



науково-практичний журнал

Т.18, 1(68)'2012 ●

Архів психіатрії

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

Головний редактор С.І. Табачніков

Заступник головного редактора О.М. Дзюба

Випускаючий редактор К.Е. Сагратова

Редакційна колегія:

Я.Б. Бікшаєва, Г.Ю. Васильєва, О.М. Дзюба, О.М. Зінченко, Є.Г. Гриневич,
В.Р. Ілейко, І.А. Марценковський, І.І. Марценковська, А.В. Каніщев,
В.В. Когутницький, О.П. Олійник, О.С. Осуховська, М.Ю. Полив'яна,
О.А. Ревенко, К.Е. Сагратова, Н.М. Степанова, О.О. Хаустова,
Є.М. Харченко, О.С. Чабан, С.С. Шум



Редакційна рада:

Р.В. Богатирьова (Україна), В.А. Абрамов (Україна), Ю.А. Александровський (Росія), К.В. Аймедов (Україна),
І.О. Бабюк (Україна), Т.Д. Бахтєєва (Україна), М.П. Бєро (Україна), Б.І. Білобровко (Україна),
В.С. Бітенський (Україна), Л.О. Булахова (Україна), Л.Ф. Бурлачук (Україна), В.А. Вербенко (Україна),
А.М. Вієвський (Україна), М.І. Вінник (Україна), Д.С. Волох (Україна), П.В. Волошин (Україна),
В.Л. Гавенко (Україна), О.П. Гудзенко (Україна), М.І. Дубина (Україна), Ю.В. Думанський (Україна),
С.К. Евтушенко (Україна), В.М. Казаков (Україна), В.Г. Клімовицький (Україна), А.Г. Кожина (Україна),
Е.А. Кошкина (Росія), В.М. Краснов (Росія), Є.В. Кришталь (Україна), І.В. Лінський (Україна),
І.О. Лінько (Україна), І.О. Мінко (Україна), В.Д. Мішиєв (Україна), В.М. Кузнецов (Україна),
С.Д. Максименко (Україна), О.М. Макаренко (Україна), М.В. Маркова (Україна), Н.О. Марута (Україна),
Б.В. Михайлов (Україна), О.М. Морозов (Україна), О.К. Напрєєнко (Україна), О.В. Павленко (Україна),
О.А. Панченко (Україна), В.С. Підкоритов (Україна), В.А. Піщиков (Україна), А.В. Погосов (Росія),
М.С. Пономаренко (Україна), Т.М. Пушкарьова (Україна), Н.Г. Пшук (Україна), В.М. Рахманов (Україна),
Г.М. Румянцева (Росія), А.М. Скрипніков (Україна), І.К. Сосін (Україна), І.Д. Спіріна (Україна),
О.Г. Сиропятов (Україна), О.Ю. Табачніков (Україна), О.С. Тіганов (Росія), А.П. Чуприков (Україна),
О.О. Чуркін (Україна), В.В. Шаповалов (Україна), В.О. Шаповалова (Україна), Л.Ф. Шестопалова (Україна),
Л.М. Юр'єва (Україна), О.О. Фільц (Україна), Е.М. Харченко (Україна)

Засновник і видавець:

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

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

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

Адреса редакції:

Україна, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Тел./факс: (044) 468-32-15

e-mail: undisspn@ukr.net

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

Дизайн обкладинки *Т. Пилипчук*

Коректори: *О.С. Тараканов*

Комп'ютерна верстка *В.Ю. Зяярний*

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІССПН (протокол засідання № 1 від 31.01.2012р.).

Здано до набору 10.02.2012р. Підп. до друку 25.02.2011р. Формат 60 x 84 1/8. Друк офс. Папір офс.

Гарнітура «Times». Ум.-друк. арк. 13,49. Наклад 500 прим. Зам. № 40-1.

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

Редакція може публікувати матеріали не розділяючи точки зору авторів.

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

Рукописи не повертаються і не рецензуються. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

ЗМІСТ

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>В.Т. Бородай, С.В. Корж</i> СТРУКТУРНО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ МАЯЧНОГО СПРІЙНЯТТЯ ТА РOLЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ БІОЛОГІЧНОГО СЕНСУ І ОЦІНКИ ДОСТОВІРНОСТІ В УТВОРЕННІ МАЯЧЕННЯ	5
<i>О.О. Древіцька</i> СПАДКОВЕ ПІДГРУНТЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ І СТРАТЕГІЇ ЩОДО ЇХ ТЕРАПІЇ	8
<i>В.А. Курило, Н.В. Данилевская</i> СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ СЕМЕЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЛІЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТІ	10
<i>А.В. Кігічак-Борщевська, Н.О. Ришківська</i> НАРОДЖЕННЯ САМОСТІ ЧЕРЕЗ ТРИВОГУ АБО «ЦАРСЬКА ДОРОГА» ДО СЕБЕ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ)	16
<i>Н.Г. Пишук, Л.В. Стукан, Є.Я. Пишук</i> ВПЛИВ ТИПІВ ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	20
<i>Л.В. Степаненко</i> ПАТОПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ОСІБ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ ТА ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА	24
<i>О.Є. Смашина</i> ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ НЕРВОВІЙ АНОРЕКСІЇ: СИСТЕМНИЙ ПОГЛЯД	29
<i>О.А. Філатова</i> АГРЕСІЯ ВНАСЛІДОК ПОРУШЕННЯ ОСОБИСТОГО ПРОСТОРУ	33
<i>Є.В. Харчук</i> КОМОРБІДНІСТЬ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ: ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	35

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>И.А. Марценковский</i> ФАКТОРЫ РИСКА РАССТРОЙСТВ ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА	38
<i>Л.М.Таниура</i> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТА РОЗВИТКУ ДІТЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ФЕБРІЛЬНІ СУДОМИ	45

CONTENTS

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>V.T. Borodai, S.V. Korzh</i> STRUCTURAL-PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF DELUSIONAL PERCEPTION AND ROLE OF FUNCTIONAL SYSTEMS OF BIOLOGICAL MEANING AND EVALUATION OF RELIABILITY IN DELUSION FORMATION	5
<i>O.O. Drevitskaya</i> HEREDITARY BASIS OF MENTAL DISORDERS AND THEIR TREATMENT STRATEGY	8
<i>V.A. Kurilo, N.V. Danilevskaya</i> SYSTEM OF PSYCHOPROPHYLAXIS FAMILY MALADJUSTMENT AMONG PEOPLE WITH PERSONALITY DISORDERS	10
<i>A.V. Kigichak-Borschevskaya, N.O. Ryshkovskaya</i> BORN OF SELF IN JUNGIAN PSYCHOLOGY VIA ANXIETY OR "KING ROAD" TO ONESELF (PRACTICE OCCASION)	16
<i>N.G.Pshuk, L.V.Stukan, E.Y.Pshuk</i> EFFECTS OF TYPES RELATIONS TO DISEASES AND QUALITY OF PATIENTS' LIFE WITH ARTERIAL HYPERTENSION	20
<i>L.V. Stepanenko</i> MENTAL DISORDERS AMONG PERSONS WITH VASCULAR DEMENTIA AND ALTSHEIMER'S DESEASE	24
<i>O. Smashna</i> VIOLATION OF FOOD BEHAVIOR AT ANOREXIA NERVOSA: SYSTEM VIEW	29
<i>O. Filatova</i> AGGRESSIONAS A RESULT OF BREACH OF PERSONAL SPACE	33
<i>E.V. Harchuk</i> SCHIZOPHRENIA AND ARTERIAL HYPERTENSION COMORBIDITY: PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES (ANALYTIC REVIEW)	35

CHILD'S PSYCHIATRY

<i>I.A. Martsenkovskiy</i> RISK FACTORS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS	38
<i>L.M. Tantsura</i> PECULIARITIES OF PSYCHONUEROLOGIC CONDITION AND DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH FEBRILE SEIZURES	45

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>В.Р. Ілейко, А.В. Канищев</i> НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ	49
---	----

НАРКОЛОГІЯ

<i>С.І. Табачніков, К.Д. Гапонов</i> ПСИХОСОЦІАЛЬНІ, КЛІНІЧНІ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОГО ПАТОМОРФОЗУ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ	53
<i>В.М. Пострелко, К.М. Логановський, В.О. Бузунов, О.І. Чорний, С.І. Солонович</i> СИНДРОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС	60
<i>И.С. Рыткис</i> К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	64
<i>Т.В. Синіцька</i> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	67
<i>Е.С. Осуховская</i> ОСОБЕННОСТИ ИГРОВОЙ АДДИКЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ УКРАИНЫ	71
<i>К.В. Аймедов, В.О. Мельник</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ТА ФОРМУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ	76
<i>А.М. Вієвський</i> ДОСЛІДЖЕННЯ УЯВЛЕНЬ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЩОДО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ЯК ОСНОВА ЗАХОДІВ ТАРГЕТНОЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ	81
<i>І.К. Сосін, О.Ю. Гончарова, Ю.Ф. Чуєв, В.В. Шаповалов (мол.), М.О. Овчаренко, О.В. Друзь</i> ІННОВАЦІЙНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОПОЇДНОЇ ТА КОАКСИЛОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ	87

ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>В.В. Златковский</i> ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АДДИКЦИИ	94
---	----

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>V. R. Ileyko, A. V. Kanishchev</i> SOME METHODOICAL ASPECTS OF COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXPERTISE IN CRIMINAL PROCEDURE	49
---	----

NARCOLOGY

<i>S. I. Tabachnikov, K.D. Gaponov</i> PSYCHOSOCIAL, CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF MODERN ALCOHOL DEPENDENCE PATHOMORPHOSIS	53
<i>V. Postrelko, K. Logonovsky, V. Buzunov, A. Chorny, S. Solonovich</i> ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME IN CLEAN-UP WORKERS OF THE CHERNOBYL ACCIDENT	60
<i>I. Rytkis</i> TO THE QUESTION ABOUT TOBACCO SMOKING AND NICOTINE DEPENDENCE PROPHYLACTICS AMONG MEDICAL STUDENTS	64
<i>T. Sinitskaya</i> CURRENT VIEW ON ADDICTIVE BEHAVIOR PROBLEM OF STUDENTS	67
<i>E.S. Osukhovskaya</i> GAMBLING ADDICTION IN SCHOOLCHILDREN IN UKRAINE	71
<i>K.V. Aymedov, V.O. Melnyk</i> THE RESEARCH OF RISK FACTORS OF RISK OF ORIGIN AND FORMING OF COMPUTER DEPENDENCE	76
<i>A.M. Viyevskiy</i> THE CHILDREN'S DRUG USE VISION STUDY AS A BASIC FOR THE PREVENTION PROGRAM	81
<i>I.K. Sosin, E.Yu. Goncharova, Yu.F. Chuev, V.V. Shapovalov, N.A. Ovcharenko, O.V. Druz</i> INNOVATIVE ASPECTS OF MEMBRANE PLASMAPHERESIS IN COMPLEX TREATMENT OF OPIOID AND COAXIL DEPENDENCE	87

PSYCHOTHERAPY

<i>V.V. Zlatkovskiy</i> CONSTRUCTION PRINCIPLES OF MEDICAL PSYCHOLOGICAL REHABILITATION SYSTEM OF PATIENTS WITH VARIOUS FORMS OF ADDICTION	94
--	----

ВІТАЄМО ЮБІЛЯРІВ

ДО ЮБІЛЕЮ ПРОФЕСОРА А.В. ПОГОСОВА98

ТЕЗИ

*ДО НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ
ТА СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ В УКРАЇНІ»
19-20 квітня 2012р., м. Донецьк100*

CONGRATULATION with ANNIVERSARY

TO ANNIVERSARY OF PROFESSOR A.V. POGOSOV . . .98

THESES

*TO THE THEORETICAL PRACTICAL CONFERENCE
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION
«TOPICAL QUESTIONS OF CLINICAL, SOCIAL
AND FORENSIC PSYCHIATRY IN UKRAINE»
19-20th of April, 2012, Donetsk100*

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК: 616.89

В.Т. Бородай, С.В. Корж

СТРУКТУРНО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ МАЯЧНОГО СПРИЙНЯТТЯ ТА РОЛЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ БІОЛОГІЧНОГО СЕНСУ І ОЦІНКИ ДОСТОВІРНОСТІ В УТВОРЕННІ МАЯЧЕННЯ

Хмельницька обласна психіатрична лікарня №1

Ключові слова: маячення, маячне сприйняття, функціональні системи біологічного смислу та оцінки достовірності, сигніфікоз, цертоз

Проблема маячення лишається однією з найактуальніших в психіатрії. Маячення є досить частим психопатологічним феноменом, з яким зустрічаються не тільки лікарі-психіатри, а й психотерапевти, практикуючі психологи на будь-яких етапах надання психіатричної допомоги (амбулаторія, стаціонар, консультування поза медичними закладами тощо). За словами Н. Еу, «маячення поширюється по всьому полю психіатрії». Захворюваність маячними розладами складає 25-30 хворих на 100 тис. населення, за рік діагностується 2-3 нових випадки на 100 тис. населення. Крім того, вважається, що 1,1% чоловіків та 1,9% жінок в населенні хворіють на шизофренію, найчастішою формою якої є параноїдна [1]. З іншого боку, актуальність проблеми ілюструє той факт, що найважливіше значення в генезі суспільно небезпечних дій, що вчиняють психічно хворі, мають саме маячні синдроми [2].

Незважаючи на більш як півторастолітню історію та величезну кількість досліджень (феноменологічних, клініко-психопатологічних, психодинамічних тощо) різних аспектів маячення, при більш прискіпливому вивченні виявляється дуже багато суперечностей у визначенні таких характеристик як гострота маячення, дифузність та екстенсивність, чуттєве та образне маячення і т.д. Важко не погодитись з М. Рибальським (1993), який писав: «З впевненістю можна стверджувати, що загальна патологія, а саме загальна психопатологія, не знає жодного феномену, сутність та механізм виникнення якого були б такими незрозумілими, загадовими, мало вивченими, як сутність та механізм виникнення маячення»[3].

Певним чином це відбувається тому, що і дотепер нікому не вдалося дати вичерпну дефініцію маячення. Класичне визначення К. Яспера (маячення – судження, що виникає на хворобливому ґрунті, не відповідає дійсності, характеризується переконаністю та не піддається корекції) не витримує критики за жодним пунктом [4]. Це призводить до того, що в клінічній повсякденності часто досить важко (а навіть і неможливо) віддиференціювати маячення від таких феноменів, як марновір'я, переконання, домінуючі та надцінні ідеї, що призводить інколи до фатальних помилок. На жаль, сучасні тенденції розвитку психіатрич-

ної науки (невпинний відхід від психопатологічних, феноменологічних до нейроморфологічних, біохімічних поглядів на психічні розлади) не додають оптимізму. Відбувається поступове нівелювання психопатології як базису психіатрії. В крайніх випадках це призводить до того, що клініцисти не розрізняють навіть такі речі, як маячення та галюцинації (як відбувається, наприклад, в сучасній американській психіатрії). Проте не слід забувати, що психіатрія має справу перш за все з *переживаннями* пацієнта, і саме психопатологічний (феноменологічний) метод є найбільш придатним інструментом для вивчення цих переживань.

В фундаментальній монографії, присвяченій маячненню, Г. Губер та Г. Гросс (1977) стверджують, що його вивчення фактично почалося з «Загальної психопатології» К. Яспера (1913) [5]. В основі маячення, на думку К. Яспера, лежать первинні маячні переживання: маячне сприйняття, маячне уявлення, маячне усвідомлення та маячний настрій [6]. Ці переживання К. Яспер назвав первинними, так як вони виникають самі по собі, нізвідки, ні з чого не виводяться, є чимсь останнім («etwas letztes»), виникають в готовому вигляді, без попередньої логічної обробки. Вони не піддаються подальшій феноменологічній редукції і є неділимими феноменами. Ці положення з незначними змінами залишаються майже аксіоматичними і дотепер.

Проте ретельний феноменологічний аналіз первинних маячних переживань дозволяє піддати сумніву спостереження К. Яспера. Виявляється, первинні маячні переживання складаються з більш елементарних феноменів. Продемонструємо це на прикладі маячного сприйняття.

За К. Яспером, маячне сприйняття – це зміна особистісного смислу того, що сприймається.

Нижче наводяться клінічні приклади, які дозволяють поділити маячне сприйняття на більш елементарні феномени [7].

Випадок 1. Пацієнт І. під час роботи відчуває, що співробітники на нього звертають увагу. Визначає це за поглядами, виразом облич. Впевнений в тому, що на нього по особливому дивляться. Про причини такої уваги робить припущення: «Можливо, їм подобається, як я працюю, а можливо, вони дізнались, що я лікував-

ся в психіатричній лікарні, і тому з цікавістю дивляться на мене».

Тут маємо:

1. Патологічне переживання відношення (відчуття, що на нього звертають увагу).

