Сене, 2007
2. Малкіна-Пих Довідник практичного психолога, М.: Ексмо 2008
3. Маслоу А. Психологія буття
4. Орлов Ю.М. Сходження до індивідуальності, М.: Просвещение, 1991
5. Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлін Р. Практикум по гештальт-терапії. М.: Видавництво Інституту психотерапії, 2001.

САМОРЕАЛИЗАЦИЯ И ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

И.Ю. Стойков

Данная статья была написана с целью показать возможности использования техник терапии гештальта в консультировании пациентов в кризисных состояниях, с нарушениями адаптации, с зависимостями, с пограничными состояниями с целью выявления нереализованных потребностей потенцирование изменений клиента, его самореализации.

Ключевые слова: аутентичная личность, ответственность, самореализация, саморегуляция, индивидуальность, гештальт, потребность, предел контакта, прерывания контакта, осознания, слияния, интроекция

REALIZATION AND GESTALT THERAPY

I.U. Stojkov

This article was written with the purpose to show the possibility of use technic of gestalt therapy in advising of patients in the crisis states, with violations of adaptation, with dependences, with the frontier states with the aim of exposure of the unrealized necessities потенціювання of changes of client, his self-realization.

Keywords: authentic personality, responsibility, self-realization, self-regulation, individuality, gestalt, necessity, limit of contact, interruption of contact, realization, confluence, introjection

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ НАРИС

УДК 616.89:616.89 (09)

П.Т. Петрюк¹, А.П. Петрюк²
**ТВОРЧЕСКИЙ ПУТЬ И НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ ПРОФЕССОРА
Н.П. ТАТАРЕНКО (к 110-летию со дня рождения)**

Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц
с проблемами психики, г. Харьков¹

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины²
Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача)²

Ключевые слова: профессор Н.П. Татаренко, биографические данные, воспоминания современников, научный задел

*Не знать истории – значит всегда быть ребенком.
Цицерон Марк Туллий*

Нина Павловна Татаренко (1900–1986) – известный украинский психиатр, представитель патофизиологического направления в психиатрии, ученица и последовательница академика АН УССР В.П. Протопопова, научные труды которой в области клиники и патофизиологии психозов получили широкую известность в нашей стране и за рубежом, много сделавшая для подготовки большого количества научно-педагогических кадров и практических врачей-психиатров [1, 3, 4, 6, 7, 9-12, 15, 18, 21].

Н.П. Татаренко родилась 23 ноября 1900 года в г. Богучар Воронежской области в семье служащих, социальное происхождение которых, как отмечала сама Нина Павловна, было следующее: отец из крестьян, а мать из мещан. После успешного окончания Валуйской женской гимназии Нина Павловна поступила в Харьковский медицинский институт, где в то время кафедрой психиатрии с 1917 по 1922 годы заведовал ученик В.М. Бехтерева – профессор К.И. Платонов – крупнейший специалист в области неврозов и психотерапии, автор известной монографии «Слово как физиологический и лечебный фактор» (1930), а с 1923 года кафедру возглавил известный ученый, ученик В.М. Бехтерева и И.П. Павлова, академик В.П. Протопопов, автор фундаментальных исследований в области физиологии и патофизиологии высшей нервной деятельности, патофизиологии шизофрении и маниакально-депрессивного психоза [3, 18].

Несомненно, что эти два выдающихся ученых-психиатра повлияли на выбор специальности и научного направления Н.П. Татаренко.

В 1924 году Нина Павловна окончила лечебный факультет Харьковского медицинского института и после полугодового общего стажа как врача-стажера в Черноморской больнице г. Новороссийска начала работать в качестве врача-стажера-психиатра в Советской психоневрологической больнице № 4 им. Я.М. Свердлова (так в то время решением Харьковского губисполкома № 55 от 30.03.1919 года была переимено-

нована Сабурова дача – ныне Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3). С 1925 по 1928 годы Н.П. Татаренко была аспирантом кафедры психиатрии Харьковского медицинского института, которой заведовал академик АН УССР В.П. Протопопов. Уже тогда она проявила большой интерес к психиатрии и стремление к научно-исследовательской деятельности.

После окончания аспирантуры Нина Павловна на протяжении многих лет работала заведующей острым приемным психиатрическим отделением и была ассистентом Украинского государственного института клинической психиатрии и социальной психогигиены, который был создан в 1926 году по инициативе профессора В.П. Протопопова путем реорганизации Харьковской психиатрической больницы (Сабуровой дачи) [8, 18].

В 1932 году на базе Сабуровой дачи из двух учреждений – Украинского института клинической психиатрии и социальной психогигиены и Украинского психоневрологического института, а также психоневрологического факультета Харьковского медицинского института была организована Украинская психоневрологическая академия, в состав которой входило 5 институтов: клинической психоневрологии, состоящей из 10 клиник; экспериментальной психоневрологии в составе 13 лабораторий; детской психоневрологии; социальной психоневрологии с самостоятельным сектором психологии в составе отдела общей и генетической психологии и отдела клинической психологии; институт психоневрологических кадров, состоящий из Вуза, рабфака при нем, техникума и курсов для санитаров. Помимо этого, институт психоневрологических кадров руководил подготовкой аспирантов и делом усовершенствования врачей-психоневрологов [1, 2]. Кроме этого, в состав Украинской психоневрологической академии, входила также психиатрическая больница (12 отделений) с 700 коечным фондом и сельскохозяйственная лечебно-трудовая психиатрическая

колония в с. Стрелечье Липецкого района (ныне Харьковского района) Харьковской области на 300 коек.

В Украинской психоневрологической академии Н.П. Татаренко работала старшим ассистентом (1932-1935), а затем старшим научным сотрудником данной академии, а в последующем – после 1937 года старшим научным сотрудником Украинского научно-исследовательского института (1935-1941), при этом одновременно заведовала клиникой института и была консультантом его научной части. В 1935 году и 1941 году Нина Павловна временно заведовала кафедрой психиатрии Полтавского медицинского института, а в 1938-1939 годах была научным руководителем Игринской психиатрической больницы [10, 14, 18].

В 1936 году ВАК при Совете Министров СССР утвердила Н.П. Татаренко в ученой степени кандидата медицинских наук без защиты диссертации по совокупности научных работ (до утверждения ею было опубликовано 13 фундаментальных исследовательских работ).

В период Второй мировой войны Нина Павловна находилась в эвакуации в г. Кызыл-Орда Казахской ССР, где заведовала военно-экспертным отделением Республиканской психиатрической больницы и являлась консультантом военного госпиталя. После освобождения г. Харькова и реэвакуации Н.П. Татаренко заведовала психиатрической клиникой Украинского научно-исследовательского психоневрологического института (1943-1945) [10, 18].

31 июля 1945 года Н.П. Татаренко, уже известный клиницист и патофизиолог, после проведенного конкурса была назначена на должность заведующей кафедрой психиатрии Черновицкого государственного медицинского института. Нина Павловна за короткое время сумела организовать учебную, научную и лечебную работу. Под ее руководством и при ее личном участии осуществлялось становление психиатрической помощи региона. Основное внимание она обращала на подготовку врачей-психиатров, их усовершенствование, предоставление консультативной помощи душевнобольным. Основными научными направлениями кафедры были исследования патофизиологических механизмов развития психопатологических явлений у больных эндогенными и экзогенными психозами, психозами позднего возраста.

В 1947 году Н.П. Татаренко защитила докторскую диссертацию «К психопатологии фантомных явлений у свежеемпутированных», в 1948 году была утверждена в ученом звании профессора, а в 1951 году Нина Павловна была избрана на должность заведующей кафедрой психиатрии Харьковского государственного медицинского института [4, 10, 18, 21].

После переезда в г. Харьков, Нина Павловна заведовала кафедрой психиатрии медицинского института и по совместительству работала в должности заместителя директора по научной части Украинского научно-исследовательского психоневрологического института (1953-1954 годы до отъезда в специальную команди-

ровку на 6 месяцев). В 1954 году Н.П. Татаренко была командирована на работу в Венгерскую академию наук в качестве советника по вопросам учения И.П. Павлова с целью распространения его идей в психиатрии. В течение 1941-1978 годов Н.П. Татаренко была сотрудником Харьковского научно-исследовательского института неврологии и психиатрии, где вела большую научную работу [10].

В своей научной деятельности Н.П. Татаренко – всегда ученица и последователь академика АН УССР В.П. Протопопова.

Ее научные интересы обширны и многогранны: она разрабатывала проблемы шизофрении, фантомных явлений, острых сосудистых психозов, ипохондрических и навязчивых состояний, диэнцефальных расстройств, боли и т.п. В послевоенные годы внимание Нины Павловны было сосредоточено на методах исследования высшей нервной деятельности в психоневрологической клинике. Ею был выполнен целый ряд работ, посвященных патофизиологическому анализу психопатологических явлений. Большой вклад она внесла также в организацию психиатрической помощи [10].

Все научные работы, выполненные профессором Н.П. Татаренко, могут быть разделены на 3 группы: 1) клинко-экспериментальные исследования; 2) клинические работы; 3) работы, посвященные вопросам лечения психозов и организации психоневрологической помощи.

Первые клинко-экспериментальные исследования Нины Павловны были посвящены вопросам условно-рефлекторных механизмов при шизофрении и старческих психозах. Следует подчеркнуть, что первая научная работа Н.П. Татаренко «Рефлекторные механизмы у шизофреников» (1928), посвященная патофизиологии высшей нервной деятельности при шизофрении, является классической и относится к тем работам, которые закладывали основы павловского направления в советской психиатрии. Необходимо помнить, что это было в то время, когда в отечественной психиатрии господствовали идеалистические антинаучные направления [18].