2. Переконаність в достовірності особливого відношення (впевненість в тому, що на нього звертають увагу).

3. Інтерпретація про можливі причини такого відношення («їм подобається, як я працюю; вони дізнались, що я лікувався в психіатричній лікарні»).

4. Відсутність переконаності в достовірності інтерпретації («*можливо*, їм подобається, як я працюю; *можливо*, вони дізнались, що я лікувався в психіатричній лікарні»).

Випадок 2. Пацієнт М. помітив, що односельці по особливому на нього дивляться, щось шепочуть, коли він з'являється на дворі. Перекоаний в особливому до нього відношенні. Спочатку не міг зрозуміти причину такої уваги, потім зрозумів, що односельці знають про здійснену їм крадіжку велосипеда три роки тому. Почав відчувати себе незатишно в селі та невдовзі виїхав в інший район, проте й там помічав до себе особливу увагу з боку оточуючих; був переконаний, що на нове місце також сповістили про крадіжку велосипеда.

В цьому випадку:

1. Переживання відношення.

2. Переконаність в цьому відношенні.

3. Інтерпретація цього відношення.

4. Переконаність в достовірності такої інтерпретації.

На відміну від першого випадку, переконаність достовірності поширюється не тільки на переживання відношення, а й на інтерпретацію.

Випадок 3. Пацієнт А. в кінці поїздки в потязі, після легкого недомагання, відчув, що пасажирів сусіднього купе уважно на нього дивляться. Через деякий час відчув, що їхні жести, обличчя, інтонації, голоси та пози переповнені загрозою. Невдовзі зрозумів, що це якась банда, члени цієї банди вважають, що в нього багато грошей, тому хочуть пограбувати його та вбити.

Тут:

1. Безпосереднє переживання відношення.

2. Безпосереднє переживання загрози.

3. Переживання відношення та загрози супроводжуються переконаністю.

4. Інтерпретація відношення та загрози також супроводжується переконаністю (достовірністю).

На відміну від попереднього випадку тут крім переживання відношення має місце переживання загрози; обидва переживання спільно супроводжуються відчуттям достовірності.

Випадок 4. Пацієнт П., знаходячись в відділенні лікарні на протязі декількох днів, повідомляв: «Мені здається, що санітари про мене говорять та, можливо, хочуть побити. Ці обличчя здаються мені зловніми, вирази загрозливі. Я розумію, що це хвороба, дайте мені більше ліків».

В даному випадку:

1. Переживання відношення.

2. Переживання загрози.

3. Відсутність переконаності в достовірності особливого відношення та загрози («*здається*, що санітари про мене говорять; *можливо*, хочуть побити; обличчя *здаються* мені зловніми»).

4. Відсутність інтерпретації з переконаністю.

В даному випадку (на відміну від вищеописаного) переживання відношення та загрози не супроводжуються достовірністю.

Можемо зазначити, що в вищенаведених випадках (крім 4-ого) поєднуються 2 ряди феноменів. Перший ряд – це безпосередня, невиводима оцінка значення для особи того, що сприймається. Визначається, чи має відношення сприйняте для особи, чи ні; якщо має, то чи не становить це загрози для особи (тобто в описаних випадках – це переживання відношення та загрози).

Другий ряд – це оцінка сприйняття по модальності достовірності (переконаність в особливому відношенні чи загрозі, або відсутність такої переконаності). Тобто другий ряд – це переживання достовірності. Цікаво, що ці 2 ряди можуть співіснувати як разом в різних поєднаннях (як в 1-3 випадках), так і окремо (як в 4-ому, де існує тільки перший ряд). Поєднання двох рядів феноменів має чітку назву, дану К.Ясперсом, – маячне сприйняття. Але складові його ряди раніше не описувались.

Слід зазначити, що власне переживання відношення та загрози можуть бути феноменами нормального психічного функціонування. Кожному з нас знайомі ситуації, коли ми були в центрі уваги, або були змушені протистояти недоброзичливо налаштованим людям, від яких надходила реальна загроза. Але у випадках маячного сприйняття патологічним є виникнення відношення та загрози без об'єктивних чинників.

Виникнення цих переживань без попередньої логічної обробки, окремість їх появи, різні співвідношення цих переживань (як було продемонстровано вище) свідчать про наявність в ЦНС окремих структур, активація яких викликає ці переживання. Незалежність появи цих переживань від аналітико-синтетичної діяльності, і навіть навпаки, підпорядкованість аналітико-синтетичної діяльності цим переживанням (у вигляді інтерпретації) вказує на більш стародавнє в еволюційному аспекті їх походження. На ранніх етапах еволюції низькоорганізованим тваринам, що не мали розвинуеного аналітико-синтетичного апарату, було необхідно швидко оцінити біологічний смисл того, що відбувається навколо: потрібно було визначити, має чи не має відношення до особини інша тварина, а якщо має, які його наміри (загрожує чи благоволить), належить до свого роду, виду або до чужого, знайоме чи незнайоме і т.д. Так виник набір вроджених оцінок біологічного смислу, біологічної значимості, необхідних для виживання. Як сигнальні пози тварин (оскал, шипіння, гарчання і т.п.), так і їхня оцінка закріпилась

в філогенетичній, вродженій пам'яті. Виникли функціональні системи визначення біологічного смислу, що стали необхідною умовою для виживання особини та виду. Характерним є приклад, що наводить відомий етолог К. Лоренц (1991). Коли вчений завітав до біологічного музею з двома мавпами-мармазетками, вони були «паралізовані жахом при вигляді опудала тигра», хоча народились в неволі і до цього ніколи не зустрічались з тигром, – спрацювала видова пам'ять на небезпечного ворога.

Системи визначення біологічного смислу функціонально складаються з периферичної частини (діяльність аналізаторів) та центральної ланки, де відбувається співставлення сприйнятого з певними ознаками, що зберігаються в пам'яті. Збіг суб'єктивно проявляється відповідним переживанням (відношення, загрози, знайомості тощо). Ці системи визначення біологічного смислу ми назвали системами сигніфікації (від лат. *significare* – означати), а сам процес визначення смислу – сигніфікацією [8]. В процесі еволюції системи сигніфікації збагачувались умовно-рефлекторними механізмами; зменшувалась роль вродженої пам'яті, зростала роль індивідуально набутої пам'яті. Але суб'єктивний бік процесу збігу того, що сприймається, з тим, що зберігається в пам'яті, закріпився у вигляді переживань відповідної модальності як важливий фактор виживання.

За нормальних умов переживання біологічного смислу (значимості) виникає при наявності відповідних подразників, діяльності апарату прийому, обробки та співставлення інформації, що надходить, з тією, що вже є (тобто *інформогенно*). При патології це переживання виникає в результаті безпосередньої активації кінцевої ланки системи сигніфікації (тобто *фізіогенно*). Якщо патологічно викликане переживання біологічного смислу (*сигніфікоз*) будь-якої модальності (відношення, загрози, знайомості тощо) надається об'єктивно індіферентній інформації (напр., випадковим перехожим), то виникає хворобливе явище, що є складовим компонентом маячного сприйняття (насправді випадкові перехожі здаються такими, що звертають увагу, щось замишляють і т.д.).

Фізіогенна активація структур суб'єктивної представленості біологічного смислу може бути або ендогенною, як при шизофренії, або екзогенною, як у випадках електричної стимуляції підчас стереотаксичних досліджень, коли виникає переживання загрози при подразненні заднього латерального ядра таламуса (J. Delgado, 1971), чи переживання знайомості при стимуляції гіпокампа (H. King, 1961).

Патологічна активація систем сигніфікації (сигніфікоз) надає інформації, що надходить або відтворюється, ту якість, що визначає тему багатьох форм маячення, тобто є *темоформуєчим* фактором. Так, в себе пацієнт знаходить «чужі» думки, інтерпретація цього явища формує тему дії. А знаходження власних думок в словах оточуючих часто формує тему відкритості власного мислення. Переживання знайомості у поєд-

нанні з актуалізацією латентних ознак призводить до виникнення різних варіантів хибних впізнань, а переживання відношення в поєднанні з актуалізацією латентних ознак – до виникнення маячних ідей значення.

Переживання біологічного смислу не завжди супроводжується переживанням достовірності (як у 4-ому випадку). І навпаки, при образному маяченні немає явищ сигніфікозу, проте будь-які думки, уявлення, фантазії миттєво стають для пацієнта, говорячи словами В.Х. Кандинського (1890), «здійсненим фактом, очевидністю, істиною». Цей другий ряд психопатологічних феноменів (переживання достовірності) також має власну функціонально-структурну базу, існування якої доводиться як роздільною, так і поєднаною появою переживань достовірності та біологічного смислу. В такій системно-структурній роздільності і полягає, на нашу думку, фундаментальна біологічна доцільність, що закріпилась в процесі еволюційного відбору. В разі неповноти або нечіткості ознак небезпеки чи іншої біологічно важливої ситуації особині, з одного боку, необхідно визначити біологічний смисл цієї ситуації та підготуватись до адекватної реакції, а з іншого боку – не поспішати з здійсненням цієї реакції до встановлення достовірності цього біологічного смислу, щоб не допустити фатальної помилки. Уточнюються та доповнюються необхідні ознаки, відбувається додаткове співставлення, і лише коли настає повний збіг сприйнятих ознак з тими, що зберігаються в пам'яті, то виникає переживання достовірності, що надається переживанню біологічного смислу, а у людини – ще й судженням, умовиводам. Ці системи оцінки достовірності ми назвали системами сертифікації (від лат. *certus* – достовірний та *facere* – робити). Розділення біологічної оцінки на смисл (тему) та достовірність різко підвищило адаптивні можливості.

При фізіогенній активації структур суб'єктивної представленості достовірності будь-яке переживання, уявлення, інтерпретація (навіть найфантастичніша) набуває якості істинності, безсумнівності; отже, формується маячення. Іншими словами, патологічне переживання достовірності (*цертоз*) є фактором, що *призводить до утворення маячення*.

Таким чином, маячне сприйняття, що вважалось неділимим, не підлеглим подальшій феноменологічній редукції, складається з двох більш елементарних психопатологічних феноменів – сигніфікозу (патологічне переживання біологічного смислу) та цертозу (патологічне переживання достовірності). Якщо перший феномен є темоформуєчим фактором, то другий – таким, що призводить до утворення маячення. В контексті написаного на додаток до класичних дефініцій маячення ми можемо запропонувати наступне визначення: *Маячення – це хибне судження з фізіогенно викликаним переживанням достовірності*.

Література:

1. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – Москва: «Экспертное бюро-М», 1997. – 496 с.
2. Морозов Г.В., Белов В.П., Боброва И.Н. и др. Судебная психиатрия: Руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова. – Москва: Медицина, 1988. – 400 с.
3. Рыбальский М.И. Бред. – М.: Медицина, 1993. – 368 с.
4. Остроглазов В.Т. К определению бреда. К вопросу о двойственности его понятия: и «развитие личности», и «процесс»? // Независимый психиатрический журнал. - 2006. - №1. - С. 27-32.
5. Huber G., Gross G. Eine deskriptiv-phanomenologische Untersuchung schizophrener Wahns. – Stuttgart: Enke, 1977. – 181 s.
6. Ясперс К. Общая психопатология. – Москва: «Практика», 1997. - 1056 с.
7. Бородай В.Т., Джадж Н.В. О структуре первичных бредовых переживаний // Хмельницька обласна психіатрична лікарня №1. 1952-2002: Матеріали міжобласної науково-практичної конференції, присвяченої 50-річчю ХОПЛ №1. – Львів: Видавництво Національного університету «Львівська політехніка», 2002. - С. 57-63.
8. Бородай В.Т., Бородай В.М., Джадж Н.В. Роль функциональных систем биологического смысла и оценки достоверности в бредообразовании // Хмельницька обласна психіатрична лікарня №1. 1952-2002: Матеріали міжобласної науково-практичної конференції, присвяченої 50-річчю ХОПЛ №1. – Львів: Видавництво Національного університету «Львівська політехніка», 2002. - С. 64-67.

СТРУКТУРНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БРЕДОВОГО ВОСПРИЯТИЯ И РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ БИОЛОГИЧЕСКОГО СМЫСЛА И ОЦЕНКИ ДОСТОВЕРНОСТИ В ОБРАЗОВАНИИ БРЕДА

В.Т. Бородай, С.В. Корж

В описанных клинических случаях демонстрируется, что бредовое восприятие, считавшееся неделимым, состоит из более элементарных психопатологических феноменов – сигнификоза и цертоза; если первый является темоформирующим фактором, то второй – бредообразующим. Описывается роль функциональных систем биологического смысла и оценки достоверности в развитии бреда.

Ключевые слова: бред, бредовое восприятие, функциональные системы биологического смысла и оценки достоверности, сигнификоз, цертоз

STRUCTURAL-PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF DELUSIONAL PERCEPTION AND ROLE OF FUNCTIONAL SYSTEMS OF BIOLOGICAL MEANING AND EVALUATION OF RELIABILITY IN DELUSION FORMATION

V.T. Borodai, S.V. Korzh

Clinical cases presented demonstrate that delusional perception, previously regarded as indivisible, consists of psychopathological phenomena elementary still, such as significosis and certosis, the former being a plot forming factor and the latter being a delusion forming factor. Role of functional systems of biological meaning and evaluation of reliability in delusion formation are being described.

Keywords: delusion, delusional perception, functional systems of biological meaning and evaluation of reliability, significosis, certosis

УДК: 616.89-008-053.2-056.7:575:159.97

О.О. Древіцька

СПАДКОВЕ ПІДґРУНТЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ І СТРАТЕГІЇ ЩОДО ЇХ ТЕРАПІЇ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ключові слова: психічні розлади, психогенетика, психофармакогенетика, психотерапія

У світі зростає кількість публікацій про генетичні передумови у походженні психічних розладів. Народилася та інтенсивно розвивається психогенетика і генетика поведінки. Однак, психіатрія та інші клінічні дисципліни не встигають інтегрувати досягнення генетики [1;2;3].

Пізнання спадкової детермінації тих чи інших розладів потребує багато зусиль, оскільки було встановлено значно складніші механізми функціонування генів, ніж передбачалося раніше [3;4;5]. Роль генетичного фактору у походженні психічних розладів підтверджується близнюковими, генеалогічними, популяційними методами досліджень [1;2].

Однак, на сьогодні не представлені: загальна методологія у пізнанні механізмів спадкової детермінації психічних розладів у дітей, а також стратегія щодо подальших перспективних досліджень на межах наук – психіатрії і генетики з метою кращого пізнання механізмів етіопатогенезу, розуміння клініки, підходів до медикаментозного лікування і психотерапії цих розладів.

Мета роботи. Представити теоретико-методологічні основи розуміння спадкового підґрунтя психічних розладів і стратегію відносно їх медикаментозного лікування і психотерапії

Огляд наукової літератури свідчить про широкомасштабні генетичні дослідження психічних розладів, які відбуваються, насамперед, у розвинених країнах. Ці дослідження вказують на спадкову детермінацію більшості психічних розладів, насамперед, тих, які традиційно відносяться до захворювань з так званим ендемічним радикалом у походженні, таких як: шизофренія, афективні розлади, аутизм, епілепсія. При тому, суттєва роль спадковості проглядає і у спектрі пограничних психічних розладів: невротичних спектру, розладів особистості, гіперкінетичного синдрому, затримок психічного розвитку у дітей [1;2;6].

Дослідження ЕЕГ дають свідчення наявності високого рівня спадкової детермінації у функціях центральної нервової системи: майже абсолютну ідентичність показників ЕЕГ (у всіх відведеннях) у однайцевих

близнюків, подібність ЕЕГ у родичів пацієнтів: вона тим більша, чим більший коефіцієнт імбридінга (чим більше у досліджуваних спільних генів) [1;2].

Різноманітні психологічні дослідження на межах наук в руслі психогенетики показують суттєву роль спадковості (в близнюкових і сімейних дослідженнях) за більшістю психологічних параметрів: тривожності і депресії, нейротизму і паранояльності, за показниками вербального і невербального інтелекту. Ці дослідження також свідчать, що чим більший відсоток спільних генів, тим більша подібність у результатах досліджень [1;2].

Усі вищезазначені дослідження дають нам підставу заявляти про спадкову детермінацію особливостей функціонування центральної нервової системи і вищої нервової діяльності, а також про наявність спадкового підґрунтя відносно більшості психологічних проявів і психічних розладів.

Для розробки теоретико-методологічних основ подальших досліджень на межах психіатрії і генетики та з метою побудови теоретичної гіпотези, розглянемо схему основних механізмів передачі генетичної інформації.

Процес гаметогенезу завершується тим, що у статеві клітини попадає половинний набір хромосом, і в процесі їх рекомбінації, теоретично, кожна людина може передати потомству 2 у 23 ступені різних їх варіантів, що дорівнює близько 8 мільйонам і, відповідно, 64 трильйонів різних варіантів – у потомстві однієї пари, – що свідчить про унікальність кожної людини (крім однаєїцевих близнюків).

Логічний висновок із другого закону Менделя: якщо один із умовних генів (або варіантів SNP-поліморфізмів – за нинішніми поняттями про функціонування гена [5]) у біологічному плані є менш адаптивним (за законами Менделя - «рецесивним»), а його представленість у популяції складає 50%, то існує ймовірність його фенотипової реалізації у 25% народжених. Відповідно до цього вимальовується теоретична евристична статистична модель: кожна жива істота має приблизно 25%±(відсоток і похибка залежать від конкретного організму) відносно біологічно «слабших» пар алелів і приблизно 75%± біологічно умовно «сильніших». Їх розподіл за органами і системами неоднорідний і залежить від сімейної спадковості і випадкового поєднання генів при утворенні зиготи.

Генетичний код найбільш активно реалізує себе саме у центральній нервовій системі: 30-35% активних генів, тоді як у соматичних клітинах тільки 7-8% генів є активними [1;2]. Це свідчить про інтенсивні процеси функціонування генетичного апарату у центральній нервовій системі і про, відповідно, значну різноманітність варіантів нервово-психічного реагування.

Отже, пояснення генетичного підґрунтя психічного поліморфізму і основ для розуміння психічних розладів у вигляді теоретичної гіпотези наступне: кожна людина біологічно унікальна, неповторна; при тому кожна має свої відносні «слабші» і «сильніші», генетично детерміновані основи для функціонування центральної нервової системи, в тому числі щодо її розла-

дів і компенсаторних можливостей.

Вже проведені і вивірені клінікою психофармакогенетичні дослідження дають підставу шукати несприятливі для психічної адаптації гени серед тих, що детермінують структуру і функції нейромедіаторів: ДОФА, катехоламінів, ГАМК, ацетилхоліну, а також генів, які «відповідають» за стан гематоенцефалічного бар'єру, за загальний та клітинний (щодо нервової системи) імунітет [7;8].

Слід зазначити, що у стратегії досліджень важливо, щоб об'єктом досліджень вагомим кореляцій щодо спадковості були не стільки захворювання (бо вони є полігенними), скільки окремі яскраві симптоми, які в психіатрії проявляються скоріше як результати психологічних обстежень тієї чи іншої сфер психічної діяльності, а також результати біохімічних обстежень, ЕЕГ-обстежень – оскільки ці фенотипові маркери функцій нервової системи є більш відповідними відносно окремих генів.

За законами статистики, накопичення «несприятливих для психічної адаптації» генів (SNP-пар), може бути частішим при наявності їх у обох батьків дитини, однак у них вони фенотипово можуть не проявлятися, перебуваючи в гетерозиготних алелях, а отже вирахувати ймовірність народження хворої дитини при відсутності патології у батьків практично неможливо. У переважній більшості це випадкова біда. Тому ми вважаємо, що більшість психічних розладів є непрогнозованими і ці люди та їх рідні потребують соціальної підтримки.

Поступово в процесі генетичних досліджень буде встановлено сутність генів і кореляції між ними і конкретними їх фенотиповими проявами, а також виникне питання індивідуального підбору ліків, які будуть відповідними до особливостей біохімізму мозку конкретного пацієнта.

Варіантів різноманітних психічних порушень є безліч, відповідно до цього підходи і принципи гуманістичної клієнт-центрованої терапії відповідають досягненням і висновкам сучасної генетики, оскільки враховують індивідуальні особливості психічних розладів. Через те доцільно впроваджувати індивідуально орієнтовану психотерапію і психологічну корекцію, за принципами гуманістичної психології, що не виключає використання й інших технік в руслі цієї парадигми.

Отже, основними висновками цієї роботи є наступні:

1. Спадкова сутність детермінації психічних розладів залежить від випадкового накопичення у процесі утворення конкретної зиготи умовно «несприятливих для психічної адаптації» генів
2. Їх кількість і патогенність визначають: клінічну розмаїтість психічних розладів, їх прогредієнтність, наявність коморбідності.
3. Поступово у психіатрії буде запит на індивідуальне лікування, яке буде базуватися на врахуванні унікальної конфігурації «несприятливих» генів у конкретного пацієнта; ефективність терапії стане кращою, збільшиться так званий комплаєнс, а пацієнти матимуть більше шансів на щасливе повноцінне життя.

Література:

1. С. Малых, М. Егорова, Т. Мешкова *Психогенетика. Учебник для ВУЗов Путер*, 2008, 408 с.
2. Равич-Щербо И. *Психогенетика. Уч-к (2-е изд.)*. -М.:Аспект-Пресс, 2008. -448с.
3. Walter H, Schnell K, Erk S, Arnold C, at al. *Effects of a Genome-Wide Supported Psychosis Risk Variant on Neural Activation during a Theory-of-Mind Task.* // *Journal: Mol Psychiatry* Year: 2011; :Pages:16(4):462-70
4. Neale BM, Medland SE, Ripke S, Asherson P, Franke B, Lesch KP, *Meta-analysis of genome-wide association studies of attention-deficit/hyperactivity disorder.* // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Sep;49(9):884-97. Epub 2010 Aug
5. Carlson, Bruce (2008-06-15). "SNPs — A Shortcut to Personalized Medicine". *Genetic Engineering & Biotechnology News* (Mary Ann Liebert, Inc.) 28 (12). Retrieved 2008-07-06. "(sub)title Medical applications are where the market's growth is expected".
6. Sobanski E, Banaschewski T, Asherson P, Buitelaar J, at al. *Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence.* // *J Child Psychol Psychiatry*. 2010 Aug;51(8):915-23. Epub 2010 Feb 1.
7. Baghdadli A, Gonnier V, Aussilloux C. [Review of psychopharmacological treatments in adolescents and adults with autistic disorders]. *Encephale*. 2002 May-Jun;28(3 Pt 1):248-54.
8. Honer WG, Thornton AE, Sherwood M *Conceptual and methodological issues in the design of clinical trials of antipsychotics for the treatment of schizophrenia.* *CNS Drugs*. 2007;21(9):699-71

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОСНОВА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СТРАТЕГИИ ИХ ТЕРАПИИ

О.О. Древицкая

В публикации представлена гипотеза наследственной детерминации психических расстройств, приведены доказательства в пользу данной гипотезы, и на ее основе предлагаются стратегии будущих исследований и терапии психических расстройств.

Ключевые слова: психические расстройства, генетика, психофармакогенетика, психотерапия

HEREDITARY BASIS OF MENTAL DISORDERS AND THEIR TREATMENT STRATEGY

О.О. Drevitskaya

This publication presents a hypothesis of determination of mental disorders, given the evidence for this hypothesis, and based on it proposes strategies for future research and treatment of mental disorders.

Keywords: mental disorders, genetics, psychopharmacogenetics, psychotherapy

УДК 615.851+616.89+159.9]:616-07.001

В.А. Курило, Н.В. Данилевская
СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: семейная дезадаптация, расстройства личности, система психопрофилактики, психотерапия

Семейная дезадаптация является серьезной проблемой современного общества, приводящей к ряду социальных и медицинских проблем, особенно в случае, когда выявляется у лиц с расстройствами личности, в свете чего становится необходимой разработка системы психопрофилактики указанной патологии.

Задачами предложенной нами психопрофилактики семейной дезадаптации у лиц с расстройствами личности является недопущение возникновения, усугубления и рецидивов семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности.

Учитывая патогенез возникновения рассматриваемой патологии, психопрофилактическая деятельность должна быть направлена на три составляющих расстройства:

- расстройство личности члена семьи;
- семейную дисфункцию;
- семейную дезадаптацию членов семьи.

А также на первопричины, обуславливающие вышеперечисленные составляющие. В связи с чем, факторы, наиболее часто приводящие к семейной дезадаптации у лиц с расстройствами личности, нами были разделены на следующие:

1. Внутренние:

- индивидуально-типологические свойства и особенности личности самого индивида.

2. Внешние:

- внутрисемейная атмосфера;
- социальное окружение вне семьи.

Следует выделять **первичную** психопрофилактику семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности, в рамках которой проводятся следующие направления работы:

- предупреждение возникновения расстройств личности у населения;
- предупреждение возникновения семейной дисфункции в рассматриваемой социальной среде;
- предупреждение возникновения семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности.

В рамках **вторичной** психопрофилактики семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности следует добиваться:

- раннего выявления, диагностики, комплексного лечения и предупреждения прогрессирования расстройств личности у населения;
- раннего выявления, диагностики, устранения и

предупреждения прогрессирования семейной дисфункции;

– раннего выявления, диагностики, предупреждения прогрессирования и устранения семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности.

Третичная психопрофилактика направлена на:

– поддержание компенсации расстройства личности;

– недопущение усугубление расстройства личности у лиц с данной патологией в случае невозможности достижения компенсации;

– поддержание адекватного функционирования семей, у членов которых выявляется расстройство личности, недопущение рецидивов семейной дисфункции;

– недопущение возрастания семейной дисфункции в таких семьях, в случае, когда компенсация не была достигнута;

– поддержание семейной адаптации у лиц с расстройствами личности, недопущение рецидивов семейной дезадаптации;

– недопущение возрастания семейной дезадаптации у лиц с расстройствами личности в случае, когда не было достигнуто полного устранения семейной дезадаптации.

Систему психопрофилактики семейной дезадаптации представляется возможным разделить на два уровня, в зависимости от субъектов ее внедрения (табл. 1 и 2).

Социальный уровень психопрофилактики реализуется за счет социальных и гуманитарных служб и, в свою очередь, разделяется на следующие виды:

1. Учебно-информационный – формирование правильного представления о семье: задачах и функциях семьи, внутрисемейных моделях поведения.

2. Санпросветительный – формирование понятие о психогигиене, поддержание медицинской грамотности

населения.

3. Первично-диагностический – выявление групп риска и клинических проявлений психических расстройств на доврачебном этапе.

а) выявление групп риска и профилактическая работа с ними;

б) выявление клинических проявлений нарушений и направление больных в специализированные лечебные учреждения для диагностики и лечения.

Медицинский уровень психопрофилактики реализуется медицинской службой и разделяется на:

1. Консультативно-диагностический – работы по консультированию населения и диагностики расстройств личности, семейной дисфункции и семейной дезадаптации у лиц с расстройствами личности.

2. Лечебно-профилактический – оказание лечебно-диагностической помощи населению, с рассматриваемой патологией.

Систему первичной психопрофилактики предлагается разделить на два этапа, в зависимости от патогенетических периодов возникновения патологии:

Первый этап – рассчитан на психопрофилактическую деятельность в период становления личности индивида с целью недопущения формирования расстройства личности. Основная нагрузка на реализацию данного этапа в рамках первого, а особенно второго звеньев системы психопрофилактики возлагается на семью ребенка, учебные заведения, центры социальной помощи, органы опеки и попечительства, детские медицинские учреждения.

Второй этап – психопрофилактика ориентированная на недопущение возникновения семейной дисфункции и семейной дезадаптации у лиц с нарушением личности в период становления и развития семьи.

Таблица 1

Субъекты психопрофилактической помощи в структуре психопрофилактической помощи при семейной дезадаптации у лиц с расстройствами личности

Уровень психопрофилактической помощи	Субъекты психопрофилактической помощи	Виды психопрофилактической помощи
Социальный	Педагоги	Санпросветработа, социопомощь
	Социологи	
	Члены семьи	Самопомощь, семейная помощь
	Общие психологи	Психологическая
Медицинский	Медицинские психологи	
	Врачи-интернисты	Первая врачебная
	Врачи-психотерапевты	Врачебная квалифицированная, специализированная
	Врачи-психиатры	

Таблица 2

Универсальная система психопрофилактики семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности

Уровень помощи	Под-уровень помощи	Методы психопрофилактической коррекции	Продолжительность воздействия	Задачи психопрофилактики	Цели психопрофилактики
Социальный	Индивидуальный	Самовнушение по Шульцу	Постоянно	– Поддержание компенсации расстройства личности. – Гармоничное внедрение во внутрисемейную и социо-культурную среду.	– Поддержание компенсации расстройства личности. – Поддержание семейной адаптации всех членов семьи.
		Арттерапия			
		Натурпсихотерапия			
		Библиотерапия			
		Музыкотерапия			
		Психическая саморегуляция			
		Личностное саморазвитие			
	Контроль поведения				
	Внутри-семейный	Семейные беседы, вечера, уик-энды	Постоянно	– Выявление и своевременная компенсация расстройства личности у члена семьи. – Примирение с некоррегируемыми недостатками членов семьи. – Гармонизация внутрисемейных отношений, выявление и устранение неверных внутрисемейных моделей поведения. – Нормализация семейного функционирования.	
		Нормализация внутрисемейных отношений			
		Гибкие модели поведения			
		Адекватное распределение внутрисемейных ролей			
		Совместное преодоление психотравмирующих ситуаций		– Исключение, устранение, примирение с факторами во внешнесемейном окружении, способствующих дестабилизации семейных отношений и декомпенсации расстройства личности	
Социальный	Социальная коррекция	Систематически			
Медицинский	Психологический	Методы психологической коррекционной работы	Эпизодически	– Поддержание компенсации и коррекционная работа по устранению начальных проявлений декомпенсации расстройства личности, семейной дисфункции и семейной дезадаптации.	
	Врачебный	Система психотерапии	Курсовая		
		Психофармакотерапия			
		Физиотерапевтические методы			

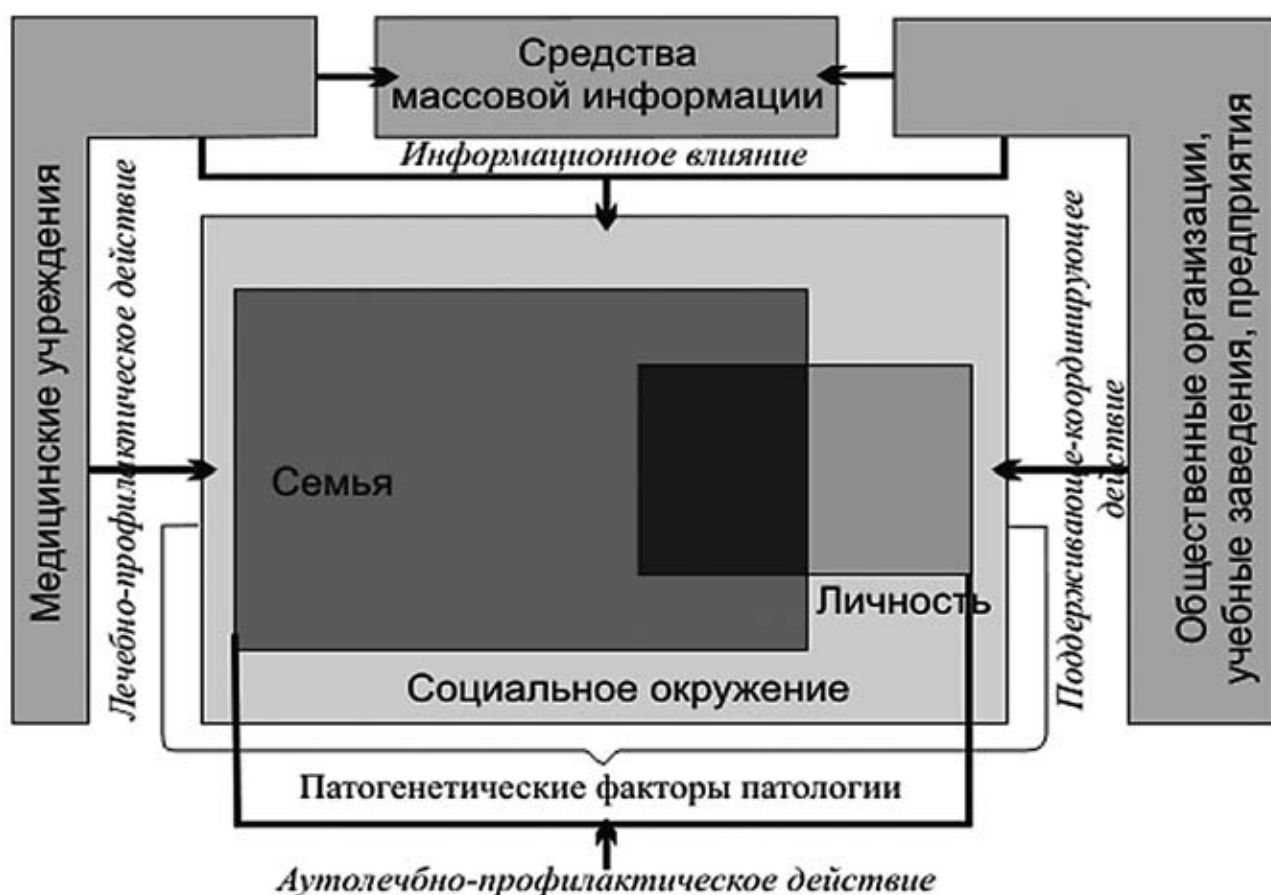


Рис. 1 Усредненная система психопрофилактики

Усредненная система психопрофилактики представлена на рисунке 1

Однако, первичная, вторичная, третичная системы психопрофилактики имеют ряд различий, которые

будут рассмотрены ниже.