В последующем Ниной Павловной был предложен и разработан новый принцип исследования, при котором состояние и динамика безусловных рефлексов является показателем состояния основных нервных процессов в коре головного мозга. Теоретическим основанием для этого принципа исследования послужило положение И.П. Павлова о высокой кортикализации ориентировочного рефлекса и о корковой природе его угасания, что и позволило использовать данные о динамике различных компонентов ориентировочно-рефлекса (зрачкового и сосудистого) для суждения о состоянии обеих основных процессов в коре головного мозга.

Достоинством клинко-экспериментальных работ Н.П. Татаренко и ее сотрудников является комплексность изучения больного, выражающаяся в одновре-

менном, а в ряде случаев и одномоментном исследовании условных и безусловных рефлексов. Эта комплексность исследования позволила, с одной стороны, значительно расширить «патофизиологическую канву» клиники психопатологической картины, и, с другой стороны, вооружила врача-психиатра лабораторными методами оценки состояния динамики болезни и выздоровления, что дало возможность корректировать лечебный процесс.

Большинство клинических работ Нины Павловны посвящены наименее изученным вопросам психиатрии и пограничным с ней другим нейронаукам. В этих работах представлены не только уточнение старых или описание новых клинических факторов, но и впервые сделаны попытки патофизиологической трактовки этих данных.

Так, в работах о расстройствах речи у больных шизофренией Н.П. Татаренко указывала на связь этих расстройств с состоянием процессов торможения. В работе о реактивных психозах механизм их возникновения Нина Павловна целиком трактовала на основе учения о неврозах И.П. Павлова, а особенности клинической картины связывала с состоянием процессов торможения, фазовыми явлениями, возникновением «больших пунктов» в коре головного мозга и другими механизмами.

В работе об онейроидных состояниях профессор Н.П. Татаренко дала тщательное описание клиники этих состояний и провела анализ клинической картины с точки зрения учения о гипнотических фазах. Ряд научных работ посвящен ипохондрии, где указывается на роль процессов инертности в механизме образования этих состояний и их сходство с навязчивыми явлениями и паранойей, как клиническими проявлениями процессов застойности в центральной нервной системе. Немало работ посвящено вопросу изучения патофизиологических механизмов отдельных симптомов при шизофрении, в частности, различным формам нарушения сознания, трактуемым наличием гипноидных фаз.

Последующая научно-исследовательская деятельность Н.П. Татаренко отражала ее стремление творчески развивать учение И.П. Павлова в области психиатрии, т.е. патофизиологическое направление.

В докторской диссертации о фантомных болях у свежеемпутированных Нина Павловна впервые дала достаточно полный клинический и патофизиологический анализ и классификацию фантомных явлений, имеющих большое теоретическое и практическое значение. В этом труде впервые представлена патофизиологическая теория фантома, рассматривающая последний, как результат инертности тормозного процесса соответствующих анализаторов коры головного мозга, а также дана обстоятельная критика порочных теорий «учения о схеме тела» [18].

В послевоенные годы, когда вопросы фантомных явлений были одной из самых актуальных проблем советской медицины в части ликвидации санитарных

последствий войны, Н.П. Татаренко опубликовала монографию «К психопатологии и патофизиологии фантома свежеемпутированных» (1952), где в развернутом виде дала патофизиологическую трактовку фантому и наметила пути терапии [16].

Большой интерес представляют научные работы Нины Павловны, посвященные вопросам лечения психозов и организации психоневрологической помощи. Эти работы касаются лечения шизофрении и пресенильных психозов длительным сном, в которых поставлен ряд принципиальных вопросов, относящихся к уточнению рационального патофизиологического обоснования и дифференциации этого метода лечения. Ряд работ составляют группу, в которой освещены актуальные вопросы трудовой терапии психозов и вопросы организации трудовых профилакториев.

Научная деятельность профессора Н.П. Татаренко была высоко оценена в докладе на Объединенной сессии двух академий А.Г. Ивановым-Смоленским, который подчеркнул, что «нельзя не отметить исключительное внимание к павловскому учению применительно к задачам клиники со стороны украинских психиатров В.П. Протопопова, К.И. Платонова, Е.А. Попова и Н.И. Татаренко» [18].

Перу Нины Павловны принадлежат 139 научных работ, в том числе монография и учебник, а именно: «Рефлекторные механизмы у шизофреников» (1928), «О нарушении условно-рефлекторной деятельности у больных старческим психозом» (1934). «Опыт работы трудового профилактория Соцстраха для психически больных» (1934), «К проблеме регуляции высшей моторики у шизофреников» (1934), «Роль «эндогенных» факторов в экзогенном психозе» (1935), «Афазиеподобные нарушения речи у шизофреников» (1938), «Опыт анализа шизоидных реактивных психозов» (1940), «К патофизиологии и теории фантомных явлений у ампутантов» (1945), «Об акрихиновых психозах» (1946), «К патофизиологическому обоснованию психопатологии шизофренических состояний» (1947), «К психопатологии синдромов, связанных с состоянием инертного возбуждения» (1951), «К психопатологии и патофизиологии фантома свежеемпутированных: Монография» (1952), «О развитии идей И.П. Павлова в психиатрии» (1952), «К теории и практике лечения длительным прерывистым сном в психиатрической клинике» (1953), «Психіатрія: Підручник» (1971), «Некоторые вопросы патогенеза и клиники неврозов» (1974), «Клинико-физиологические обоснования психотерапии дизэнцефального синдрома» (1978), «Исследование некоторых физиологических механизмов у больных шизофренией при острых состояниях, ремиссиях и рецидивах» (1978) и другие [18, 16-20].

Мне, – вспоминает профессор Н.И. Стрельцова, – пришедшей на кафедру психиатрии Харьковского медицинского института, в 1-ю психиатрическую клинику, тогда возглавляемую профессором Е.А. Поповым, а позже заслуженным деятелем науки, профессором Н.П. Татаренко, под руководством которой я про-

работала 18 незабываемых лет, вспоминаются традиции школы, восхищают приёмы обучения и воспитания «будущей смены», как любила говорить, Н.П. Татаренко. Не только лекции, практические занятия на кафедре, клинические разборы в 1-й психиатрической клинике, общепольничные, консультации в диспансерах и других психиатрических учреждениях, которые никто тогда не пропускал, а повседневное общение с профессором Н.П. Татаренко, доцентом В.В. Наумовой, ассистентами Г.В. Кобец, В.Е. Литвиновой и другие учили нас и формировали профессионалами. Молодёжь была закреплена за опытными кураторами, контролировалась, делались замечания, корректировалась наша деятельность. Прививалась любовь к психиатрии, бескорыстное служение такой сложной и в то же время самой гуманной из всех медицинских наук – психиатрии. Осуществлялась живая связь между корифеями психиатрии, которых хорошо знала Нина Павловна, и нами, которые не могли их знать. Н.П. Татаренко вспоминала и рассказывала нам о психиатрических съездах, конференциях, сессиях НИИ психиатрии, о научных направлениях, тематике, отдельных докладах, высоких личностных достоинствах учёных. Нам казалось, да и сейчас в воспоминаниях создаётся впечатление, что мы знали А.С. Кронфельда, Ю.В. Каннабиха, В.П. Осипова, Т.И. Юдина, М.О. Гуревича, М.Я. Серейского, Е.А. Краснушкина и многих других. С В.П. Протопоповым нас познакомила Н.П. Татаренко на одной из конференций в г. Харькове, с В.А. Гиляровским и О.В. Кербиковым – в г. Москве [15].

Незабываемыми были заседания Харьковского научно-медицинского общества невропатологов и психиатров под руководством профессоров Г.Д. Лещенко и Н.П. Татаренко. Дискуссии, доказательства, активное участие в них врачей-психиатров и невропатологов, апробации диссертационных работ, новинки психиатрических публикаций и др.

Профессор Н.П. Татаренко была учителем с большой буквы. Учитывая индивидуальные возможности учеников, она формировала из них клиницистов и исследователей. Под её руководством выполнено большое количество, как уже отмечалось выше, диссертаций. Темы диссертаций были актуальны тогда и не потеряли своей актуальности теперь. Проблема исследовалась одновременно в разных аспектах учениками профессора Н.П. Татаренко. Это действительно являлось школой. Рождалась идея, рождались новые методические подходы, разрабатывались новые методики исследования и, конечно же, всё это изучалось на убедительном по достоверности клиническом материале. Организовывались конкурсы на лучшую историю болезни. Во всей деятельности акцент ставился на том, что «ты – врач» [15].

Н.П. Татаренко – талантливый воспитатель врачебных, научных и педагогических кадров. Среди наиболее близких учеников профессора Н.П. Татаренко следует назвать А.Т. Филатова, Н.И. Погибко, Н.И. Стрельцову, К.В. Кравченко-Михайлову, Н.К. Липгарт,

А.Д. Таранскую, И.К. Сосина, П.И. Коваленко, Н.Э. Телешевскую, В.Л. Гавенко, С.И. Павловского, В.В. Наумову, Г.В. Кобец, В.Е. Литвинову, Г.А. Самардакову, Н.С. Колесниченко-Толстую, З.Н. Болотову, А.Г. Петрову, З.Г. Ус, В.П. Линского, А.Е. Либермана, Б.А. Кувшинова, Г.С. Ромась, В.А. Стефановского, Л.Б. Савицкую, В.И. Долинского, Э.И. Гольберга, О.Ф. Бледнову, Г.Г. Рождественскую, Е.Н. Кабаченко, С.Л. Рак, А.Л. Гусова, Л.А. Доленко, Н.И. Протасевич, Л.И. Ревва и многих других [5, 15].

Н.П. Татаренко подготовила 6 докторов и 33 кандидатов медицинских наук, более 40 аспирантов и клинических ординаторов. Ее ученики возглавили кафедры психиатрии и отделы научно-исследовательских институтов в разных городах стан СНГ, где успешно продолжают развивать идеи своего учителя.

Нина Павловна всегда вела активную общественную работу – избиралась депутатом Верховного Совета СССР и Черновицкого городского Совета. Она была также заместителем председателя правления Харьковского научно-медицинского общества невропатологов и психиатров, членом правления Украинского и Всесоюзного обществ невропатологов и психиатров. В течение многих лет Н.П. Татаренко являлась членом редакционного совета «Журнала невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова».

За многолетнюю плодотворную научную, педагогическую, врачебную и общественную деятельность Н.П. Татаренко было присвоено почетное звание Заслуженного деятеля науки СССР, а также заслуги Нины Павловны отмечены высокими правительственными наградами – орденом Трудового Красного Знамени, медалями «За доблестный труд в Великой Отечественной войне», «За доблестный труд в ознаменование 100-летия со дня рождения Владимира Ильича Ленина», знаком «Отличник здравоохранения» и другими.

Необходимо отметить, что Н.П. Татаренко в 1927 году была членом Харьковской рабочей делегации для поездки в г. Москву на празднование 5-летия Конституции СССР, а в 1953 году Ученым Советом Украинского научно-исследовательского психоневрологического института Нина Павловна выдвигалась кандидатом в члены-корреспонденты АМН СССР.

Н.П. Татаренко хорошо знала немецкий и французский языки. Свободно читала на английском языке специальную литературу.

Н.П. Татаренко оказывала большую помощь врачам психоневрологических и психиатрических учреждений Украины. Под ее руководством проводились республиканские научные конференции, декадни и совещания по вопросам организации психоневрологической помощи в Украине. Являлась блестящим лектором, Нина Павловна часто выступала с докладами и лекциями, популяризировала среди широких врачебных кругов и среди населения физиологическое учение И.П. Павлова, которое в Харьковской психиатрической школе развивалось творчески (а не опошлено и вульгаризировано как в 50-х годах) – успешно сочета-

лось учение И.П. Павлова с современными биохимическими направлением в психиатрии [5].

Умерла Н.П. Татаренко 25.02.1986 года, ее прах покойся на одном из кладбищ г. Харькова.

Профессор Н.П. Татаренко, несомненно, внесла большой вклад в развитие медицинской науки Украины. Ее принципиальность, целеустремленность, широта научных интересов и оригинальность мышления, добросовестность, настойчивость в труде являются хорошим примером для молодежи, которая посвятила себя психиатрической науке. Вне сомнения, творческая биография и научное наследие Нины Павловны имеют большой интерес для истории как отечественной, так и мировой науки и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

Литература:

1. Волошин П.В. История Украинского научно-исследовательского института клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) под общ. ред. И.И. Кутько и П.Т. Петрюка. Т. 1. – Х.: Б.и., 1994. – С. 3-7.
2. Волошин П.В., Марута Н.О. 25-річчя відновлення власних клінік і лабораторій бази Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України // Укр. вісник психоневрології. – 2004. – Т. 12. – Вип. 1 (38). – С. 6-9.
3. Гавенко В.Л., Бачеригов Н.Е., Самардакова Г.А., Смыков А.В. Роль и место кафедры психиатрии ХМИ в истории развития психиатрии на Украине // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) под общ. ред. И.И. Кутько и П.Т. Петрюка. Т. 1. – Х.: Б.и., 1994. – С. 40-42.
4. Дічук І.П. До історії кафедри психіатрії Чернівецького медичного інституту // Там же. – С. 44-45.
5. Корнетов А.Н. Основные аспекты истории украинской психиатрии // Там же. – С. 69-70.
6. Крижанівський О.В., Крижанівська Л.О. Видатний вклад школи академіка В.П. Протопопова в розвиток української психіатрії // Там же. – С. 78-80.
7. Кузнецов В.Н. Патологическая школа академика В.П. Протопопова в украинской психиатрии // Там же. – С. 82-85.
8. Кутько И.И., Козидубова В.М., Петрюк П.Т. К истории организации Украинского государственного института клинической психиатрии и социальной психогигиены // Там же. – С. 95-97.
9. Кутько И.И., Петрюк П.Т., Петрюк А.П. Профессор Нина Павловна Татаренко – известный отечественный психиатр // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2005. – № 2 (8). – С. 148-152.
10. Нина Павловна Татаренко (К 80-летию со дня рождения) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова – 1981. – Т. 81. – № 6. – С. 936-937.
11. Петрюк П.Т., Петрюк А.П. Профессор Нина Павловна Татаренко – известный украинский психиатр, представитель патофизиологического направления в психиатрии (К 105-летию со дня рождения) // Психічне здоров'я. – 2005. – № 4 (9). – С. 81-85.
12. Петрюк П.Т., Петрюк О.П. Академік Віктор Павлович Протопопов – видатний вітчизняний психіатр і фізіолог, відомий засновник патофізіологічного напрямку в психіатрії (До 125-річчя з дня народження) // Укр. вісник психоневрології. – 2005. – Т. 13. – Вип. 1 (42). – С. 123-127.
13. Психіатрія: Підручник / За заг. ред. Н.П. Татаренко. – К.: Вища школа, 1971. – 324 с.
14. Сонник Г.Т., Денек А.Г., Мильявский В.М., Насонов С.И., Шульга А.И. Из истории психиатрии на Украине: Полтавская и Харьковская психиатрические больницы // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) под общ. ред. И.И. Кутько и П.Т. Петрюка. Т. 1. – Х.: Б.и., 1994. – С. 128-130.
15. Стрельцова Н.И. К истории городской клинической психиатрической больницы № 15 г. Харькова (из воспоминаний) // История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Харьков: Б.и., 1996. – Т. 3. – С. 93-96.
16. Татаренко Н.П. К психопатологии и патофизиологии фантома свежеемпутированных – К.: Госмедиздат УССР, 1952. – 155 с.
17. Татаренко Н.П. Некоторые вопросы патогенеза и клиники неврозов // Неврозы – Х., 1974. – С. 104-106.
18. Татаренко Нина Павловна: Личное дело № 1487 Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (начато 18.11.1953г., окончено 24.03.1962 г.). – Х. – 45 с.
19. Татаренко Н.П., Липгарт Н.К. Клинико-физиологические обоснования психотерапии дизэнцефального синдрома // Врачебное дело. – 1974. – № 7. – С. 103-106.
20. Татаренко Н.П., Гусов А.Л., Павловский С.И. Исследование некоторых физиологических механизмов у больных шизофренией при острых состояниях, ремиссиях и рецидивах // Неврология и психиатрия. – Вып. 7. – К., 1978. – С. 70-72.
21. Харківський інститут удосконалення лікарів: До 75-річчя заснування / Ред. колегія: М.І. Хвисько, Б.М. Даценко, В.С. Кутько та ін. – Х.: Фоліо, 1998. – С. 37-39.

ТВОРЧИЙ ШЛЯХ І НАУКОВА СПАДЩИНА ПРОФЕСОРА Н.П. ТАТАРЕНКО (до 110-річчя з дня народження)

П.Т. Петрюк, О.П. Петрюк

На основі джерел спеціальної літератури приведені нові біографічні дані і спогади сучасників про професора Н.П. Татаренко – відомого українського психіатра, представника патофізіологічного напрямку в психіатрії, яка своїми науковими здобутками внесла вагомий внесок в розвиток української психіатричної школи.

Ключові слова: професор Н.П. Татаренко, біографічні дані, спогади сучасників, науковий доробок

CREATIVE WAY AND SCIENTIFIC LEGACY OF PROFESSOR N.P. TATARENKO (to 110-th anniversary)

P.T. Petryuk, O.P. Petryuk

On the basis of sources of the special literature new biographic information and flashbacks of contemporaries is resulted about a professor N.P. Tatarenko – the known Ukrainian psychiatrist, representative of patophysiological direction in psychiatry, which brought in ponderable scientific achievements to development of Ukrainian psychiatric school.

Keywords: professor N.P. Tatarenko, biographic information, flashbacks of contemporaries, scientific reserve

ДИСКУСІЙНИЙ КЛУБ

Семен Глузман ОТ БЕЗРАЗЛИЧИЯ К ЖЕСТОКОСТИ

Достаточно часто общаюсь с тюремными психологами и психиатрами. В том числе и с теми, кто работает с несовершеннолетними заключенными. Выслушиваю леденящие кровь истории. Не только о совершенных детьми преступлениях. Еще более впечатляют жизнеописания этих детей, разрушенных собственной семьей, нравственно искалеченных собственными родителями. Не получивших своевременно психологической поддержки и банальной социальной помощи. А иногда и помощи психиатра и нарколога. Антисоциальное поведение, преступление — лишь следствие.



В европейской стране, рассуждающей о желании вступить в Европейский Союз, нет реальной социальной политики, нет социальной помощи «не таким» гражданам, нет ни одного судебного психиатра, адекватно образованного в очень специфическом поле детской психиатрии, ни одного врача, имеющего право считать себя специалистом в сфере детской наркологии, ни одного места, где возможно легально и эффективно лечить или реабилитировать подростков, погрузившихся в хронический алкоголизм и иные зависимости...

Так мы живем. Такие мы европейцы. Ныне покойное Министерство по делам семьи, молодежи и спорта предпочитало заниматься здоровыми детьми, министерство труда и социальной политики имело свои ограничения в работе с клиентами-детьми. А результат — дети в тюрьмах и колониях. Страшные, жестокие дети, говоря откровенно. Но наши с вами дети, украинские.