Систему первичной психопрофилактики можно отобразить схемой, представленной на рисунке 2:

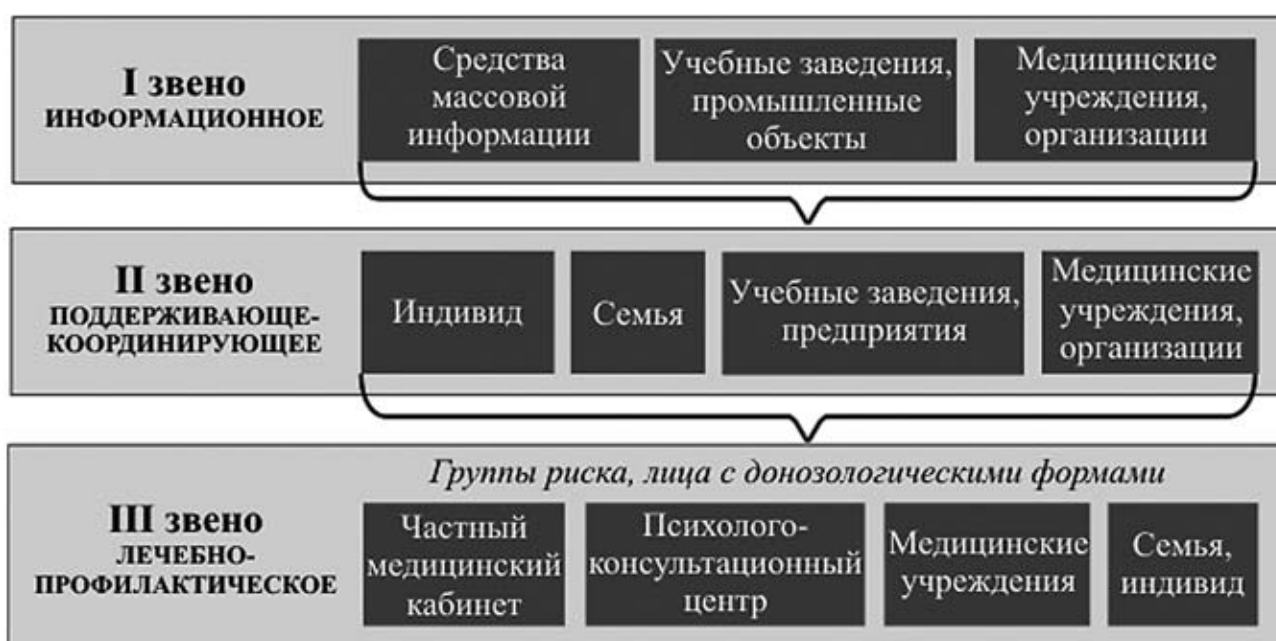


Рис. 2 Звенья системы первичной психопрофилактики семейной дезадаптации и расстройств личности

I звено – Информационное – задачей которого является формирование представлений об институте семьи, норме и патологии внутрисемейных отношений, повышение медицинской грамотности населения, обучение психогигиене и психопрофилактике расстройств личности, семейной дезадаптации и семейной дисфункции, алгоритму поведения в случае подозрений на наличие рассматриваемого расстройства. Достижение поставленных задач реализуется через:

- средства массовой информации посредством санитарно-просветительных телепередач, статей в периодических изданиях, наружной рекламы и пр.;
- учебные заведения (школы, техникумы, вузы), предприятия (заводы и пр.) посредством тематических собраний, лекций, стенгазет и пр.;
- медицинские учреждения посредством санпросветработы медицинского персонала, информационных плакатов в поликлиниках и стационарах и т.п.

II звено – Поддерживающе-координирующее – задачей данного звена является обеспечение и поддержание психического здоровья индивидов и адекватного внутрисемейного функционирования с целью недопущения развития расстройств личности, семейной дисфункции и семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности. Реализация задач данного звена ложится на самих индивидов, членов их семей, медицинские учреждения, психолого-консультативные центры, учебные заведения, детские и юношеские органи-

зации, предприятия (заводы, пр.) в рамках создания оргкомитетов, профкомитетов, кружков семьи, проведения тематических собраний, курсов с целью обучения психогигиене и психопрофилактике для поддержания здоровья личности, института семьи, а также выявления групп риска возникновения рассматриваемой патологии.

III звено – Лечебно-профилактическое – задачей данного звена является углубленное проведение лечебно-профилактических мероприятий по профилактике возникновения рассматриваемой патологии у групп риска или лиц с донозологическими формами психопатологии. Выполнение задач данного звена возлагается на медицинские учреждения, психолого-консультационные центры, а так же на семью и самих индивидов под контролем лечебно-профилактических учреждений. Акцент в представленной системе психопрофилактики делается на обязательном оказании консультативно-диагностической и лечебно-профилактической помощи в медицинских учреждениях (кабинетах медицинских психологов и психотерапевтов на базе поликлиник, психиатрических больниц) лицам из групп риска и с донозологическими формами рассматриваемой патологии.

Система вторичной психопрофилактики семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности состоит из четырех звеньев (рис. 3).

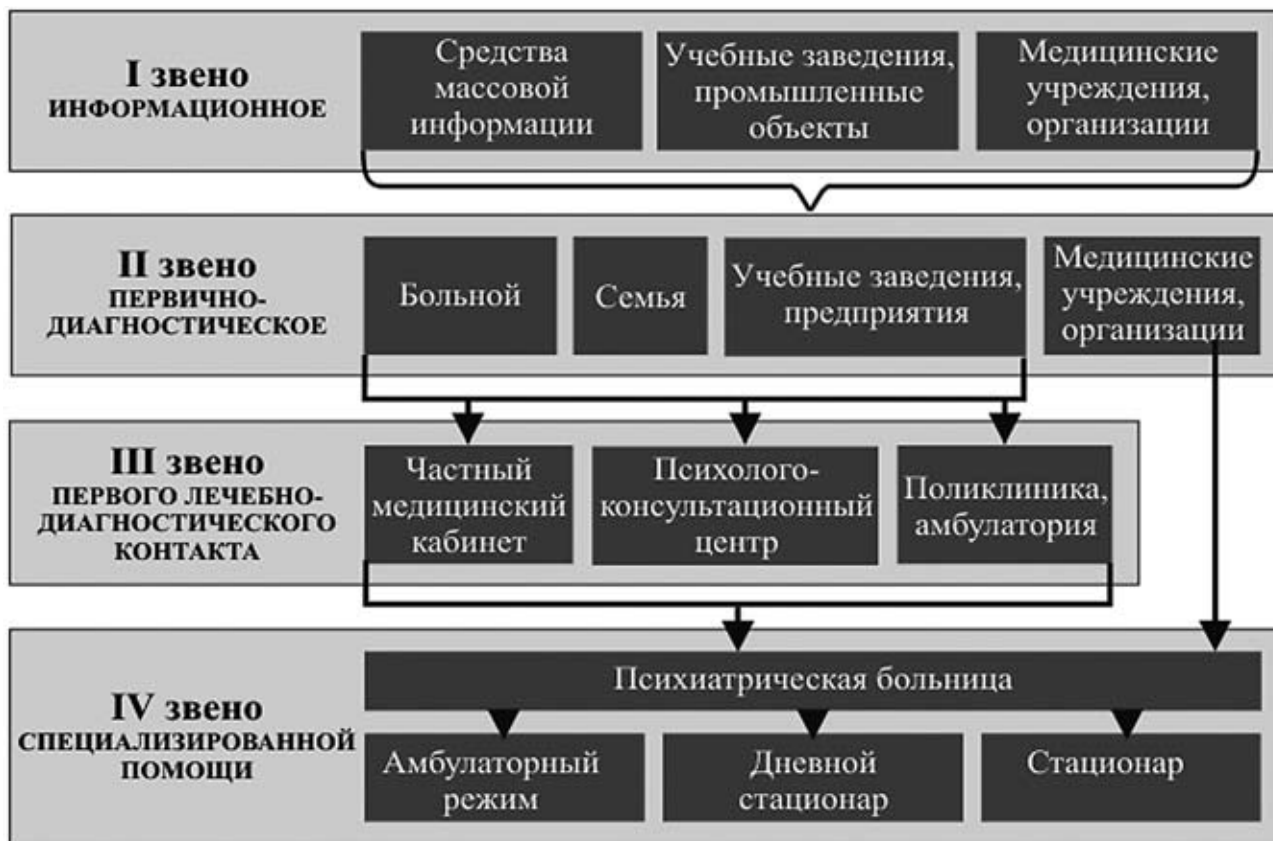


Рис. 3 Звенья системы вторичной психопрофилактики семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности

I звено – Информационное – данное звено идентично первому звену системы первичной психопрофилактики, однако, если в системе первичной психопрофилактики акцент в содержании информационного блока делается на психогигиене, недопущении возникновения рассматриваемых расстройств, то в первом звене системы вторичной психопрофилактики большее внимание уделяется созданию у населения представлений о рассматриваемой патологии, последствиях ее наличия, необходимости ее устранения, критериях своевременного выявления существующей психопатологии и алгоритму поведения в случае ее идентификации.

II звено – Первично-диагностическое – задача данного звена состоит в выявлении групп риска, а также наличествующей донозологической и нозологической рассматриваемой патологии у населения. Реализация данной задачи возлагается как на каждого члена общества (выявление рассматриваемой патологии либо риска ее возникновения у себя, родственников, знакомых), семьи (выявление рассматриваемой патологии у члена семьи), так и на учебные заведения, предприятия (в рамках профилактических осмотров), медицинские учреждения (поликлиники, стационары не психиатрического профиля) с целью направления больного в специализированные медицинские учреждения.

III звено – Первого лечебно-диагностического контакта – представлено медицинскими учреждениями «первого контакта», в которые могут обратиться пациенты с рассматриваемой патологией. Задачей данных учреждений является:

- первичная диагностика рассматриваемой патологии;
- направление пациентов в специализированные медицинские учреждения психиатрического профиля в случае обоснованности подозрений на патологию;
- проведение коррекционных мероприятий с целью недопущения развития рассматриваемой патологии в группах риска либо у лиц с донозологическими формами расстройств.

IV звено – Специализированной помощи – представлено специализированными медицинскими учреждениями психиатрического профиля, задачей которых является диагностика и оказание специализированной медицинской помощи семьям, у членов которых выявляется рассматриваемая патология.

Система третичной психопрофилактики семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности состоит из двух звеньев (рис. 4).

I звено – Поддерживающее – представлено институтами обеспечивающими поддержание семейной адаптации и компенсации расстройства личности у лиц с рассматриваемой патологией.

II звено – Лечебно-профилактическое – реализуется в случае возникновения рецидива семейной дезадаптации и (или) декомпенсации личности у лиц с рассматриваемой патологией и включает курсовое внедрение комплекса лечебно-профилактического воздействия, с целью достижения компенсации расстройства личности и устранения семейной дисфункции и семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности.

Эффективность предложенной системы психопрофилактики определялась методом экспертных оценок, где в качестве экспертов выступали главные врачи психиатрических больниц, заведующие психиатрических отделений, ведущие психиатры городов и областей, а также профессорско-преподавательский состав кафедр психиатрии на базе высших медицинских учебных заведений. Экспертами проведена оценка предложенной системы психопрофилактики, в результате чего сделано заключение о целесообразности внедрения предложенной системы для психопрофилактики семейной дезадаптации у лиц с расстройствами личности.

Литература:

1. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. – 2 изд. – М. : Медицина, 1984. – 272 с.
2. Психотерапия : Учебник. 3-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2007. – 672 с.

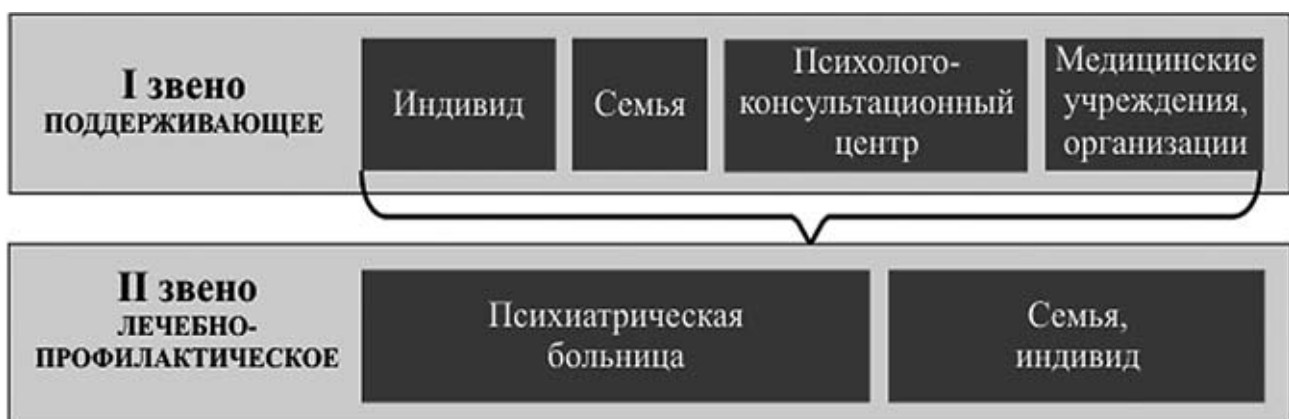


Рис. 4 Звенья системы третичной психопрофилактики семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности

СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ СІМЕЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ

В.А. Курило, Н.В. Данілевська

Розроблено систему психопрофілактики сімейної дезадаптації в осіб з розладом особистості, що включає первинну, вторинну, третинну психопрофілактику і спрямована на недопущення виникнення, посилення і рецидивів сімейної дезадаптації в осіб з розладом особистості.

Експертами проведено оцінку запропонованої системи психопрофілактики, в результаті чого зроблено висновок про доцільність впровадження запропонованої системи для психопрофілактики сімейної дезадаптації в осіб з розладами особистості.

Ключові слова: сімейна дезадаптація, розлади особистості, система психопрофілактики, психотерапія

SYSTEM OF PSYCHOPROPHYLAXIS FAMILY MALADJUSTMENT AMONG PEOPLE WITH PERSONALITY DISORDERS

V.A. Kurilo, N.V. Danilevska

A system of family psychoprophylaxis maladjustment for people with personality disorders, including primary, secondary, tertiary psychoprophylaxis aimed at preventing emergence, aggravation and relapse family maladjustment for people with personality disorder.

The experts evaluated the proposed system psychoprophylaxis, which concluded the feasibility of implementing the proposed system for psychoprophylaxis family maladjustment for people with personality disorders.

Keywords: family dezadaptation, disorders personality, system psychoprophylactic, psychotherapia

УДК 88.36:612.82/.4:616.89-008.44

А.В. Кігічак-Борщевська, Н.О. Ришковська
НАРОДЖЕННЯ САМОСТІ ЧЕРЕЗ ТРИВОГУ АБО «ЦАРСЬКА ДОРОГА» ДО СЕБЕ
(випадок з практики)

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Ключові слова: тривога, розвиток, емпатія, іпохондричні розлади

«Тривога часто стає «царською дорогою» до пізнання самого себе, дорогою, що пролягає через те, що ми відчуваємо, але не усвідомлюємо».

Юджин Джендлін

За сучасними оцінками приблизно 80% всіх фізіологічних та медичних проблем включають емоційні компоненти. Емоції і почуття – це своєрідне особистісне відношення людини не тільки до оточуючої дійсності, а й до самого себе. Якщо розглянути емоційні реакції в якості індикаторів потреб, що їх обумовили, то можна заключити, що вродженою здатністю викликати емоції володіють: потреба в самозбереженні (страх), в свободі рухів (гнів), і в отриманні особливого чину подразників, що свідчать про психічну захищеність Р (задоволення). Ці потреби визначають фундамент емоційного життя людини.

За Л. Виготським переживання – це найпростіша одиниця, відносно якої не можна сказати, що вона собою являє – вплив середовища на людину чи особливість її самої. Отож, переживання – це одиниця особистості і середовища, представлена у розвитку.

Труднощі неминучі в житті кожної людини, однак діти стикаються з ними навіть частіше за дорослих, оскільки те, що для дорослого здається звичним і природним, у дитини може викликати стурбованість, тривогу чи страх через брак власного досвіду.