И вот, в стране начались разговоры о необходимости внедрения в правовую систему института ювенальной юстиции. Я видел, как работает этот институт в Великобритании, Нидерландах, Швейцарии. Хорошо работает, умно, эффективно, спасая детей и их семьи. Работает комплексно, мультидисциплинарными усилиями помогая сохранить семью, удержать ребенка от необратимых антисоциальных поступков. И я понял, в чем состоит успех этой системы. Собственно юстиция — специально подготовленный судья с приданным ему аппаратом — занимает в этой системе незначительное место. Хотя формально главенствующее. Цель системы — сохранить семью и ребенка в ней! И занимаются этим многочисленные социальные работники, психологи и в отдельных случаях врачи. Те самые семейные врачи, которых у нас все еще нет, увы. И лишь в особых случаях — психиатры. Детские психиатры. И, знаете ли, никаких наркологов, поскольку такой отдельной профессиональной

группы в цивилизованных странах нет, только лишь психиатры.

Прекрасно понимаю: формально введенный в практику институт ювенальной юстиции пользы не принесет. Ну, обучат сотню судей премудростям судебного процесса с несовершеннолетними... А результата, увы, не будет. Потому что нет ни социальных работников, ни специальных психологов, ни экспертов-психиатров, знающих проблематику. Ничего нет. И думать над этой серьезнейшей проблемой необходимо сейчас, четко осознав: сама по себе ювенальная юстиция как сугубо правовой институт не имеет смысла. Разве что десяток-другой диссертантов появится.

А пока все невесело. Вокруг проблемы жестко и бездоказательно «жируют» неудачливые политики, ищущие популярности любой ценой. И всегда готовые драться «без правил» наши мрачные крайние, давно и уверенно знающие главного врага в лицо. Их враг ими называем — западная цивилизация, западные моральные ценности, Европа. Здесь и жидомасонский заговор, и вытекающие из появления в стране ювенальной юстиции браки между гомосексуалистами с последующим легальным усыновлением детей, и подготовка «торговли украинскими детьми» (это цитата из речи дамы, совсем недавно именовавшей себя украинским политиком).

А государство безмолвствует. Наше ленивое и порочное государство этой проблемы не видит. Оно, в основном, занято самим собой. Не нами. И не теми украинскими детьми, которые могут не стать пожизненными тюремными жителями, если им, детям, помогут. А будут ли называть эту помощь работой института ювенальной юстиции или как-то иначе, мне все равно. Лишь бы результат был.

*Адрес статьи на сайте «Известия в Украине»:
<http://new.izvestia.com.ua/ru/article/4830>*

Уважаемые коллеги!

Мы продолжаем публикацию интересных статей известных психиатров, психотерапевтов, наркологов, медпсихологов и публицистов. Хотел бы высказать мысль по поводу детских наркологов, детских психотерапевтов и наркологов в целом.

Прав С.Ф. Глузман, когда подчеркивает в этой статье, что ни в одной европейской стране, в том числе

в России, США и Канаде нет специалиста нарколога, а есть врач психиатр-нарколог. По нашему мнению, конечно, нужно в обязательном порядке вводить специальности детского нарколога, детского психотерапевта и психоаналитика. Хотелось бы узнать Ваше мнение по этому поводу!

**СТЕНДОВІ ДОПОВІДІ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ»
15-16 вересня 2011 р., м. Київ**

Н.А. Марута, М.В. Данилова

**ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
ДЕПРЕССИЯМИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ**

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

Особую медико-социальную проблему у пациентов с рассеянным склерозом представляют суициды, возникшие в структуре депрессивных расстройств. Согласно данным проведенных исследований, частота попыток и осуществления суицидов у больных рассеянным склерозом выше, чем у пациентов с другими заболеваниями нервной системы и в 7,5 раза выше, чем в популяции, что обуславливает актуальность изучения особенностей суицидогенеза, основных причин и факторов способствующих формированию аутоагрессии у этих больных.

Целью данного исследования явилось изучение суицидогенных факторов у больных депрессией при рассеянном склерозе.

В качестве методов исследования использовались: клиничко-психопатологический метод, включающий сбор и изучение анамнеза и психометрические методы: шкала намерения суицидов (BSIS) - для выявления аутоагрессивных мотиваций; способ определения суицидального риска; способ оценки самосознания смерти.

Обследовано 269 больных рассеянным склерозом, из которых основную группу составили 157 больных депрессиями с признаками суицидального поведения; контрольную группу I - больные с депрессивными расстройствами без признаков аутоагрессивного поведения в количестве 81 человек; контрольную группу II - 31 больной с суицидальным поведением без признаков депрессивных расстройств.

Наибольшая частота аутоагрессивного поведения фиксировалась у больных с депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией - 52,9 % (от выборки больных основной группы). Формированию суицидальности у данных больных способствовал высокий уровень суицидального риска ($43,1 \pm 2,7$), низкий уровень самосознания смерти ($19 \pm 2,4$) и высокий уровень суицидальной мотивации ($24,1 \pm 3,1$).

Проявления аутоагрессивного поведения у больных с депрессивными реакциями были зафиксированы в 15,9 % случаев. Данные больные характеризовались

высоким уровнем суицидального риска ($30,8 \pm 3,8$) при высоком уровне самосознания смерти ($37 \pm 1,5$) и низком уровне мотивации суицида ($10,0 \pm 1,2$), что выступало в качестве фактора, блокирующего реализацию суицидального поведения.

У больных органической депрессией при рассеянном склерозе наличие аутоагрессивного поведения фиксировалось в 31,2% случаев, отмечался средний уровень суицидального риска ($27,2 \pm 2,2$), самосознания смерти ($25 \pm 0,9$) и суицидальной мотивации ($15,0 \pm 3,8$), что подтверждало важность других факторов риска, участвующих в формировании и реализации аутоагрессивного поведения у данных больных.

В целом в качестве основных факторов риска формирования суицидального поведения у больных депрессиями при рассеянном склерозе, выделены: наличие у больного рассеянным склерозом депрессивного эпизода или рекуррентной депрессии; вторично-прогрессирующий тип течения рассеянного склероза и его спинальная клиническая форма; развитие депрессии у больных с длительностью заболевания рассеянным склерозом от 1 до 10 лет, в возрасте от 36 до 45 лет, работающих в сфере умственного труда и имеющих высшее образование; плохие материально-бытовые условия жизни больных; наследственная отягощенность психическими расстройствами, преимущественно аффективного регистра, перинатальная патология и невропатическая конституция в анамнезе; преобладание в преморбиде больного дистимических, тревожных, педантичных и циклотимических личностных особенностей; наличие хронических стрессовых воздействий, связанных с ухудшением материально-бытового состояния больного, угрозой или потерей социального статуса; низкий уровень самосознания смерти.

Выделенные факторы риска необходимо учитывать в диагностике и терапии больных депрессиями при рассеянном склерозе с целью прогнозирования и профилактики суицидального поведения у данных больных.

Н.А. Марута, Л.Т.Сновида
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ

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

На основании обследования 128 больных (63 женщины и 65 мужчин) с депрессивными расстройствами (F32.1 и F33.1) был проведен анализ суицидального поведения в структуре данной патологии.

Согласно результатам исследования в суицидальном поведении у мужчин с депрессивными расстройствами преобладают суицидальные попытки (72,3%) над суицидальными мыслями, решениями, намерениями (27,7%). В структуре суицидальных попыток у мужчин доминируют истинные суицидальные попытки (89,4%) над демонстративными суицидами (10,6%). Наиболее суицидоопасными для мужчин является первый депрессивный эпизод (56,8%). Распространенными способами совершения суицида у депрессивно больных мужчин являются самоповешение (51,1%) и огнестрельные ранения (23,4%).

У больных депрессиями женщин преобладают суицидальные мысли, решения, намерения (79,4%) над суицидальными попытками (20,6%). В структуре суицидальных попыток у женщин доминируют демонстративные суициды (69,2%) над истинными (30,8%). Наиболее суицидоопасными для женщин являются повторные депрессивные эпизоды (61,9%). Распространенными способами совершения суицида у депрессивно больных женщин являются отравления

медикаментами, другими химическими веществами (53,8%) и самопорезы (30,8%).

Исследования показали, что у больных депрессиями мужчин с суицидальным поведением преобладают выраженная ($37,3 \pm 3,6$ баллов по шкале Гамильтона) апато-адинамическая (36,9%) и выраженная ($34,5 \pm 2,7$ баллов) тоскливая (30,8%) депрессии, с высоким суицидальным риском ($49,8 \pm 3,3$ балла при апато-адинамической депрессии и $41,9 \pm 2,0$ балла - при тоскливой) и низким самосознанием смерти ($9,9 \pm 1,2$ балла при апато-адинамической депрессии и $10,1 \pm 1,4$ балла - при тоскливой).

У женщин депрессивное расстройство проявляется выраженным ($24,2 \pm 1,7$ баллов) тревожно-ажитированным (34,9%) и невыраженным ($14,5 \pm 1,3$ баллов) истерическим (30,2%) синдромами, с высоким суицидальным риском ($32,5 \pm 1,9$ балла при тревожно-ажитированной депрессии и $26,1 \pm 1,7$ балла при истерической) и низким самосознанием смерти ($12,4 \pm 1,5$ балла) при тревожно-ажитированной депрессии и высоким ($28,1 \pm 2,3$ балла) при истерической депрессии.

Результаты проведенных исследований должны учитываться при проведении лечебных и профилактических мероприятий у данного контингента пациентов.

І.Ф. Здорик
ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ЖІНОК,
ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ,
ПОЄДНАНІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

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

Проблема зростання кількості серцево-судинної та психіатричної патології визнана провідними фахівцями у всьому світі. Наявність психічних розладів, які поєднуються з соматичним захворюванням, суттєво впливає на перебіг хвороби, порушує суб'єктивне сприйняття хворим її динаміки, знижує ефективність лікування, утруднює реабілітацію, підвищує відсоток інвалідності.

Важливим аспектом при наявності депресивного розладу, поєданого з гіпертонічною хворобою, є порушення когнітивного функціонування. Існує прямий та зворотній зв'язок когнітивного дефіциту та кардіальної патології. На наш погляд, наявність супутньої гіпертонічної хвороби привносить певні особливості в структуру когнітивних порушень. Це обумовлює диференційованість в підході до

діагностики та лікування даної категорії порушень.

Вибір препаратів для лікування депресивного розладу має визначатися їх високою терапевтичною ефективністю, гарною переносимістю, вибірковістю дії, відсутністю або незначною вираженістю побічних ефектів та небажаних проявів, особливо з боку серцево-судинної систби. Необхідною умовою є безпечність застосування препаратів в звичайних терапевтичних дозах при довготривалих курсах терапії.

Оскільки основним механізмом пошкодження мозкової тканини при кардіальній патології є гіперперфузія, що призводить до гіпоксії, доцільним є призначення антигіпоксантив та антиоксидантів. Недостатність обмінних процесів, пов'язаних з енергетичною недостатністю нейронів, та розвиток

когнітивних порушень обумовлює призначення препаратів з метаболічною дією. Однак, як правило, ці пацієнти вже отримують достатньо велику кількість медикаментів, а курс терапії є довготривалим. Призначення додаткових препаратів може привести до зниження комплаєнтності та зростання ризику лікарських взаємодій й побічних ефектів. Тому рекомендовано призначення ліків, що впливають на декілька ланок патологічного процесу та застосування

немедикаментозних засобів корекції когнітивних порушень.

Включення в терапію немедикаментозних засобів корекції (тренінгів, когнітивної психотерапії тощо) сприяє активному залученню самого пацієнта в процес лікування, делегує йому частину обов'язків лікаря і, як наслідок, підвищує відповідальність хворого за стан свого здоров'я та динаміку процесу одужання.

О.П. Романів

МОТИВАЦІЙНА ОСНОВА СУЇЦИДАЛЬНИХ СПРОБ У МЕШКАНЦІВ ЗАКАРПАТТЯ

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

Сумарні дані (досліджень в різних країнах майже за 50 років) посмертної психолого-психіатричної експертизи осіб, що скоїли суїцид, свідчать про 90% ураження цього контингенту психічними розладами. Відповідно, це: уніполярна та біполярна депресія, залежність від психоактивних речовин, шизофренія та розлади особистості. Світові дослідження афективних розладів та суїцидальної поведінки виявили певне співвідношення між ними.

Отже, наукові дослідження свідчать, що більшість осіб з незавершеними суїцидальними спробами не мають клінічно окреслених психічних розладів. Причому, частина з них наголошують, що майже 90% спроб суїциду мають депресивні феномени в своїй мотиваційній основі.

Було вивчено 60 випадків суїцидальних спроб за 2011 рік у мешканців Закарпаття, які не мали клінічних ознак психічного розладу (уніполярна та біполяр-

на депресія, залежність від психоактивних речовин, шизофренія та розлади особистості) та не перебували під наглядом психіатра. За мотиваційною структурою суїцидальних реакцій у чоловіків і жінок домінує самопокарання, на другому місці – уникнення; причому самопокарання більш притаманне жінкам, а уникнення – чоловікам. Пік мотивації самопокарання незалежно від статі приходить на вік 20-29 років. У чоловіків, на відміну від жінок, не було зареєстровано демонстративно-шантажної мотивації; вони піддані реакціям протесту/помсти. Одже, дані дослідження дозволять припустити, що в основі суїцидальної мотивації у мешканців Закарпаття в більшості зареєстрованих випадків були субклінічні депресивні прояви. Наступним кроком є верифікація гіпотези шляхом збільшення контингенту досліджених та застосування відповідної психометрії феномену депресії.

І.В. Лазебник

ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЯ ЯК МАРКЕР ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

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

Проведено клініко-психопатологічне дослідження тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х, пацієнти були обстежені за допомогою шкали реактивної тривоги Спілбергера-Ханіна, госпітальної шкали тривоги и депресії (HAD), шкали оцінки якості життя (О.С. Чабан, 2008р.), Торонтської алекситимічної шкали, гіпівентиляційної проби (Чабан О.С., Хаустова О.О., Лазебник І.В.).

Об'єктом дослідження були тривожні розлади у 306 пацієнтів віком від 19 до 79 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у Національному науковому центрі «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеско» АМН України і у профільних відділеннях ДКЛ №1 та

ДКЛ №2 ст. Київ. Для визначення клінічних особливостей тривожних розладів пацієнти були розділені на 2 групи. В першу групу ввійшли пацієнти з МСХ (201 особа - основна група), в другу – пацієнти без МСХ (105 осіб – контрольна група).

В дослідженні виявлено, що пацієнти з метаболічним синдромом Х показали вищий рівень алекситимії – 78 балів по зрівнянню з контрольною групою – 70,5 балів ($p < 0,01$), клінічні прояви тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х менш різноманітні, представлені в більшій мірі замаскованими проявами переважно на соматичному рівні панічними та генералізованими тривожними розладами.

За шкалою оцінки якості життя рівень в контрольній групі складав 14,21 бали, в пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 12,94 бали.

За шкалою Спілбергера-Ханіна рівень реактивної тривоги в контрольній групі складав у 41,6 балів, в групі пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 44,2 балів; рівень особистісної тривоги складав в контрольній групі 16,1 балів, в групі пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 48,2 балів.

Це може вказувати, що у пацієнтів з метаболічним синдромом Х в генезі тривожних розладів, вищих за рівнем проявів, ніж в загальній популяції, також вищу роль грають особистісні фактори, чи внаслідок довготривалості розладу з хронічною гіпервентиляцією настають особистісні зміни з соматичними порушеннями, *характерними для «хвороб глибокого дихання» (термін по К.П. Бутейко).*

Прояви хронічної гіпервентиляції у пацієнтів з МСХ за даними гіпервентиляційного тесту наряду з вираженими соматичними ознаками (які мали дуже широкий спектр та інтенсивність) виникали панічні напади в 83,5 %, у пацієнтів загальної популяції вони виникали в 10,5%, соматичні прояви були також менш виражені та відрізнялись меншим спектром проявів.

Більшість пацієнтів, яким проводилась гіпервенти-

ляційна проба відмічали покращення свого самопочуття: 87,6% з метаболічним синдромом Х та 74,4% контрольної групи, зниження напруги та рівня тривоги, супутніх соматичних симптомів в порівнянні із своїм станом до виконання гіпервентиляційної проби. Що, вочевидь, було зумовлено умовно-рефлекторним (з відповідними біохімічними, фізіологічними та психічними змінами) підвищенням стійкості до розвитку гіпероксигенації та гіпокапнії, пов'язаних з розвитком тривоги. При подальшому регулярному її виконанні вони відмічали зниження рівня тривоги та проявів соматички. Пацієнти відмічали покращення свого самопочуття, ті, в кого був панічний розлад, знімали розвиток панічної атаки виконанням гіпервентиляції на зразок проби, напади тривоги по їх особистим відчуттям були менш виражені чи зникали.

В ході дослідження було виявлено тісний зв'язок тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом з наявністю гіпервентиляційного синдрому, їх вищу вираженість та тривалість у порівнянні з контрольною групою.

Науково обґрунтовано, розроблено та впроваджено спосіб діагностики тривожних розладів та функціональний спосіб терапії тривожних розладів шляхом впливу на гіпервентиляційний синдром.

О.С. Чабан, Е.В. Москаленко-Моспаненко

«ВОЙНА С ЕДОЙ» КАК РАЗНОВИДНОСТЬ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

Дорожная клиническая больница №1 г. Киев

На сегодняшний день тема изучения аутоагрессивного поведения предельно актуальна. Определение агрессии и агрессивности как реакции личности на враждебную человеку окружающую действительность (Хорни, Фромм) позволяет предположить, что социально-экономические условия могут вызывать рост в том числе и аутоагрессивного поведения, при котором субъект и объект совпадают. Под аутоагрессивным поведением понимают действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью, не имеющее конечной цели лишения себя жизни.

А.Е. Брюхин и М.Б. Сологуб (2004) трактуют клинические феномены, в частности нервную анорексию («стойкое, сознательное ограничение в еде приводившее к тяжелым сомато-эндокринным расстройствам») – как проявления аутоагрессии.

Целью нашего исследования было изучить уровень агрессивности у пациенток, страдающих нервной анорексией. Изучение анамнестических данных и психического статуса 43 пациенток с нервной анорексией установило, что каждая из них имела и иные виды аутоагрессивного поведения, такие как табакокурение,

злоупотребление алкоголем, булимию, выраженный трудовоголизм с нарушением режима труда и отдыха, самоповреждения различного характера, занятия экстремальными видами спорта, управление автомобилем в нетрезвом виде, превышение скорости, случайное употребление большого количества таблеток. Причем 2 пациентки имели все вышеперечисленные характеристики, в то время как у других были комбинации из 2 или 3. Изолированной нервной анорексии не было ни у одной пациентки в исследуемой группе.