Термін «тривога» був відомий у слов'янських мовах з першої половини 18 століття і означав «знак до битви». Тривога – це міст від реакції переляку до розуму, що з'являється на пізніших стадіях розвитку людини. Тривога – це переживання Буття, що стверджує себе на фоні Небуття. До сфери небуття відноситься все те,

що обмежує чи руйнує буття, наприклад, агресія, втома, нудьга і, звичайно, смерть. Розглядаючи тривогу з точки зору розвитку людини, К'єркегор каже про початковий стан малюка. Він вважає, що новонароджений перебуває в стані невинності, при цьому, знаходячись в єдності з природними умовами, зі своїм оточенням. малюк є відносно безсилою істотою. Спочатку важливим засобом міжособистісних стосунків стає плач малюка, потім він вчиться використовувати мову та символи, ці потужні інструменти культури, з допомогою яких людина працює над досягненням безпеки у стосунках з іншими. Але процес входження дитини в культуру починається задовго до появи в неї мови чи конкретних емоційних реакцій. Це відбувається за допомогою емпатії, «емоційного зараження» і єдності, які розвиваються між малюком та значимим іншим, як правило, мамою. Якщо дитина від самого народження отримує досвід взаємності, як, наприклад, в ситуації вигодовування грудьми, це допоможе малюку в подальшому зробити її, цю взаємність, невід'ємною частиною стосунків з людьми. Сандер (1962) вказує, що відповідальність за адаптацію та взаємність лежить на матері. Він виділяє 5 наступних стадій: «первинної адаптації, взаємного обміну, ранньої направленої діяльності, фокусування на матері та самоствердження». Критичну роль в кожному з цих періодів відіграє «ступінь ...відповідності материнської поведінки стану дитини і тим знакам, що подаються малюком».

Першою особливістю індивідуального психологічного розвитку є сильні емоційні стосунки з матір'ю. Батьки в значній степені задовольняють емоційні потреби дитини. Це закладає в ній основи для відчуття власної цінності. Такий сприятливий емоційний розвиток в ранньому дитинстві сприяє утворенню як сильного Его, так і сильного Супер-Его.

Другою характеристикою психологічного розвитку – установка табу за допомогою дисципліни, яку прищеплюють батьки. В зв'язку з цим агресивні почуття можуть бути скеровані на батьків. В цьому випадку ці почуття звичайно витісняються тим сильніше, чим інтенсивніше почуття. Чи у дитини розвивається вороже відношення до братів та сестер, які уявляються для дитини суперниками, бо також претендують на емоційну підтримку батьків. Оскільки задоволення емоційних потреб асоціюється лише з батьками (особливо з мамою), тривога, пов'язана з позбавленням задоволення, може посилити залежність дитини від батьків. В таких випадках батьки починають відігравати занадто важливу роль в якості засобу для зниження тривоги. Тоді, врешті решт, дитина починає надавати надмірне значення чемності. Тоді чемність стає найважливішим засобом зниження тривоги і, відповідно, нечемність викликає надмірне почуття провини і тривоги.

Якщо відношення батьків до дітей у ранньому віці має виключне значення для становлення емоційності, то в віці 5-6 років – не менше для формування вольових, особистісних та соціально-психологічних функцій.

Отож, тривога виникає в між особистісному просторі малюка із-за страху несхвалення зі сторони значимого іншого, під впливом потреби організму в безпеці і самовираженні. Але, поки що, тривога позбавлена конкретного змісту. В такому початковому стані тривога є «пошук пригод, жага невідомого, таємничого» [6]. І дитина рухається вперед, реалізуючи свої можливості.

В стані невинності дитина не усвідомлює, що, наприклад, можливість росту включає в себе кризи, конфлікти і боротьбу з батьками. Коли у дитини з'являється самосвідомість, вона починає гостріше відчувати і все значення можливостей, і відповідальність, що супроводжує їх. Можна сказати, що з цього моменту дитина починає рух до індивідуалізації. І шлях цей – це не гармонія з оточуючим світом, зокрема з батьками, але дорога, де дитина весь час навштовхується на опір оточуючого світу, дорога, подорожуючи по якій, в багатьох випадках, слід пройти через конфлікти зі своїми батьками. Ставляться під загрозу стосунки між дитиною і світом людей. Ці стосунки для дитини критично значимі, від них залежить не тільки задоволення фізичних потреб, але і відчуття безпеки.

Отож, індивідуалізація досягається за рахунок зустрічі зі своєю тривоگوю. Тривога же неминує з'являється в тих ситуаціях, де необхідно протистояти оточуючому світу, а не тільки відповідати своєму оточенню. Той момент, коли людина гостро усвідомлює можливість своєї свободи, можна передати, як «жахаюча можливість змогти» [5].

В звичайних умовах людина може конструктивно використовувати тривогу як «навчаючий досвід», і це не перешкоджає нормальному розвитку. Відрізнити нормальну тривогу від невротичної дозволяє інтенсивність реагування.

У кожної людини невротичну тривогу породжує своя конкретна загроза; визначаючи роль тут відіграє та невротична риса характеру людини, яка підтримує її безпеку. У того, хто чіпляється за інших, щоб знизити свою базову тривогу, – приступ тривоги виникає тоді, коли її можуть покинути. У нарцистичної особистості, в якій в дитинстві базову тривогу знижувало захоплення батьків, тривога виникає у відповідь на небезпеку, що вона не отримає визнання і захоплення. Якщо безпека людини залежить від її скромності і непомітності, тривогу викликає ситуація, при якій їй слід «вийти на сцену». Тобто, тривогу може спровокувати все, що ставить під загрозу захисні засоби людини, тобто її невротичні тенденції.

Тривога і провина присутні в той момент, коли особистість готова вступити у стосунки. Це відноситься до всіх тих моментів, коли людина вступає в нову фазу розвитку своєї особистості.

Тривога має на увазі існування внутрішнього конфлікту; це ще один важливий наслідок самосвідомості. Тривога «...потяг до того, що наводить жах, симпатична антипатія. Тривога є стороння сила, що оволодіває людиною, і при цьому людина не може з нею розлучитися, та і не хоче; людина боїться і одночасно бажає того, чого боїться. Так тривога робить людину безсилою» [5]. Хоча рефлекторна тривога і має на увазі більш певний зміст, об'єкт тривоги ніколи не можна визначити з абсолютною точністю, тому що тривога має відношення до внутрішнього стану конфлікту. Саме неможливість виявити джерело страху робить тривогу таким важким переживанням, що позбавляє людину самоконтролю. «Створюється враження, що в міру посилення тривоги її об'єкт і зміст все в більшій степені зникають...Чи не заключається тривога саме в цій неможливості точно зрозуміти, де знаходиться джерело небезпеки?» [2]. Тривога ніби «нападає з тилу» чи зі всіх сторін одночасно. Відчуваючи страх, людина концентрує свою увагу на об'єкті небезпеки, напруження приводить її в стан готовності, щоби можна було кинутися у втечу. Від подібного об'єкту можна втекти, оскільки він займає певне місце в просторі. В момент же тривоги спроба втекти являє собою незрозумілу поведінку, оскільки неможливо локалізувати загрозу в просторі і ти не знаєш, в яку сторону бігти.

Разом з тим, 19% від всіх дитячих страхів (найбільша група) складають страхи перед таємничими істотами – привидами, відьмами і т.п. Отож, значна частина страхів, описаних дітьми, не має майже ніякого відношення до тих неприємностей, які діти переживають в реальності. Очевидно, що рівень зрілості є одним з визначаючих чинників реакції дитини на небезпечну ситуацію [3].

Тривога блокує активність людини і заставляє її повернутися до попереднього стану безпеки. Тому вона мотивує ухилення від прийняття рішень та від відповідальності. Якщо людина боїться вираження свого імпульсу, бо це загрожує небезпекою, що можна сказати про характер стосунків цієї людини з іншими людьми.

Цікаві дослідження стосуються взаємозв'язку між тривогою і низьким рівнем самоповаги. «Збільшення рівня самоповаги посилює відчуття щастя, цілісності, енергії, своєї корисності, свободи ті комунікабельності. Зниження самоповаги посилює відчуття нещастя, безладу, тривоги та обмежених можливостей» [4].

Якщо є тривога, значить людина живе. Як і гарячка, тривога свідчить про те, всередині людини відбувається боротьба. Поки ця боротьба продовжується, ще не пізно знайти конструктивне вирішення проблеми.

В роботі з проявами тривоги у різноманітних її «обгортках» доводиться зустрічатися часто. Але хочеться поділитися досвідом саме нижче згаданого випадку, бо залишилися почуття завершеності, задоволення та оптимізму (що, нажаль, не завжди мають місце при проведенні психотерапії із-за різних об'єктивних та суб'єктивних чинників).

О., майже у 14 років, звернулася за консультацією разом з тіткою-рідною сестрою мами. Останніх 2 роки дівчина проживала у родині тітки в зв'язку з тим, що батьки працюють за кордоном. Скарги носили виражене іпохондричне забарвлення – обоє, тітка і племінниця, вже стомилися від постійних обстежень у лікарів різних профілів у зв'язку з регулярними проблемами у дівчини. То боліло горло, то голова, то живіт, то суглоби, і кожна із скарг відповідно, «обростала» множинними хвилюваннями, найгіршими фантазіями щодо здоров'я і... тривогою. Відповідно до когнітивної теорії Beck (1985 р.) думки та образи, що стосуються певної загрози (тут - загрози здоров'ю), пов'язані з тривогою. Крім того, з тривогою завжди пов'язана алекситимія. Відповідно, у зворотному напрямку, там, де є тривога, більше шансів для алекситимії, а отже-для тілесно-психічних розладів. Тривога супроводжує всі форми психосоматичних дезадаптацій, а у випадку депресивних та іпохондричних розладів виступає у якості стрижневого компонента [7].

Враховуючи неоднозначність трактування іпохондричного синдрому, наявність вагомого чинника дисгармонії для дівчини, яка перебувала у віці апогею (за даними літератури) підліткової кризи, відсутності реальної батьківської підтримки і, особливо, її таких важливих тілесної, емоційної часток, - тактика терапії розгорталася в ключі емпатії, розширення зони довіри, актуалізації та розуміння почуттів, а з ними, і самої себе в контексті ситуації. І ще – психотерапія тривоги – це, перш за все, прийняття Хаосу.

На початкових етапах була застосована трансова техніка (активної візуалізації) «Подорож у дитинство». І першою в О. «виринає» фантазія-спогад – їй 14 р., (нагадую, на цей момент їй ще не сповнилося 14 р.)

біля ялинки веселе радісне свято з мамою і татом (несвідомий мікст ресурсу раннього дитинства, коли батьківських тепла і турботи ще було достатньо і значущого дефіциту сьогодення). 2-а «картинка» з «подорожі» - дівчинці 8 р. – тепле і радісне свято з друзями і батьками, де реальна тоді і така важлива батьківська увага матеріалізована у вигляді дуже смачного улюбленого торта дівчинки, виконаного на замовлення. І не дивно, що в підсумовуючій динамічній техніці «Ландшафт почуттів» на завершення зустрічі вербалізується тема «Любові». Коментар щодо динаміки тривоги у О. - при проведенні на початку терапії релаксаційної тілесно-орієнтованої вправи «Пір'ячко» до пір'ячка було «дуже далеко», тіло «не слухалося»; у виборі пози для проведення «Подорожі» перевагу надано кріслу, а не кушетці, очі постійно були відкриті; протягом усієї зустрічі періодично заглядала на годинник, хоча при уточненні сказала, що нікуди не спішить. Щодо розуміння себе і своїх ресурсів (вправа «Ім'я»), то при пошуку 9-ти позитивних рис у собі тільки дві – було наведено самостійно («вірність», «чесність») - згодиться, досить дорослі критерії як на неповних 14 р.

Під час наступної терапії, яка за об'єктивних обставин (путівка до табору) відбулася через 2 тижні, при реагуванні вражень від минулого періоду продовжували звучати чергові соматичні скарги (без жодного об'єктивного ґрунту). При виконанні вправи з саморегуляції «Бесіда з ельфом», де з використанням трансового стану отримується досвід з поповнення себе радістю, при підсумковому проведенні аналізу прояснено, що дівчина зовсім не змогла знайти способів здійснити щось для себе. При виконанні кінестетичного малюнку сім'ї - поряд, першими за порядком близько один біля одного зображені фігури батьків без стоп і кистей, ідеалізовано усміхнені, поряд з ними-біблія, останньою намальована О. – контури без обличчя, на колінах, з простягнутими у молитві руками, зверненими до батьків. Із коментаря дівчини – «дуже хвилююся за батьків, за їх здоров'я, молюся за них». В «Ландшафті почуттів» – «Неспокій».

На 3-ій зустрічі продовжуємо рухатися глибше і «працюємо» про емоції (техніка «Контур людини»). За вказаною інструкцією невербально (малюнком) відображається 3 почуття: любов, страх, злість. Першою дівчина зображає «злість»(можна уявляти, що це почуття у великій дозі є найбільш поверхневим). Але в коментарі звучить: «люди постійно кричать, лають одне одного». Страх виявився другим за глибиною почуттям. Роз'яснення: «невідомість попереду». «-Любов» - «люблю весь світ, ніколи не ображаюся на світ, який люблю». Зрозуміло, що з такою філософією важко визнати об'єктивність неприємних емоцій і відповідно їх опрацювати. За другою частиною цієї вправи в контурі людини «з'являються» довільні (а в дійсності-найзлободенніші) емоції: відповідно-страх (локалізований у нижніх кінцівках); радість, що «заповнює» всю голову, і сум, розміщений у руках, але при позначенні якого О. намальовала ніби купол, який

охоплює верхню частину істоти. Історія, яка повинна була прозвучати від імені першого почуття (страху) мала наступний вигляд: «Я (страх) приходжу до тебе не завжди - коли щось болить, коли ти вдаришся, коли маєш маленьку подряпину, і ти мене приймаєш - це не дуже добре. Тобі мене позбутися важко». Зрозуміло, після цього слідував коментар терапевта про структуру емоцій, їх «право на життя», на розуміння і прийняття.

У вправі «спектрограма поколінь» представником великої родини, з якою на цей момент була потреба «ближче» поспілкуватися, виявилася мама. Використовуючи психодраматичну техніку обміну ролями, було проявлено реалістичне сприйняття ситуації дівчиною - розуміла всі тривоги, сум та неспокій батьків з приводу примусової розлуки. Місця для злості, нажаль, не знайшлося. Було акцентовано ресурсність найближчого майбутнього - через кілька місяців батьки обіцяли приїхати (з родиною було обговорено важливість прозорості у реалізації цих перспектив, адже у О. вже був досвід розчарування при невиконанні обіцянки). В «Ландшафті почуттів» актуалізовано тривогу.

Не можна не прокоментувати той факт, що з ролі психіатра, спостерігаючи вираженість тривоги та її наслідків, важко було втриматися від м'якого біологічного «підкріплення» процесу. Але, як потім виявилось, в зв'язку з черговим соматичним обстеженням колеги попросили втриматися від будь-якої фармакотерапії. А позитивна динаміка поволі, але впевнено «давала про себе знати» - отож чистота експерименту та об'єктивність психотерапевтичного процесу була очевидною. Отож на 4-у щотижневу терапію дівчина з'явилася значно веселішою (про що було отримано паралельну інформацію і від тітки), розповіла про приємні почуття після повернення з весілля. Прокоментувала, що здоров'я вже привертає менше уваги, але: «коли вдаюся, зразу хочеться до тата і мами».

Тривогу породжує не будь-яка небезпека. Тільки небезпека, що несе в собі загрозу для існування організму (не тільки фізичного, а й психологічного), викликає тривогу. Це може бути загроза для цінностей, з якими організм ідентифікує своє існування. Вибудовується певна послідовність: страх втрати матері при народженні, страх втрати пенісу у фалічний період, страх втрати схвалення зі сторони Супер-Его (соціального і морального схвалення) в латентний період і, нарешті, страх втрати життя. Всі ці страхи скеровані до одного прототипу-до відділення від матері. Будь-яка тривога, яку людина відчуває пізніше, «в деякому сенсі означає відділення від матері» [1]. Тривога, на думку Ранка, це опасання, що супроводжують етапи відділення. Тривогу відчувають при зміні попередньої ситуації, де існувала відносна єдність з оточуючим середовищем, від якого людина залежала: це тривога перед необхідністю стати автономним. Але тривога виникає в тому випадку, коли людина впирається відділенню від безпечної ситуації: це тривога втрати автономії.

Крім того, невротичні страхи (тривоги) тісно переплетені з переживанням самотності (суб'єктивним від-

чуттям дефіциту емоційної близькості, підтримки, контакту). Тому подолання почуття самотності неминуче зменшує самі тривоги.