Уровень агрессивности оценивали с помощью опросника Басса-Дарки. У всех пациенток исследуемой группы уровень агрессивности был достоверно выше нормального (величина ее индекса равна 21 ± 4), и составил в среднем 28 ± 3 .

Психоаналитические наблюдения показывают, что особыми факторами при анорексии являются бессознательные агрессивные импульсы к обладанию, такие как зависть и ревность. Эти импульсы, подавляемые совестью, могут приводить к тяжелым нарушениям аппетита. Наши наблюдения в рамках групповой психотерапии подтверждают другой психологический фактор, характерный для больных анорексией, бессоз-

нательную реакцию злости. Большинство пациенток описывали свой отказ от еды как «протест, принуждение родителей уделять им особое внимание, заставить их поволноваться», при этом примерно 80% пациенток главной эмоциональной проблемой обнаруживали чувство вины.

Наши наблюдения позволяют говорить о том, что лишь на этапе активной терапии нервной анорексии необходимо медикаментозное лечение и поведенческая психотерапия, на всех других этапах более эффективной будет психодинамическая психотерапия, направленная в том числе и на аутоагрессивные тенденции пациенток.

Е.А.Хаустова

ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

По данным функциональной нейровизуализации у пациентов с депрессией в лимбических структурах (особенно в гиппокампе) и в префронтальной коре снижены локальный мозговой кровоток и метаболизм глюкозы. Эти нарушения ассоциируются с повреждением соответствующих мозговых зон в виде нарушения морфологии и функции дендритов (укорочения, снижения числа шипиков и синаптических контактов) и проводящих путей, а также снижения метаболизма и гибели части нервных и глиальных клеток. Однако, процесс деструкции потенциально обратим благодаря нейропластическим процессам нейрогенеза и репарации нервной ткани. Кавинтон обладает нейропротекторным действием (активизирует дефицитный обмен веществ; увеличивает энергетическую емкость мозга путем улучшения утилизации глюкозы, кислорода и темпов синтеза аденозинтрифосфата; увеличивает концентрацию нейромедиаторов норадреналина, допамина, ацетилхолина и серотонина. Однако, прицельная коррекция нарушений стрессиндуцированной (в рамках патогенеза депрессии) и/или коморбидной (сосудистого, метаболического генеза) нейропластичности является недостаточно используемым резервом в улучшении эффективности терапии депрессивных состояний.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности сочетанной терапии СИОЗС и кавинтоном у пациентов с большим униполярным депрессивным расстройством (БДР)

Методы и материалы. Были обследованы 2 группы пациентов с БДР, основная (36 больных) и контрольная (32 больных). В зависимости от типа депрессии (тоскливой, тревожной, апато-адинамической)

больные обеих групп в течение 28 дней получали один из антидепрессантов группы СИОЗС (эсциталопрам, пароксетин или сертралин) в адекватных состоянию суточных дозах. В основной группе дополнительно назначался кавинтон ежедневно внутривенно капельно, начиная с 20 мг, далее 30, 40, 50, 50, 50, 50 мг в течение 7 дней с переходом на Кавинтон форте по 1 таблетке (10 мг) 3 раза в день - 21 день. Эффективность терапии в обеих группах сравнивалась по шкалам MADRS, GCI-S, GCI-I-I; показателям клинической динамики депрессивных нарушений и выраженности побочных эффектов в ходе курсовой терапии.

Результаты. Было установлено, что терапевтический эффект сочетанного применения антидепрессантов с кавинтоном в основной группе больных превышает таковой в контрольной группе, особенно при лечении апато-адинамических депрессий, причем прирост эффективности более значим при сочетании эсциталопрама с кавинтоном. Кроме того, в основной группе было более быстрое (на 1-2 недели в зависимости от типа депрессии) наступление и большую степень выраженности терапевтического эффекта в ходе курсового лечения. Пациенты основной группы также отмечали $\approx$ в 2 раза меньшую частоту побочных явлений, психических и сомато-вегетативных, по сравнению с контрольной.

Выводы. Сочетанное применение антидепрессантов с кавинтоном способствует повышению эффективности и лучшей переносимости терапии депрессии. Наличие явления нейропластичности, необходимо учитывать при дальнейшей разработке стратегий комплексной терапии аффективных расстройств

В.А. Ломтева

САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Киевская городская клиническая психиатрическая больница №1

В современном обществе наблюдается тенденция к деинституционализации психически больных с активным исследованием вопросов их социальной реабилитации. Ведущим звеном в политике и деятельности мировых и отечественных служб оказания медико-социальной помощи лицам с психическими расстройствами является борьба со стигматизацией и дискриминацией этих пациентов.

Шизофрения является тяжелым хроническим психическим расстройством, начинающимся чаще в молодом возрасте, оказывающим влияние на разные стороны жизни пациента и приводящим к его инвалидизации. Одним из важнейших направлений психиатрической помощи и реабилитационной тактики при шизофрении является преодоление стигмы со стороны общества и самостигматизации как факторов, существенно влияющих на качество жизни и социального функционирования пациента. Эти показатели обозначены в работах отечественных психиатров как индикаторы качества медико-социальной помощи таким пациентам.

Переживание больным собственной неполноценности, несостоятельности по сравнению с окружающими

и связанное с этим чувство вины приводят к развитию самостигматизации. Это в свою очередь порождает появление враждебности, недовольства, снижение критичности к своему состоянию, непродуктивность взаимодействия с социумом и как результат, межличностным конфликтам и дополнительным стрессовым ситуациям.

Самостигматизация отдельного больного должна рассматриваться как совокупный результат клинических проявлений эндогенного заболевания, личностной структуры и особенностей его социального функционирования. В формирование этого феномена вносят вклад и особенности терапевтических вмешательств (побочные эффекты препаратов, сроки включения в терапию психотерапевтических воздействий и психообразовательных программ), и отношений с ближайшим окружением и профессионалами.

Все это обуславливает необходимость дальнейших исследований феномена самостигматизации и его коррекции для оптимизации оказания медико-социальной помощи больным шизофренией.

Е.А. Молчанова

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИЦ, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Нежинская центральная городская больница, г. Нежин

По данным ВОЗ шизофрения входит в десятку заболеваний, наиболее часто приводящих к стойкой нетрудоспособности (инвалидизации) в популяции лиц молодого возраста (15-44 года). Иными словами, в отличие от других ослабляющих процессов шизофрения поражает молодых людей на пике их продуктивности и социального роста (Мосолов С.Н., 2010).

Большинство авторов указывают на то, что развитие психического дефекта при шизофрении обусловлено негативными симптомами шизофрении. Развитие методов нейровизуализации и интенсивное исследование нейрокогнитивных нарушений при шизофрении, позволяет считать последние важным компонентом симптоматики, участвующим в формировании дефекта и влияющим на уровень функционирования и социальной адаптации больного. Существенный вклад в формирование дефекта при шизофрении вносят изменения собственно личности больного, астения, явления самостигматизации.

В большинстве работ по исследованию шизофренического дефекта содержатся разносторонние описания клинических проявлений «слабоумия», «конечных» и «исходных» состояний. Как отмечает Юрьева Л.Н. (2010) в современной психиатрии критерий «исход» потерял доминирующее значение, т.к. применение психотропных препаратов замедляет, сглаживает, а иногда и маскирует наступление шизофренического дефекта. Традиционно применяется описанная в отечественной психиатрии типология дефектных состояний и варианты динамики дефекта. В современной классификации МКБ-10 отсутствуют необходимые для экспертной практики критерии уровней выраженности дефекта.

Данные о том, что лишь 7% общей продолжительности заболевания приходится на состояния психоза, когда больной нуждается в госпитализации, а остальное (93%) время он проводит в социуме, указывают на необходимость активного исследования вопросов социального функционирования и качества жизни

больных, длительное время страдающих шизофренией. Интересным также представляется исследование социальных когнитивных функций при шизофрении,

нарушение которых во многом определяет функциональный исход у таких пациентов.

Е.В. Харчук

**ПРОБЛЕМА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ,
АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г.Киев

Наряду с позитивной и негативной симптоматикой при шизофрении когнитивные расстройства могут считаться ключевыми феноменологическими маркерами в определении «глубины» шизофренического поражения. Ряд авторов (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2004; Подвигин С.Н. и соавт., 2009) полагают, что когнитивный дефицит является определяющим в развитии социальной и трудовой дезадаптации. Существует обоснованное мнение о том, что когнитивные нарушения должны быть внесены в диагностические критерии шизофрении (Tandon, R., Nasrallah H., Keshavan M., 2009). Они присущи психической деятельности больных шизофренией, как и некоторые «минус-симптомы» даже в межприступный период, когда отсутствует позитивная психопатологическая симптоматика, а в большинстве случаев и предшествуют началу заболевания (Velligan D.I., Miller A.L., 2005).

В оценке когнитивных нарушений при шизофрении нейropsychологические методики, изучающие локализацию мозговых поражений, зачастую являются малоинформативными (Frith C., 1995), вследствие «диффузности» когнитивных расстройств, объединяемых общим термином «нейрокогнитивный дефицит». Такую же «диффузность» имеют и когнитивные нарушения при гипертонической болезни, если только она не усугубилась острым расстройством мозгового кровообращения. Исходя из этих особенностей, представляется целесообразным исследовать когнитивную сферу данного контингента больных согласно «функциональным модулям» – вербальная память, зрительная память, селективность внимания и исполнительная функция, темп сенсомоторных процессов, ассоциативная продуктивность и запас семантической памяти. Среди многообразия методик исследования когнитивных функций следует предпочесть такие, которые являются наиболее употребляемыми и позволяют сравнить результаты обследования, проводимые в разных странах (Иванов М.В. и др., 2007). Такие тесты могут оценить до 4-5 когнитивных функций по отдельности, тем не менее, для полноты картины нейропсихологического исследования их результаты следует интерпретировать сообща.