На одному з попередніх занять було рекомендовано завести «зошит досягнень» (на той момент - реакція була жвавою). Тепер, при виясненні динаміки заповнення зошита, О. було прокоментовано, що не має, що вносити (весілля і пов'язані з ним емоції ще не ввійшли в зону позитивного досвіду). В роботі за технікою «Моє коло спілкування» черговий раз було прояснено, що дівчина практично не визнає двополюсності стосунку і можливості суб'єктивного, не завжди позитивного, внеску в цей стосунок іншої людини (можливо, на це вплинули акцентовано релігійні засади виховання у родині). Працюючи над об'єктивізацією реальності людських взаємодій, можна було виходити на стратегію розширення власних ресурсів і не прийняття «на себе» зовнішніх чинників, вплив на які не є зоною власної компетенції. «Ландшафт почуттів» - «Радість». При наступній зустрічі скарги на здоров'я вже не звучать, спонтанно відреагуються події шкільного життя. За технікою «Господар бажань» в трансовому режимі «подорожується» «країною власних страхів», які поступово трансформуються у власні бажання. Створений після цього Яскравими барвами малюнок «Провідник по життю»: але дівчинка, яку ангел тримає за руку, не має ще не кистей, ні стоп, хоча обличчя вже промальоване. Розповідь за малюнком: «Бачу ангела і себе. Ангел проводить мене всюди, де є страхи. Почуття здивування та цікавості». «Ландшафт почуттів» - цікаве поєднання двох, одночасно існуючих «тут і зараз» почуттів - «Страх» і «Гарний настрій». На наступній зустрічі народилася репліка, яка багато чого варта. При роботі за черговою технікою спонтанно прозвучало: «Недавно ми з подругою так щиро сміялися, без особливих причин. Давно вже такого не було». В «Ландшафті почуттів» - «Легкість». Під час наступних зустрічей на перший план виступає суспільне життя з його значимими, переважно приємними (за її вибором) подіями. В техніці «Незакінчені речення» проявляється концентрована потреба у близькості батьків: «Я завжди хотіла...бути щасливою, радісною...з мамою і татом»; «Я була би щасливою, коли б...мої батьки були поряд». І тут простежується ще одна важлива риса динаміки терапії - зміщення з хворобливо-напруженого акценту на собі на пізнання оточення - «Найкраще, що могло би статися в моїй родині...це народження братика». В техніці «Мій щит» перша клітинка «Щита» за асоціацією «намаляю найкраще» моментально заповнюється зображенням трьох усміхнених осіб - «тата, мама і я поряд далеко-далеко від Львова». Клітинка № 2 - «Якою була найкраща подія у твоєму житті» - морський пейзаж. Роз'яснення: «перший раз поїхали на море в 11-12 років без батьків (під егідою церкви)». Як на мене, важливим тут є розширення зони ресурсів - з'являється природа, не обов'язково є присутність батьків. Клітинка № 3 - «Яка подія була найгіршою у твоєму

житті» - малюнок з двома жіночими постатями у сльозах з текстом «Мама, папа» (від'їзд за кордон мами). Клітинка № 4 – «Чого найбільше хочеться від інших людей (не від родини)» – намалювала сердечко. Коментар – «хочеться любові і більше поваги» (обговорили). В «Ландшафті» поступово з'являється допуск до неприємних емоцій – «Напруження». Зустріч восьма починається з розповіді про життєві успіхи (перемога в літературному конкурсі), про те, що батьки вже придбали квитки для приїзду на свята. Виходимо на тему важливості визнання і реагування здоровими способами неприємних почуттів, зокрема злості, гніву (репліка дівчини: «гнів – це гріх»). Оскільки, за контрактом, в терапії вималюється фінішна пряма, з ініціативи О. виникає тема значимості наших з нею стосунків і деякого неспокою з приводу їх завершення. Обговорюємо це в аспекті неузалежнення і віри у розширення власної компетентності. Останні дві зустрічі відбувалися в оптимістичному ключі (дівчина була радісною, життя було насичене приємними подіями, які тепер

«бачилися» і приймалися). Це відображалось і в малюнках. В «Ландшафті» «звучала» «Легкість». І психотерапевт, відчуваючи це, відпускала дівчину з легкістю і вдячністю за ще один маленький, але такий значимий для обох етап спільного і взаємного розвитку – розвитку від тривоги до гармонії.

Література:

1. Беттельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я. - М., 2004.
2. Лютова Е.К., Монина Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. - С-П, 2005.
3. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей - С-П., 2006.
4. Вольская М., Когатько Т. Тревога и страх: единство и многообразие взглядов // Москов. Психотерапевтический Журнал. – 2002. - № 4.
5. Ролло Мэй Смысл тревоги. - М. «Класс», 2001.
6. Данилина Т.А., Зедгендзе В.Я., Степина Н.М. В мире детских эмоций – М, 2004.
7. Hilary M.C. Warwick Cognitive therapy in the treatment of hypochondriasis // Advances in Psychiatric Treatment 1998, vol.4, pp. 285-295.

РОЖДЕНИЕ САМОСТИ ЧЕРЕЗ ТРЕВОГУ ИЛИ «ЦАРСКАЯ ДОРОГА» К СЕБЕ (случай из практики)

А.В. Кигичак-Борщевская, Н.О. Рижковская

В статье дано клиническое описание, характеристика тревожных расстройств. Рассматриваются причины возникновения тревоги: тревога - низкая самооценка, тревога - внутренний конфликт и т.п.

Материал статьи описывает клинический случай. Процесс индивидуального эмоционального развития и становления с помощью терапии.

Ключевые слова: тревога, развитие, эмпатия, ипохондрические расстройства

BORN OF SELF IN JUNGIAN PSYCHOLOGY VIA ANXIETY OR "KING ROAD" TO ONESELF (Practice Occasion)

A.V. Kigichak-Borshevskaya, N.O. Ryshkovskaya

In this article has given a clinical description, characteristic of anxiety disorders. Considered the cause of anxiety: anxiety - low self-esteem, anxiety - an internal conflict, etc.

The material describes a clinical case. The process of individual emotional development and establishment through the therapy.

Keywords: anxiety, development, empathy, hypochondriacal disorder

УДК 616.89-07

Н.Г. Пшук, Л.В. Стукан, Є.Я. Пшук
ВПЛИВ ТИПІВ ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ
НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, внутрішня картина хвороби, якість життя

Вступ

Серед серцево-судинних захворювань, що займають в економічно розвинених країнах світу перше місце в структурі захворюваності і смертності населення, найбільш часто зустрічається артеріальна гіпертензія [1]. Розвиток артеріальної гіпертонії детермінований значною кількістю гемодинамічних, нейрогуморальних, метаболічних, психологічних факторів, які складно взаємодіють один з одним. Стан, який починається, як функціональний розлад, у більшості людей

послідовно призводить до специфічних органних вражень, що трансформуються із фактору ризику у захворювання [1;2].

Хвороба має суттєвий вплив на життя кожної людини, змінює його життєвий уклад, характер і можливості спілкування з оточуючими, ставлення до професійної діяльності. У ситуації хвороби змінюється не тільки соматичний (фізичний), а й психічний стан людини. При цьому своєрідність реагування на свій стан відбивається в зміні поведінки, яка, у свою

чергу, сприяє зміні характеру взаємовідносин з навколишнім світом [3].

Слід також зазначити, що ефективний контроль АГ залишається актуальною проблемою, незважаючи на велику кількість застосовуваних в даний час гіпотензивних препаратів. Серед причин неадекватного контролю АТ вирішальне значення мають недостатня ефективність, погана переносимість антигіпертензивної терапії, а також відсутність прихильності хворих до лікування (некомплаєнтність). У більшості випадків при проведенні гіпотензивної терапії не враховується задоволеність пацієнтів проведенням лікуванням [4].

Тому, для лікування хворих на гіпертонічну хворобу, необхідно використовувати комплексний підхід, в якому окрім гіпотензивної терапії, велике значення слід відводити психокорекційним та психотерапевтичним заходам з врахуванням індивідуально-психологічних особливостей особистості хворого, його відношення до лікування, тощо.

Один з нових критеріїв оцінки надання медичної допомоги з точки зору самого хворого, що одержав поширення в останні роки, - якість життя (ЯЖ). За визначенням ВООЗ якість життя – це характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування, заснована на його суб'єктивному сприйнятті [5].

Оцінка ЯЖ є простим та надійним методом у вивченні стану здоров'я людини, який ґрунтується на суб'єктивному сприйнятті і надає інтегрально-цифрову характеристику її фізичного, психологічного та соціального функціонування. Хвора людина є найкращим суддею свого життя, тому її суб'єктивна оцінка завжди повинна бути першочерговою [5,6].

Певна річ, що значне підвищення артеріального тиску у людей призводить до руйнування звичного способу життя і їх діяльності. Тому оцінка якості життя є: 1-засобом оцінки здоров'я хворого; 2-виявленням психологічних проблем; 3-можливим прогноз захворювання; 4- основою для розробки реабілітаційних програм; 5- індивідуалізуванням терапії.

Зважаючи на вищевикладене, метою дійсного дослідження було вивчення якості життя хворих на артеріальну гіпертензію з різними типами реагування на своє захворювання.

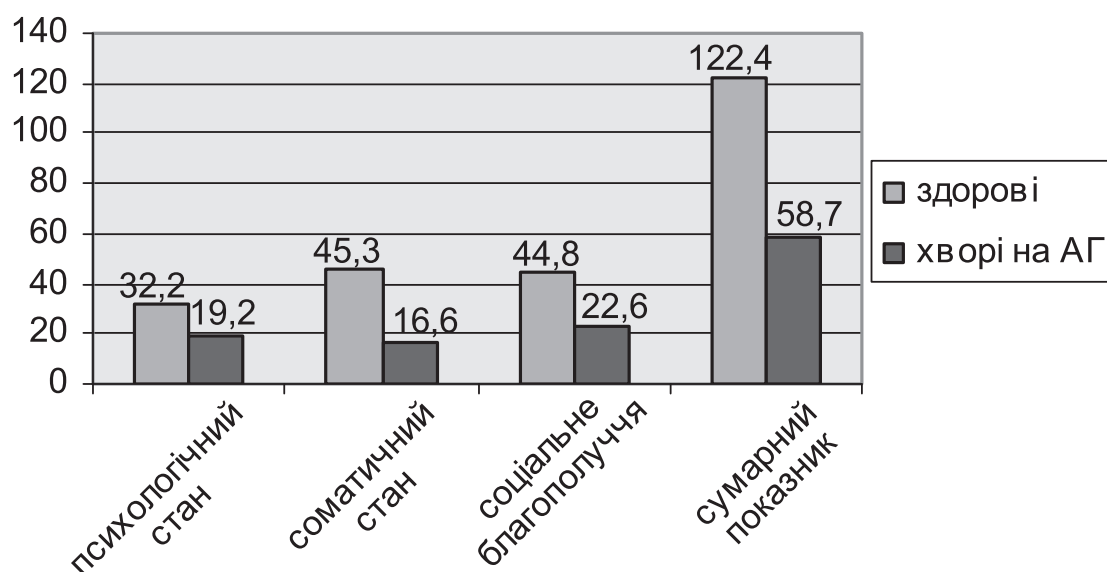
Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося на базі науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів (відділення церебро-васкулярної патології). Було обстежено 50 хворих із верифікованим діагнозом есенціальної артеріальної гіпертензії, поміж них - 28 чоловіків (56,0%) та 22 жінки (44,0%) віком від 35 до 70 років. Середній вік пацієнтів склав $47 \pm 3,02$ роки. При цьому давність захворювання до 5 років мала місце у 36 осіб (72,0%) та більше 10 років у 14 хворих (28,0%). У 10 хворих (20,0%) визначалась супутня патологія, в переважній більшості різні форми ІХС. У всіх пацієнтів на момент дослідження визначалась АГ II

ступеню. Пацієнти отримували комплексне лікування з використанням основних груп антигіпертензивних препаратів: інгібіторів АПФ та кальцієвих каналів, тіазидних діуретиків. Контрольну групу склали 24 практично здорові особи (14 жінок та 10 чоловіків), які відповідали по віку та статті основній групі обстежуваних.

Для дослідження якості життя був використаний опитувальник оцінки якості життя, розроблений РАМН [7]. Даний опитувальник складається із трьох блоків питань (по 20 у кожному блоці): оцінка соматичного, психологічного стану і соціального благополуччя. Якість соматичного стану оцінювалась за особливостями обмежень у фізичних навантаженнях, виконанні повсякденної діяльності, здатності до самообслуговування. Психологічна складова якості життя визначалась за наявності депресії, тривоги, впливу емоційного стану на виконання повсякденної і професійної роботи. Соціальна - враховувались особливості взаємовідносин на роботі, з членами сім'ї, медичним персоналом. При інтерпретації результатів кожна відповідь оцінювалась в кількості балів від 3 до 0. Максимальна кількість балів по кожному блоку - 48. Максимально висока оцінка по трьом складовим методики – 144 бали.

Також в групі хворих на АГ визначались типи реагування на захворювання за допомогою опитувальника ЛОБІ (особистісний опитувальник інституту ім. Бехтерева). Використаний опитувальник ЛОБІ складений за принципом „психології відносин” і дає змогу діагностувати паттерн, що склався під впливом захворювання, за відношенням до самої хвороби, її лікування, лікарів, медичного персоналу, родичів хворого, оточуючих, роботи, самотності, майбутнього, а також до власних вітальних функцій (сон, апетит, настрої, самопочуття). Методика дозволяє діагностувати 13 типів реагування на захворювання: ергопатичний, ейфоричний, обсессивнофобічний, тривожний, анозогностичний, неврастенічний, паранойяльний, іпохондричний, апатичний, меланхолічний, сенситивний, егоцентричний та гармонічний. Достовірність результатів дослідження оцінювалась за допомогою методів математичної статистики з використанням критерію t Стюдента.

Результати та обговорення. Показники якості життя здорових осіб були на достатньо високому рівні. Сумарний бал склав – $122,4 \pm 3,1$. У представників даної групи практично були відсутні проблеми соматичного характеру та максимально високими виявились показники і соціальної складової якості життя. Дещо нижчими реєструвались результати психологічної складової, що пояснювалось такими обставинами, як фінансові та побутові проблеми, конфлікти на роботі та порушення сімейних стосунків (мал.1).



Мал.1 Порівняльна оцінка якості життя хворих на артеріальну гіпертензію та практично здорових осіб за опитувальником РАНН

При аналізі якості життя хворих на АГ виявлено достовірне зниження рівня ЯЖ у порівнянні із здоровими за всіма компонентами методики ($P < 0,05$). Сумарний показник якості життя хворих на АГ склав $58,7 \pm 2,4$ бали, що знаходиться на нижній межі задовільної оцінки. Аналізуючи отримані результати по кожному блоку методики, було встановлено, що у пацієнтів з АГ найбільше страждає соматична складова якості життя, по якій отримані досить низькі показники ($16,6 \pm 1,6$ балів). Дещо вищі виявились показники психологічної складової – $19,2 \pm 1,9$ балів, проте, як і соматична складова вони відповідають незадовільній оцінці якості життя. Соціальна складова становила – $22,6 \pm 2,1$ бали, (мал.1).

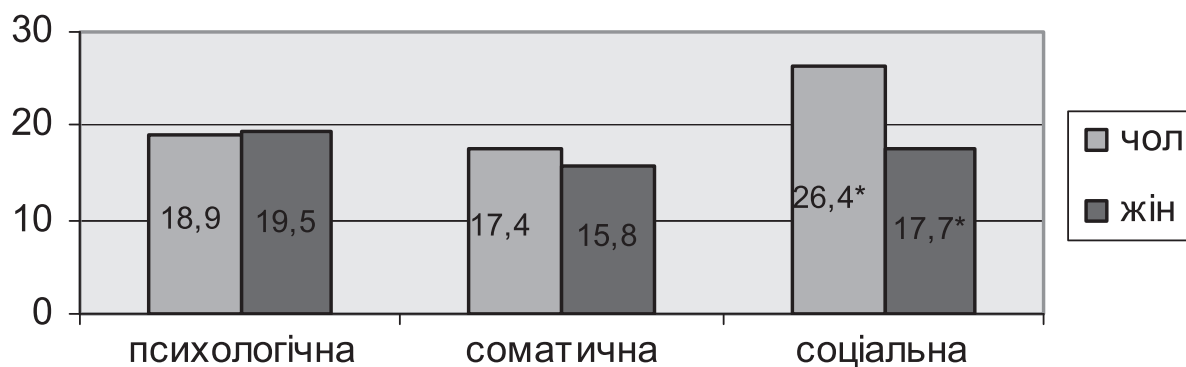
Таким чином, із результатів дослідження видно, що соціальне благополуччя у наших пацієнтів знаходиться на більш високому рівні, ніж інші складові ЯЖ, що може бути пов'язано із вираженістю компенсаторно-приспосувальних механізмів, стійкими і позитивними психологічними характеристиками, бажанням повернутися до активної професійної діяльності.

Недостатня соматична повноцінність життя пацієн-

тів передусім пояснювалася необхідністю частих відвідувань лікаря і прийомом медикаментів, обмеженням фізичних зусиль й емоційного напруження. Найбільша кількість змін у житті пацієнтів відбулася у зв'язку з обмеженнями на роботі (зменшення навантаження, кількості відряджень і т. п.), в харчуванні. Це все супроводжувалось астеничним симптомокомплексом, порушенням сну, відчуттям самотності, що й показало найнижчий рівень психічного стану у пацієнтів із АГ.

Аналіз показників ЯЖ в групі здорових осіб виявив (табл.1), що у чоловіків ЯЖ суттєво є вищою ($P < 0,05$), ніж у жінок по всіх складовим методики, що співпадає із літературними даними.

Що стосується статевих відмінностей показників якості життя у хворих на АГ, то нами не було виявлено суттєвої різниці між чоловіками та жінками по психологічній та соматичній складовим. Щодо соціального функціонування, то у чоловіків показники виявились достовірно вищими ($p < 0,05$), ніж у жінок, що може вказувати на більшу ступінь соціальної дезадаптації чоловіків у зв'язку з їх захворюванням (мал.2).



Примітка: * різниця достовірна при $p < 0,05$

Мал.2. Особливості якості життя хворих на артеріальну гіпертензію в залежності від статті

Відсутність різниці у показниках якості життя хворих на АГ різної статі у порівнянні з контрольною групою може свідчити про значне послаблення соціальних контактів та суттєвий вплив хвороби на психоемоційний стан пацієнтів.

Дослідження типів відношення до хвороби показало, що у 19 пацієнтів (38,0%) визначався гармонійний тип відношення до хвороби. Такі хворі реально оцінювали свій стан, намагались активно сприяти швидкому одужанню.

Значний відсоток - 11 осіб (22,0%) становили пацієнти із тривожним типом, що вказує на підвищену вразливість, ранимість, значне занепокоєння за своє здоров'я, стурбованість з приводу того, що можуть втратити ті життєві позиції, які існують на даний момент.

Для анозогностичного типу реакції на захворювання, який виявлявся у 6 хворих (12,0%) було характерним активне відкидання думок про хворобу та її можливих наслідків, заперечення очевидного в проявах хвороби та надання їм ролі випадкових обставин або інших неважких захворювань.

У пацієнтів із сенситивним типом 5 осіб (10,0%), виявляється демонстрація форм поведінки як претензійної з підвищенням турбуванням за власне життя у зв'язку з хворобою, стурбованість у майбутньому стати тягарем для рідних.

Ергопатичний тип було виявлено у 4 хворих (8,0) % хворих. У таких пацієнтів відмічалися відхід від хвороби в роботу, намагання, не зважаючи на важкість хвороби та страждань, будь-що продовжувати діяльність, яка створювала ілюзію повної зайнятості та дозволяла перемикнути на соціальну реалізацію і не думати про захворювання.

Незначний відсоток склали пацієнти із паранойяльним та ейфоричним типом реагування на своє захворювання (4,0% та 6,0% відповідно).

Таким чином у обстежених пацієнтів найбільш представленими виявились такі патологічні типи реагування на захворювання, як тривожний, анозогностичний, сенситивний та ергопатичний.

стичний, сенситивний та ергопатичний. Наявність даних типів відношення до захворювання найбільш вірогідно пов'язано з преморбідними особистісними особливостями особистості хворих на АГ, поміж яких виділяють підвищену чутливість, надмірну вразливість, занепокоєння стосовно подальшої професійної діяльності та взаємин у сім'ї. Значну представленість анозогностичного типу у пацієнтів з АГ слід вважати не як стратегію заперечення та ігнорування хвороби, а більше як стратегію оптимізму.

При вивченні якості життя пацієнтів в залежності від типу реагування на своє захворювання (таб.1) було встановлено, що у пацієнтів із гармонійним, анозогностичним та ергопатичним типами найбільш високі показники виявлені по складовій соціального благополуччя, що співпадає з літературними даними [6;7] та свідчить про їх більшу задоволеність у сфері взаємовідносин і значні компенсаторні можливості. Проте, враховуючи наявність ігнорування проявів хвороби, недотримання рекомендацій лікарів та нерегулярність прийому медикаментів, що має місце у хворих при анозогностичному та ергопатичному типах реагування, безумовно, з часом негативно вплине на соматичний стан таких пацієнтів, хоча на даному етапі перебігу хвороби дозволяє зберігати на досить високому рівні їх якість життя.

У пацієнтів з тривожним типом реагування на хворобу було діагностовано найнижчі показники по складовій психологічного благополуччя, а у пацієнтів з сенситивним типом – по соматичній, проте різниця на досягала ступеню достовірності.

Висновки

Хворі на АГ мають незадовільну якість життя, що пов'язано із важкістю соматичного захворювання, яка в найбільшій мірі позначалась на психологічній та соматичній складових. Відсутність різниці у показниках якості життя хворих (чоловіки та жінки) на АГ у порівнянні із практично здоровими особами вказує на суттєвий вплив хвороби на психоемоцій-

Таблиця 1

Якість життя хворих на АГ в залежності від типу реакції на захворювання

Тип реакції на захворювання	Сумарний показник	Компоненти ЯЖ		
		психологічний	соматичний	соціальний
Гармонійний	60,5	19,5	16,3	24,1
Анозогностичний	64,6	20,0	17,8	26,8
Ергопатичний	61,6	19,2	17,4	25,0
Тривожний	52,9	18,3	16,4	18,3
Сенситивний	56,8	18,8	16,8	21,2
Паранойяльний	61,0	20,5	17,0	23,5
Ейфоричний	50,0	19,0	15,0	16,0

ний стан як чоловіків, так і жінок, а значне погіршення соціального функціонування чоловіків з АГ свідчить про їх більшу ступінь соціальної дезадаптації у зв'язку з їх захворюванням. У переважної більшості хворих на артеріальну гіпертензію визначаються патологічні типи реагування на хворобу, серед яких найбільш представленими виявились анозогностичний, тривожний, сенситивний та ергопатичний типи. Дослідження якості життя при артеріальній гіпертензії необхідно враховувати при розробці програм медико-психологічної допомоги для даної категорії хворих з урахуванням типу поведінкової реакції на хворобу, статті, давності захворювання, тощо.

Література:

1. Кручинина Н.А., Порошин Е.Е. Особенности регуляции и ауто-регуляции вегетативной функции при психоэмоциональном напряжении у лиц с разным уровнем артериального давления. Физиология человека. 1994; 20 (3): С.89–97.
2. Андреева, Г.Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью / Г.Ф. Андреева, Р.Г. Оганов. – Тер. архив. 2002. — № 1. – С. 8-16.
3. World Health Organization. Quality of life group. What is Quality of life? *Wid. Hth. Forum.* -1996. V.1.-P.29
4. 2003 Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1011–53.
5. Ипатова А.В., Лехан В.Н., Панина С.С., Гондуленко Н.А. Качество жизни у больных и инвалидов вследствие гипертонической болезни. *Кардиология СНГ.* 2003; 1 (1): 109.
6. Остроумова О.Д., Мамаев В.И. Влияние гипотензивной терапии на качество жизни. *Кардиология.* – 2003. — № 3. – С.99-102.
7. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей/ П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова; Под.ред.акад. РАМН П.И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. С.129-146.

ВЛИЯНИЕ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Н.Г. Пшук, Л.В. Стукан, Е.Я. Пшук

С целью диагностики особенностей внутренней картины болезни, а также оценки качества жизни больных с артериальной гипертензией было обследовано 50 больных в возрасте от 35 до 70 лет. Установлено, что у пациентов с II ст. АГ диагностируются патологические типы реакций на болезнь, среди которых преобладают тревожный, анозогностический, сенситивный и эргопатический. Наиболее значимое ухудшение качества жизни наблюдается у больных с тревожным и сенситивным типом реакции на болезнь, наиболее низкие показатели определяются в психологической и соматической составляющей качества жизни

Ключевые слова: артериальная гипертензия, внутренняя картина болезни, качество жизни

EFFECTS OF TYPES RELATIONS TO DISEASES AND QUALITY OF PATIENTS' LIFE WITH ARTERIAL HYPERTENSION

N.G.Pshuk, L.V.Stukan, E.Y.Pshuk

The diagnosis of peculiarities of the internal picture of the disease, as well as assessing the quality of life in patients with hypertension were examined in 50 patients will be rewarded from 35 to 70 years old. It is established that patients with second level of arterial hypertension are diagnosing pathological types of reactions to disease, which are dominated by anxious, anozognostics, sensitive and ergopathic types. The most significant deterioration in the quality of life observed in patients with anxiety and sensitive type of reaction to disease, the lowest indices are defined in psychological and somatic components of quality of life.

Keywords: hypertension, internal picture of disease, quality of life

УДК 616.89

Л.В. Степаненко
ПАТОПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ОСІБ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ
ТА ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА
КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

Ключові слова: судинна деменція, хвороба Альцгеймера, психічні розлади

Вступ

Психічні порушення при нейродегенеративних захворюваннях є досить поширеними. Вони часто зустрічаються у хворих судинною деменцією та хворобою Альцгеймера. Зв'язок патопсихічних розладів із особливостями розвитку цих захворювань потребує глибокого аналізу. Для цих захворювань характерно швидке виникнення і неухильне прогресування когнітивних розладів, причому кількість пацієнтів із деменцією незмінно зростає в усьому світі [1;2;3]. Для диференціальної діагностики судинної деменції та хвороби Альцгеймера використовуються нейропсихологічні тести, створені задля дослідження порушених функцій

[4;5;6]. З урахуванням тенденції до поширення нейродегенеративних захворювань виникає необхідність детального аналізу хворих на дементуючі захворювання із визначенням не тільки клінічних характеристик пацієнтів, але й особливостей їх гендерних відмінностей і соціального статусу з метою оцінки об'єму і змісту необхідних психокорегуючих втручань. Дослідженню цих питань присвячено наше дослідження.

Матеріали та методи. З метою вивчення клінічних проявів патопсихічних порушень при судинній деменції та хворобі Альцгеймера було обстежено 100 хворих у віці від 49 до 95 років на базі Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні. Кількість хворих, що

мали судинну деменцію різної тривалості складала 60 осіб, а хворобою Альцгеймера - 40. Дослідження проводились по спеціально розробленому протоколу з використанням уніфікованих індивідуальних карт хворих. Для оцінки терапевтичних ефектів використовувалися: шкала GBS та 4-бальна шкала загального клінічного вираження. Всім хворим на початку дослідження проводили комплексне клінічне обстеження, а також клінічне дослідження крові, сечі, біохімічний аналіз крові. Майже у всіх хворих, включених у дослідження, відмічено різні форми і види хронічних соматичних захворювань. Для оцінки рівня вірогідності одержаних даних застосовували критерій Стюдента. Статистичний аналіз одержаних результатів здійснювали з використанням програми Excel та STATISTICA 6.0. Зміни показників вважали вірогідними при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Проведено статистичний аналіз та виявлення найбільш характерних ознак психічних розладів осіб при судинній деменції та хворобі Альцгеймера. Враховуючи велику кількість показників психічних порушень у хворих розглянемо детальніше особливості їх проявів у хворих обох груп.

У 15 хворих судинною деменцією патологічний стан хворого відповідав легкому ступеню, у 15 – помірному ступеню, амнестична та лакунарна форми складала також по 15 хворих. У всіх хворих в неврологічному статусі виявлялися ознаки хронічної недостатності мозкового кровообігу (100%), а у 6 випадках – залишкові явища перенесеного церебрального інсульту (10%).

Психічні розлади у всіх хворих розвивалися в наслідок цереброваскулярних порушень головним чином ішемічного і рідше геморагічного характеру. Атеросклерозом судин головного мозку страждало 40 хворих (66,6%), 15 – гіпертонічною хворобою (25%), у 5 хворих (8,3%) було виявлено порушення системного кровообігу внаслідок артеріальної гіпотонії. При всіх цих захворюваннях є спільні патогенетичні механізми психічних порушень. Серед хворих атеросклеротичними розладами переважали чоловіки у відношенні 2,5:1, вік хворих цієї групи становив від 49 до 95 років, середній вік – 61,2 роки. Серед хворих на гіпертонічну хворобу переважали жінки у відношенні 2:1, вік хворих – 24-83 роки, середній вік – 54,8 роки.

В анамнезі у багатьох хворих виявлені соматичні та інфекційні захворювання, черепно-мозкові травми, професійні шкідливості, недостатність харчування, алкогольна та нікотинна інтоксикація. Роль супутніх соматичних захворювань полягає в обтяженні загального стану хворих і розвитку додаткових психопатологічних симптомів. Звертає на себе увагу великий відсоток як гострих і інтенсивних, так і пролонгованих, тривалих та повторних психогенній ($n=39$, 65%). В більшості випадків причиною розвитку психічних порушень були психотравми на фоні гострої недостатності мозкового кровообігу.

Розвиток психічних порушень відбувався у більш ранньому віці у осіб з різними відхиленнями характерологічних рис. Преморбідні особливості характеру

більшості пацієнтів ($n=58$, 96,6%) відповідали астеничному типу, 33 – імпульсивному (55%), у 13 – істеричні (21,6%), у 10 – паранояльні (16,6%), у 10 – змішані риси характеру (16,6%). У неврологічному статусі переважали явища дисциркуляторної енцефалопатії ($n=44$, 73,3%), у 26% (43,3%) хворих були відзначені вегетативно-вазомоторні функціональні симптоми. У 48 (80%) хворих відмічено перенесені гострі або динамічні порушення мозкового кровообігу, при ревматизмі виявлено явище церебрального васкуліту, при гіпертонічній хворобі – схильність до симпатикотонії.

Хронічні розлади при атеросклерозі судин головного мозку в обстежуваних хворих характеризувалися наступними клінічними особливостями. На початковій стадії (4-16 років, в середньому 9,4 роки) переважав церебрастенічний синдром з інтелектуально-мнестичним зниженням, загостренням преморбідних рис, неврозоподібним і психопатоподібним синдромами. В структурі атеросклеротичних психозів ($n=50$, 83,3%), які розвиваються у періоді виражених психічних розладів, виявлялися тривожно-депресивні ($n=21$, 35%), астено-депресивні ($n=13$, 21,6%), тривожно-маячні ($n=10$, 16,6%), галюцинаторно-маячні ($n=9$, 15%), та іпохондричні ($n=4$, 6,6%) розлади.

Афективні розлади були представлені варіантами депресивних розладів, у 3,3% ($n=2$) пацієнтів спостерігався маніоформний синдром з ейфорією, гнівливистістю, руховим збудженням, подразливістю і слабкодухістю.

Маячні розлади характеризувалися ідеями переслідування, ревнощів, отруєння, рідше – ідеями впливу та відношення, відзначалися побутовим та релігійним змістом, монотонністю та конкретністю. Серед синдромів порушеної свідомості ($n=25$, 41,6%) найчастіше виявлялися також делірозні, делірозно-амнестивні та сутінкові стани. Початок деменції відзначався у віці від 55 до 80 років, середній вік – 65 років.

Середня тривалість деменції на момент дослідження складала 4,5 років, її перебіг був у більшості випадків повільно прогресуючим ($n=39$, 65%), у 23,3% - швидко прогресуючим ($n=14$), у 10% - стрибкоподібним ($n=6$).

Клінічні варіанти деменції були представлені лакунальною (50%) та амнестичною (50%) деменцією. У 12 хворих (20%) спостерігався епілептоформний синдром з атиповими великими судомними нападами з втратою свідомості, малими судомними нападами і дисфоріями. У багатьох хворих з пароксизмальними розладами в анамнезі сполучалися декілька несприятливих чинників – черепно-мозкова травма, алкогольна залежність, інтоксикація.

При гіпертонічній хворобі виділено три стадії розвитку психічних розладів: початкова, виражених психічних розладів та стадії деменції. Початкові порушення психічних процесів являли собою неврозоподібні розлади з фобічними, астеничними, істероформними і тривожними компонентами. Тривалість гіпертонічної хвороби до початку психічних розладів складала 1-8 років, в середньому 6 років. У структурі роз-

ладів психотичного ріння найбільш часто зустрічалися афективні синдроми – тривожно-депресивні (n=27, 45%), депресивно-обсесивні варіанти (n=9, 15%). Маячні синдроми виражалися тривожно-параноїдними (n=14, 23,3%), депресивно-параноїдними (n=11, 18,3%) і параноїдними розладами (n=7, 11,6%).

Синдроми порушеної свідомості відрізнялися різноманітністю і були представлені деліріозними, аментивними, сутінковими, деліріозно-онейроїдними, а також псевдотуморозними станами. Деменція у таких хворих виникала в більш молодому віці (42-60 років, в середньому – 55 років), переважно гостро, після інсультів і визначалася амнестичними (n=21, 35%), лакунарними (n=15, 25%), псевдосенільними (n=15, 25%), псевдопаальними (n=6, 10%) і постапаплектичними (n=3, 5%) варіантами. Слід відзначити, що динаміка психопатологічних порушень при гіпертонічній хворобі характеризувалася більшою гостротою, різноманітністю та ускладненням синдромів.