Диффузность когнитивных расстройств, а также нередкое (по различным данным от 15 % до 19 % (-Brown S. et al, 2000; Davidson S. et al, 2001; Lieberman J.A. et al., 2005) сочетание шизофрении с гипертонической болезнью с также присущими ей когнитивными нарушениями представляет клинический интерес, обусловленный сосуществованием нарушений познавательной сферы как эндогенно-процессуального, так и экзогенно-органического происхождения – по А.И. Кудрявцеву (1982) и В.М. Блейхеру (1986).

Исходя из того, что когнитивный дефицит образуется при обоих этих заболеваниях, возникает клинический вопрос: насколько влияет присоединение гипертонической болезни на когнитивный дефицит и способны ли терапевтические вмешательства повлиять на его динамику?

Литература на этот счёт представляет разрозненные сведения (Петрова М.М., Березовская М.А., 2010), однако в целом авторы сходятся в мысли об усугублении когнитивных нарушений данной соматической патологией (Friedman J.I. et al., 2010; Подвигин С.Н., 2010). Предстоит ещё изучить влияние антигипертензивной терапии на когнитивные расстройства, однако существуют сведения, свидетельствующие о положительной роли ингибиторов АПФ и блокаторов кальциевых каналов в улучшении когнитивного функционирования не только при гипертонической болезни, но и при неосложненной шизофрении (Джуга Н.П., Козловский В.Л., 2009). Кроме того, имеются данные о применении блокаторов кальциевых каналов (нифедипин) в качестве корректора экстрапирамидных побочных эффектов нейролептиков, что в случае осложнения основного процесса артериальной гипертензией является дополнительным поводом к медикаментозной интервенции (Попов М.Ю., 2008). Исходя из этого, можно предположить позитивный терапевтический эффект в отношении когнитивных расстройств от сочетания современных атипичных антипсихотиков с эффектом воздействия на когнитивный дефицит, не имеющих выраженного кардиотоксического и метаболотропного эффекта (кветиапин, оланзапин, рисперидон), с антигипертензивными препаратами, улучшающими когнитивное функционирование.

Л.Ю.Торгун
ПРОБЛЕМА ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З БОЛЕМ
У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

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

Біль в спині є однією з найчастіших причин звернення в терапевтичній практиці і однією з основних причин тимчасової втрати працездатності. За матеріалами VIII Всесвітнього конгресу, присвяченого болю (Ванкувер 1996), синдром болю в спині є після респіраторних другою по частоті причиною звернення до лікарів і третьою причиною госпіталізації.

Серед причин, що призводять до виникнення болю, в числі остеохондрозу, травм, інфекційних уражень тощо, дослідники не останню роль відводять психогенним механізмам.

В більшості випадків наявність больових, м'язово-тонічних синдромів хворі не пов'язують з пошкоджуваними факторами, проте у випадку їх наявності, часто відмічається емоційний стрес, зумовлений або ситуацією на роботі (чи відсутністю роботи), або відсутністю необхідної підтримки в сім'ї. Таким чином, в патогенезі хронічного болю значну роль відіграють психологічні фактори; особливо великий ризик виникнення даного синдрому у пацієнтів з депресією.

Поєднання депресії та хронічних больових синдромів відмічається часто – в 50-60% випадків, а по деяким даним навіть в більшому відсотковому співвідношенні (від 65 до 100%). Наявність болю призводить до розвитку депресії, а депресія – до розвитку болю, в тому числі зумовленого зниженням больового порогу. Це замкнуте коло нерідко лежить в основі хронізації болю. Потрібно зазначити, що сама по собі депресія не викликає біль, при умові відсутності до неї передумов, у вигляді змін суглобів і дисків. Наявність депресії лише сприяє підтриманню і посиленню цього болю, його хронізації.

Таким чином вивчення психічних розладів неспсихотичного рівня (депресії, тривожно-депресивних та тривожних розладів) у пацієнтів з болем в нижній частині спини, їх вчасна діагностика за допомогою скринінгових методик, шкал та лікування, сприятимуть зменшенню вираженості больового синдрому і хронізації процесу.

А.Ю. Касьянова
ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
КИШКІВНИКА

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця, м. Київ

Відповідно до сучасних уявлень про синдром подразненого кишківника у дітей (СПК), сформульованим у «Римському консенсусі III» в 2006 році, це захворювання є біопсихосоціальним розладом, в основі розвитку якого лежать два основних патологічних механізми – психосоціальний вплив і сенсорно-моторна дисфункція кишківника. За останні роки функціонально-морфологічні особливості кишківника дітей з СПК вивчені значно краще, ніж соціально-психологічні особливості даного захворювання.

Тому, **метою** нашого дослідження є підвищення ефективності лікування та профілактики синдрому подразненого кишківника в дитячому віці шляхом визначення інтегральної характеристики психосоматичного стану – якості життя дітей з СПК.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження було проведено на базі Київської клінічної дитячої лікарні №9. Основну групу склали 61 дитина з СПК віком від 8 до 16 років. Для дослідження якості життя дітей ми використовували опитувальник Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQLtm4.0 розроблений американським вченим Varni та його колегами у 2001 та

адаптований культурологічно та лінгвістично Барановим А.А. та Альбіцким В.Ю. у 2005 році.

Результати дослідження. За результатами самооцінки дітей всі обстежені діти набрали невисокі бали за опитувальником, середній загальний бал дітей з СПК 13 – 16 років виявився $69,7 \pm 12,8$, тоді як за даними літератури середній бал для дітей 13 – 18 років є $78,0 \pm 12,7$ (Винярская И.В., 2008). Крім того, звертає на себе увагу відмінність результатів дітей різних вікових груп з СПК. Так, діти 13 – 16 років виявили низькі бали ($59,3 \pm 12,8$) за блоком питань з емоційного функціонування, тоді як діти 8 – 12 років низькі бали ($68,4 \pm 13,8$) набрали за блоком питань фізичного функціонування. Така відмінність може бути пояснена звиканням дітей старшого віку до хронічного перебігу соматичного захворювання та занепокоєння більше власними переживаннями та страхами. Були відмічені низькі бали в блоці питань соціального функціонування дітей 13 – 16 років ($70,6 \pm 11,5$). Низькі бали за блоком соціального функціонування вказують на значимі складнощі в спілкуванні з батьками або іншими дорослими в групі дітей з СПК.

Висновки. Отримані нами дані підтверджують біо-психосоціальну природу СПК та свідчать про те, що значній кількості дітей з СПК притаманний низький

рівень якості життя, що потребує перегляду традиційних заходів лікування із залученням психодіагностики та психотерапії до комплексного лікування СПК.

К. В. Аймедов
ІГРОМАНІЯ, ДЕ МЕЖА?

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

В епоху постійно прогресуючого, вельми швидкого розвитку науково-технічного прогресу в розповсюдженості хвороб залежності як хімічного так і не хімічного генезу спостерігається невпинне зростання, з'являються нові форми залежності (зіппінг, гаджет- та різні форми Інтернет залежності). І саме ігроманія, вже давно вийшла за межі матеріального реального світу, неухильно прямуючи у віртуальний Інтернет світ, де вона становиться майже невливою, але добре доступною для всіх зацікавлених та бажаючих пограти. Тому і точних даних про поширеність патологічного гемблінгу не існує просто неможливо перерахувати всіх гравців). За даними соціологів, кількість людей, що відчують постійну тягу до гри, складає близько 1% від загальної популяції, але у розвинених країнах вона ще вище (за різними даними до 5 %). З погляду на вказані дані важко сказати де остання межа розповсюдження лудоманії, до якої долі популяції вона може поширитися. І межа поширення її ширше чим будь якої наркотичної залежності, поведінкові залежності, займають місце крім навколишнього простору, ще і простір віртуальний, створений технологічно.

Існує і третя межа, якою займаються суто дослідники. Сьогодні адиктивна поведінка розглядається як медична проблема – це нав'язлива потреба, що відчувається людиною та спонукає її до певної діяльності. Таким чином, доцільніше бачити у ігроманії не розлад особистості (як це передбачене у МКХ-10), а різновид адиктивної поведінки. Діагностичні критерії, що містяться у МКХ-10, де патологічна схильність до азартних ігор (F-63.0) класифікується у розділі «Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих» (F60-69) під рубрикою «Розлади звичок та потягів» (F63), куди також входять патологічні підпали (піроманія) та патологічна схильність до крадіжок (клептоманія). За МКХ-10, патологічна схильність до азартних ігор – це розлад, який характеризується частою повторною уча-

стю в азартних іграх, що домінує у житті суб'єкта та веде до редукції соціальних, матеріальних, професійних і сімейних цінностей. Облігатним є сильний потяг грати у азартні ігри, який майже не піддається вольовому контролю, опановує думками та уявленнями акту гри та супутніми цьому обставинами. Є й додаткове зауваження, що слід диференціювати патологічна схильність до азартних ігор з екстравагантною участю у азартних іграх гіпоманіакальних осіб (F30.-), соціопатичних осіб (F60.2), а також участю у них людей заради задоволення або наживи (такі гравці звичайно без особливих зусиль стримують свій потяг, якщо зустрічаються з великими витратами або іншими несприятливими наслідками азартних ігор). Але, не будьмо забувати, що у МКХ-10 передбачена також рубрика «Z», яка містить різні аспекти медичної допомоги населенню, у тому числі – і при розладах соціального функціонування (Z72-Z76 – звернення до установ охорони здоров'я у зв'язку з іншими обставинами). Z72 – це проблеми, пов'язані із стилем життя, у ній, зокрема, є підрубрика Z72.6, назва якої – схильність до азартних ігор та бійки об заклад. Це свідчить про розповсюдженість проблеми, про наявність великої когорти гравців, яких не можна визнати хворим на патологічну схильність до азартних ігор. Між тим, досі, чітких критеріїв розмежування різних груп граючих у діючій класифікації нема.

Окрім того, з особами, що страждають на ПСАІ частіше працюють не лікарі-адиктологи, наркологи чи психіатри, а психологи, соціальні працівники, члени родини залежних. Отже, і систематизація розладу проводиться з різних «точок зору», на підставі дуже обмежених, кількісно, груп спостережень. Тому пошук в цьому напрямку, встановлення вказаних меж, вельми актуальний, і вирішення поставленої проблеми мабуть дозволить ефективно вирішувати питання і з іншими поведінковими залежностями.

**И.А. Бабюк, Е.В. Кришталь, С.Г. Ушенин, О.Г. Студзинский,
Н.В. Побережная, Т.В. Арнольдова**
**РОЛЬ ОПТИМИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ПРЕПОДАВАНИИ ОСНОВ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ ВРАЧАМ-КУРСАНТАМ ФИПО**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького
Харьковская медицинская академия последиplomного образования

Специфика преподавания основ медицинской сексологии и сексopatологии врачам-курсантам факультета последиplomного образования предусматривает не только прослушивание тематического образовательного цикла лекций, но и обязательный разбор случаев из медицинской практики, демонстрацию тематических больных с сексуальными расстройствами и супружеских пар с сексуальной дисгармонией.

Врачи-курсанты для усвоения лекционного материала и практических навыков непосредственно у больных собирают жалобы, анамнестические данные, проводят осмотр, составляют схемы общего и специального обследования, разрабатывают тактику лечения. Специфика сексологических больных предусматривает при этом развитие эрудиции аудитории, способность междисциплинарного мышления, то есть приобретение навыков в психологии, эндокринологии, венерологии, андрологии, гинекологии и т.п. В связи с подобной тактикой в целях оптимизации учебного процесса следует уделять особое внимание рациональному использованию всего арсенала учебных методов в

виде учебных таблиц, фотоиллюстрированных атласов, слайдов, компьютерных обучающих программ, психодиагностических тестов, разбора ситуационных задач. В последние годы значительно повысился уровень эффективности преподавания лекционного материала в связи с применением мультимедийной техники и компьютерных технологий. Пополнение банка клинических задач позволяет использовать их на этапах учебного процесса – с установления начального уровня знаний для закрепления этапов обучения и, как одну из форм заключительного контроля при проведении дифференцированного зачета.

По мнению преподавателей и врачей-курсантов именно такой подход к преподаванию основ медицинской сексологии для врачей-лечебников широкого профиля на факультете последиplomного образования вызывает большую заинтересованность курсантов к изучаемому предмету, повышает эффективность усвоения и закрепления информации, что напрямую влияет на улучшение качества их профессиональной подготовки.

**И.А. Бабюк, Е.В. Кришталь, А.Е. Табачников,
О.Г. Студзинский, С.Г. Ушенин, Е.А. Ракитянская**
**ПРЕПОДАВАНИЕ ОСНОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ВРАЧАМ-КУРСАНТАМ
СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького
Харьковская медицинская академия последиplomного образования

Обучение теоретическим основам и практическим навыкам по медицинской психологии врачей-курсантов смежных специальностей (дерматовенерологов, терапевтов, наркологов и др.) является необходимым условием высокого качества подготовки специалистов, предусмотренной квалификационной характеристикой врача. Специалисту любого профиля необходимо не только знать, но и освоить ряд практических навыков, связанных с психодиагностикой и психокоррекцией личностных особенностей и возможных психоэмоциональных расстройств, влияющих на общее состояние пациентов и качество их жизни.

На кафедре психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии факультета интернатуры и последиplomного образования разработана и опробована система практических навыков применительно к существующей программе медицинского

факультета с учетом врачебного профиля, основой чего являются психологические методики обследования и коррекции пациентов с различными соматическими заболеваниями. С целью сбора психологического анамнеза курсантам предлагается обследовать больных при помощи различных тестов, включающих личностные опросники, проективные методики, опросники по определению уровня тревоги и депрессии, качества жизни и межличностного функционирования. Формирование навыков происходит путем выполнения преподавателем опроса и тестирования с последующим самостоятельным закреплением навыков. Также рассматриваются принципы семейного консультирования, индивидуальной поведенческой психотерапии с пациентами и их родственниками.

Четкое разделение общих и частных вопросов приобретения практических навыков позволяет выделить

целевые установки и проконтролировать степень усвоения этих навыков у врачей-курсантов. Подобная мотивационная настройка значительно повышает результативность преподавания и усвоения дисциплины. Анализ преподавания показывает, что обучение практиче-

ским навыкам медицинской психологии является важной составляющей частью общемедицинского образования и служит повышению эрудиции практикующих врачей общемедицинского профиля, улучшению оказания помощи нуждающемуся в ней населению.

НЕКРОЛОГ

СВІТЛОЇ ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА
ВЛОХ ІРИНИ ЙОСИПІВНИ

*«...І трави, схилившись у журі з квітками,
Алмазними вмить заблищали сльозами;
А вітер скорботу розніс навкруги:
Зітхання їх склавши про втрату в рядки...»*

11 серпня 2011 року зупинилося серце завідувача кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького Ірини Йосипівни Влох – людини великої і світлої душі, яка була закохана у свою професію і безмежно їй віддана.

Ірина Йосипівна народилася 1 серпня 1941 року у м. Львові. Після закінчення середньої школи працювала медичною сестрою в Будинку дитини № 1 і одночасно навчалася на різних курсах медичних сестер. З 1958 р. до 1964 р. навчалася на лікувальному факультеті Львівського державного медичного інституту.

Після закінчення навчання працювала лікарем-психіатром у Львівській обласній психіатричній лікарні.

З 1967 року розпочала свій науковий та викладацький шлях на посаді асистента, доцента, завідувача курсом психіатрії (1986-1991 р.р.), від 1991 року завідувач кафедри психіатрії, психології та сексології. Кандидат медичних наук (1974 р.), доцент (1986 р.), доктор медичних наук (1992 р.), професор (1993 р.), академік Академії наук Вищої школи України (1992), Нью-Йоркської АН (1995). Була лауреатом Нагороди Ярослава Мудрого (1997), нагороджена Срібною медаллю і дипломом Міжнародного біографічного центру, Кембридж, Велика Британія (2001), нагорода Марії Кюрі за визначні досягнення в галузі медицини (2006), присвоєно почесне звання «Заслужений діяч науки і техніки України» (2006); «Заслужений професор Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького» (2007). Вона пройшла непростий життєвий та професійний шлях становлення. Усе її життя було служінням медицині та освіті!

І.Й. Влох є автором понад 300 опублікованих наукових праць. Співатор 4 монографій та 4 підручників по психології та наркології, а також співавтор першого в Україні підручника з психіатрії, довідників та навчальних посібників, в тому числі склала курс тематичних лекцій по психіатрії для англомовних студентів, 5 патентів та 6 авторських свідоцтв. Ірина Йосипівна була відомим вченим у галузі психіатрії та психології. Під її керівництвом було розроблено новий науковий напрям у галузі біологічної психіатрії. Вона була ініціатором створення та керівником Центру біологічної психіатрії з 1996 року. Науково-дослідницьку діяль-

ність Ірина Влох успішно поєднувала з науково-організаторською роботою. Вона була професіоналом своєї справи, людина високо компетентна, вольова й доброзичлива, природа вдало поєднала сталь і ніжність її вдачі. За її плечима - багатолітній досвід і визнання. Її цілеспрямованість, принциповість, послідовність та вимогливість до себе, студентів, колег відомі всім і викликають глибоку пошану. Як науковець І.Й. Влох приділяла багато уваги розвитку медичної освіти, дбала про підготовку молодих науковців. Під її керівництвом виконані та захищені 10 кандидатських та 2 докторські дисертації. Протягом 14 років вона була членом 2 Спеціалізованих вчених рад, членом редколегії вітчизняних науково-практичних медичних журналів "Український вісник психоневрології" та "Архів психіатрії"; член редколегії міжнародних журналів "Journal of Mental Health" та "Danub Psychiatry". І.Й. Влох - мала державне та міжнародне визнання, в 1998 році нею заснована Всеукраїнська асоціація з психосоціальної реабілітації. Вона була почесним членом низки наукових товариств. Професором налагоджена співпраця з іноземними партнерами (Інститут неврології і психіатрії, Польща-Варшава; Дунайський кураторіум психіатрів Австрія-Лінц). Своїми знаннями і вагомими професійними здобутками вона щедро ділилася зі своїми колегами. Не одне покоління лікарів, виховане і вивчене Іриною Йосипівною, віддає своє серце, знання і працю людям, з глибокою вдячністю пам'ятаючи свого вчителя - Лікаря і Людину.

Велика трудівниця пішла із життя тихо і непомітно, та її завжди пам'ятатимуть усі, кого вона навчала, лікувала, з ким роками працювала пліч-о-пліч, ті, з ким вона жила поруч і кого любила.

Світла пам'ять про неї – людину великої душі, високих моральних цінностей, видатного вченого і вчителя – назавжди збережеться в серцях тих, хто її знав.

Колектив кафедри психіатрії, психології та сексології, колеги і друзі засвідчують свою повагу і пам'ятатимуть дорогу Ірину Йосипівну усе своє життя.