Психічні розлади при артеріальній гіпотонії характеризувалися розвитком неврозоподібної симптоматики з астеничними, астенодепресивними і антено-іпохондричними розладами. Під час чергової ревматичної атаки в одного пацієнта виникли церебральні ускладнення з розвитком гострого галюцинози. У 5 хворих (8,3%) на церебральний ревмоваскуліт на фоні астенії розвивалися хронічні психози з галюцинаторно-маячними, депресивними і сенестоіпохондричними розладами, у 2 осіб (3,3%) спостерігалися епілептиформні напади. У 5 (8,3%) з обстежуваних пацієнтів на ґрунті органічного ураження головного мозку внаслідок ревматичної енцефалопатії виявлялися інтелектуально-мстичні розлади, що досягали рівня деменції.

Окремо було обстежено 40 хворих (25 жінок і 15 чоловіків), у яких було діагностовано хворобу Альцгеймера.

У 28 (70%) відмічено сенільний варіант, а у 12 (30%) – пресенільний варіант захворювання. У 8 (20%) хворих ступінь деменції був вираженим, у 22 (36,6%) – помірним і у 12 (30%) – легким. У 32 хворих (80%) із хворобою Альцгеймера спостерігали розвиток пресенільної депресії. У 14 хворих (35%) із пресенільною деменцією і 8 (20%) хворих з синільною деменцією відмічено тривожно-депресивний та тривожно-ажитований синдроми. У всіх на різних етапах перебігу захворювання було виявлено різні варіанти депресивних розладів. Глибина депресії оцінювалася за шкалою Гамільтона. Кількість пацієнтів із рекурентними депресивними розладами становила 20% і суттєво не відрізнялась від кількості, що страждали судинною деменцією (табл. 1,2). Депресивні розлади проявлялись у вигляді тривоги (37,5%), відчуття нудьги (60%), важкості на серці (20%), підвищеної подразливості (60%), добових коливань настрою (85%), іпохондричних проявів (15%), а також агресивності, астенії та загальмованості (27,5%). В подальшому спостерігалася тенденція до видозміни, спрощення, а також нестійкості афективних розладів (30%).

При порівнянні патопсихічним розладів встановлено, що більш вираженими галюцинаціями страждають хворі при хворобі Альцгеймера, а маячінням при судинній деменції. При цьому більшість психоемоційних та інтелектуальних розладів рохвиваються в рівній мірі (мал. 1, табл. 3).

Аналізуючи неврологічні та психічні розлади у хворих із судинною деменцією та хворобою Альцгеймера суттєвих відмінностей між моторними, інтелектуальними, емоційними та іншими функціями не встановлено. Лише у хворих хворобою Альцгеймера встановлено збільшення показника подразливості, що свідчить про більш швидку реактивну психоемоційну лабільність (табл. 3)

Таблиця 1

Характеристика патопсихічних розладів хворих судинною деменцією та хворобою Альцгеймера

Психічні порушення	Судинна деменція (n=60)	Хвороба Альцгеймера (n=40)	Всього (n=100)
Маячіння	10/16,6%	2/5,0%	12/12%
Галюцинації	9/15,0%	17/42,5%	26/26%
Афективні розлади	16/26,6%	12/30,0%	27/27%
Порушення активності	24/40,0%	16/40,0%	40/40%
Тривога, фобії	21/35,0%	15/37,5%	36/36%
Агресивність	18/30%	11/27,5%	29/29%

Таблиця 2

Варіанти перебігу ендогенних психозів у хворих судинною деменцією та хворобою Альцгеймера

Синдром	Судинна деменція (n=60)	Хвороба Альцгеймера (n=40)	Всього (n=100)
Біполярний афективний розлад, поточний манакальний епізод	16/26,6%	10/25,0%	26/26%
Біполярний афективний розлад, поточний депресивний епізод	15/25,0%	10/25,0%	25/25%
Рекурентний депресивний розлад	14/23,3%	8/20,0%	22/22%
Шизоафективний психоз	18/30%	12/30,0%	30/30%

Таблиця 3

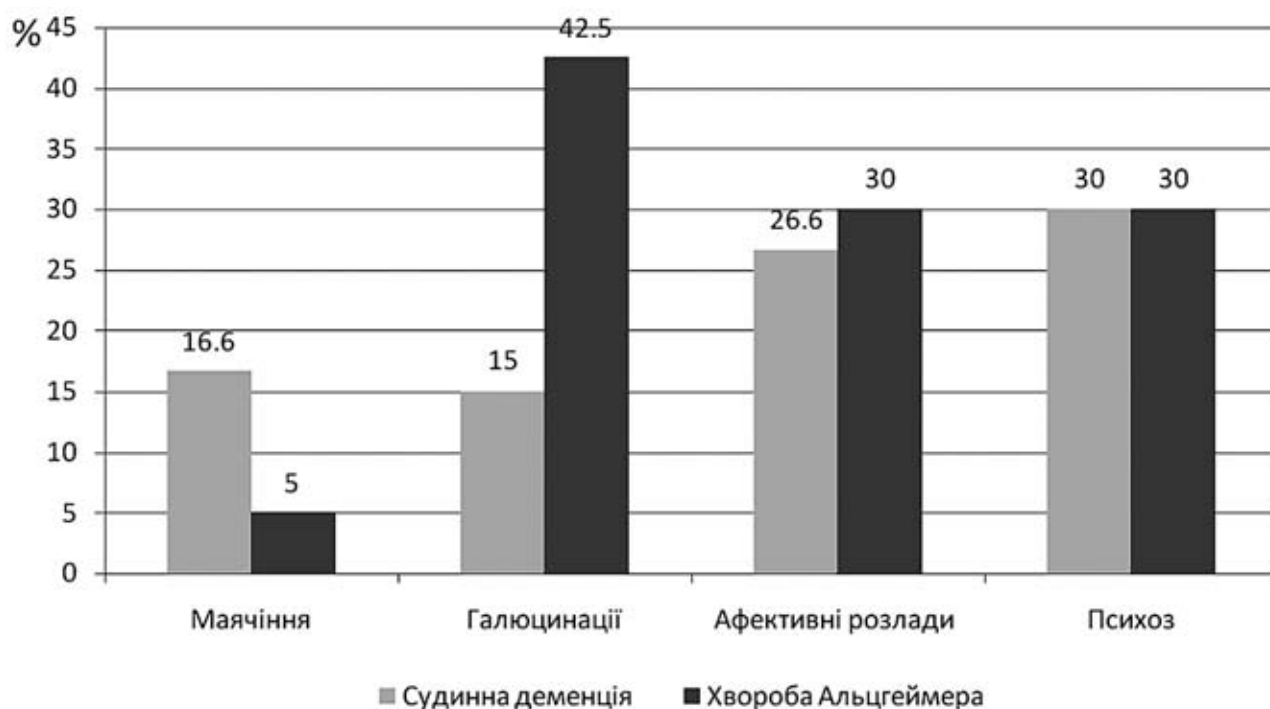
Шкала глобального погіршення психічних функцій при СД та ХА (GBS).

№	Шкала глобального погіршення психічних функцій (GBS)	СД	ХА
Моторні функції			
1	Порушення рухових функцій при одяганні та роздяганні	0,68±0,03	0,65±0,06
2	Порушення рухових функцій при прийомі їжі	0,18±0,03	0,20±0,04
3	Зниження рухової активності	1,21±0,06	1,15±0,06
4	Порушення спонтанної діяльності	1,96±0,15	2,01±0,07
5	Порушення спонтанної діяльності при дотриманні правил особистої гігієни	1,03±0,05	1,06±0,08
6	Нетримання сечі та калу	0,20±0,02	0,21±0,07
	Сумарна оцінка	3,3±0,22	3,27±0,21
Інтелектуальні функції			
1	Порушення орієнтації у просторі	1,53±0,09	1,55±0,09
2	Порушення орієнтації у часі	2,91±0,31	3,0±0,42
3	Порушення орієнтації у власній особистості	1,23±0,09	1,26±0,1
4	Розлади пам'яті на недавні події	3,13±0,19	3,28±0,28
5	Розлади пам'яті на події віддаленого минулого	2,75±0,17	2,86±0,34
6	Підвищена сонливість	0,76±0,19	0,81±0,2
7	Порушення здатності до зосередження	2,70±0,17	2,73±0,15
8	Нездатність до будь-якої швидкої діяльності	2,45±0,09	2,51±0,13
9	Розсіяність	2,51±0,13	2,25±0,15
10	Багатомовність	1,46±0,11	1,33±0,18
11	Послаблена увага	1,98±0,12	2,23±0,25
	Сумарна оцінка	23,2±0,22	24,1±0,26
Емоційні функції			
1	Емоційна бідність	2,16±0,15	1,9±0,13
2	Емоційна лабільність	1,35±0,17	1,1±0,11
3	Недостатність мотивації	1,91±0,36	2,18±0,21
	Сумарна оцінка	5,42±4,17	5,18±4,36
Різні симптоми, властиві деменції			
1	Сплутаність	1,0±0,15	1,08±0,16
2	Подразливість	0,78±0,05	1,15±0,18*
3	Тривога	0,9±0,12	0,85±0,1
4	Страх/паніка	0,11±0,02	0,16±0,02
5	Знижений настрій	0,88±0,1	0,98±0,03
6	Неспокій	0,26±0,07	0,31±0,05
	Сумарна оцінка	1,25±0,18	1,45±0,2

Примітка: * достовірно по відношенню показників хворих судинною деменцією ($p<0,05$)

Таким чином, хворі із судинною деменцією та хворобою Альцгеймера страждають різними видами психічних розладів. Ендогенні психози супроводжуються епізодами психомоторного збудження, неспокою, подразливості, гнівливості, розгальмованості та гіперактивності хворих. Поведінка хворих стає неспокійною та невпорядкованою. Тривожно-депресивні розлади супроводжуються вираженою тривожністю, неспо-

коєм, нудьгою, безпорадністю, самоприниженням та самозвинуваченням. Хворі стають більш критичними до свого хворобливого стану, часто відчувають в'ялість, слабкість та підвищену втому. У пацієнтів з фазним перебігом афективних розладів (біполярний афективний розлад, шизоафективний психоз) відмічено маячні ідеї, що були дуже афективно насичені та актуальні і суттєво впливали на характер поведінки хво-



Мал. 1. Психічні порушення у хворих судинною деменцією та хворобою Альцгеймера.

рих. Психічні розлади у всіх хворих розвиваються внаслідок цереброваскулярних порушень головного мозку або на фоні хвороби Альцгеймера. При обох варіантах є спільні патогенетичні механізми психічних порушень. Відомо, що специфічні клінічні феномени при неврозах можуть не супроводжуватись патопсихічними порушеннями, або виникають у вигляді неврастенії, істеричного неврозу, неврозу нав'язливих станів, іпохондричного неврозу. Складнощі диференційної діагностики неврозів із відповідними типами психозів зумовлені низькою специфічністю невротичної симптоматики, у зв'язку із тим, що невротичні синдроми зустрічаються практично при всіх психічних порушеннях. Тому ці питання психіатрії потребують подальшого вивчення.

Література:

1. Андросова Л. В., Селезньова Н.Д. Акатинол мемантин при хвороби Альцгеймера: клініко-іммунологічні кореляції. //Ж. невролог. і психіатр. –2000. –Т.100, №9. – С.36–38.
2. Дамулін І.В. Нова нейропротективна і терапевтична стратегія при деменціях: антагоніст NMDA-рецепторів Акатинол Мемантин. //Рос. мед. журн. – 2001. – Т.9, №25. – С.1178–1182.
3. The importance of nimodipine in treatment of dementia // – 2005. – Vol. 34(5). – P. 392-398.
4. Ala T.A., Hughes L.F., Kyrouac G.A. et al. Pentagon copying is more impaired in dementia with Lewy bodies than in Alzheimer's disease. //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. – 2001. – Vol.70. – P.483–488.
5. Banks M.E. The role of neuropsychological testing and evaluation: when to refer // Adolesc Med. – 2002. – Vol. 13(3). – P. 643-662.
6. Stebbins G.T. Neuropsychological testing. In: Goetz C. Textbook of clinical neurology. 3rd ed. Chicago, IL: W.B. Saunders Company; 2007. ch 27.

ПАТОПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ И БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Л.В. Степаненко

Проведено клінічне дослідження хворих судинною деменцією та хворобою Альцгеймера у хворих пожилого віку. Установлено особливості психічних розладів у хворих при розвитку деменції. Показано загальні риси та відмінності психоемоційних порушень у хворих судинною деменцією та хворобою Альцгеймера. Хворі хворобою Альцгеймера частіше страждають галюцинаціями та різкою подразливістю, ніж при судинній деменції. Результати дослідження розширюють уявлення про розвиток ендогенних психозів при дементуючих захворюваннях у осіб пожилого віку.

Ключові слова: судинна деменція, хвороба Альцгеймера, психічні розлади

MENTAL DISORDERS AMONG PERSONS WITH VASCULAR DEMENTIA AND ALZHEIMER'S DISEASE

L.V. Stepanenko

The clinical inspection of patients with vascular dementia and Alzheimer's disease was conducted in elderly patients. The features of psychical disorders are set in patients with dementia. General lines and differences of psychoemotional violations was rotined with vascular dementia and Alzheimer's disease. Hallucinations and sharp irritate more frequent meet in patients with Alzheimer's disease than with vascular dementia.

Keywords: vascular dementia, Alzheimer's disease, psychical disorders

УДК 616.89-008.441.42

О.Є. Смахна

**ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ НЕРВОВІЙ АНОРЕКСІЇ:
СИСТЕМНИЙ ПОГЛЯД**

Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського

Ключові слова: нервова анорексія, порушення харчової поведінки, системна сімейна психотерапія**Вступ**

Розлади харчової поведінки відносяться до важкокурабельних психопатологічних станів. Нервова анорексія серед всіх психічних патологій характеризується найвищими показниками смертності (до 20%), яка залишається високою навіть при проведенні адекватних терапевтичних заходів [3;13]. Сучасні дослідження вказують, що нервова анорексія зустрічається і як самостійна нозологічна одиниця, ґрунтом для виникнення якої є різні варіанти акцентуацій особистості (найчастіше істеричні, ананкастні, шизоїдні) [4], а також як синдром в рамках ендегенного психопатологічного процесу. Ряд дослідників відносять нервову анорексію до нехімічних адикцій [1;2]. У МКХ-10 даний розлад входить до рубрики порушень харчової поведінки. Саме девіації поведінки у сфері, що стосується харчування, є ключовими при нервовій анорексії.

Харчова поведінка розглядається як цілісне ставлення до їжі та її, стереотип харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, пов'язана з уявленнями про власне тіло і діяльністю з формування цих уявлень [2]. Вона включає в себе форми поведінки, установки, звички і, що стосуються харчування і є індивідуальними для кожної людини. Ряд дослідників первинним у формуванні даного феномену вважають біологічні фактори, а саме особливості відчуттів нюху і смаку, нейроендокринні характеристики регуляції голоду, тощо [1]. Інші автори підкреслюють рушійну роль генетичних факторів, що детермінують психопатологічні порушення, психодинамічних, культуральних, соціальних. Особливості сімейної взаємодії у пацієнтів з нервовою анорексією розглядається у багатьох роботах вітчизняних та закордонних авторів [6;8;11;12;14]. Таким чином, нервова анорексія - мультифакторна патологія, лікування якої передбачає застосування як психо- та соматотропних фармакологічних засобів, так і проведення психотерапевтичних інтервенцій [13]. Дослідження, що стосуються вивчення сімейних відносин, типів сімейної систем, а також тактики та аналізу ефективності сімейної терапії при нервовій анорексії, недостатньо систематизовано відображають взаємозв'язок між особливостями традицій харчування сім'ї, порушень харчової поведінки у ранньому віці та психотерапевтичним веденням даного контингенту пацієнтів [5; 15], що робить актуальним дане дослідження.

Мета дослідження. За допомогою клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, клініко-динамічного та експериментально-психологічного методів дослідити особливості харчової поведінки у пацієнток,

що страждають на нервову анорексію; проаналізувати роль сімейних традицій харчування, порушень харчування у ранньому віці у формуванні патологічної харчової поведінки; з врахування досліджених даних удосконалити тактику сімейної психотерапії при нервовій анорексії та проаналізувати її ефективність.

Результати дослідження та їх обговорення. Для досягнення поставленої мети дослідження за період 2009 -2012 років на базі ТОККПНІ нами було обстежено 22 пацієнтки з діагнозом «Нервова анорексія». Психопатологічний та соматоневрологічний стани 18 пацієнток (81,82%) відповідали анорексичній стадії нервової анорексії, 3 (13,64%) - дисморфоманічний та 1 пацієнтка (4,55%) - кахектичний. Віковий діапазон досліджуваних пацієнток - від 14 до 26 років (середній вік – $18,95 \pm 0,88$), середня тривалість захворювання – $13,77 \pm 0,95$ місяців. Також відповідно до мети дослідження було обстежено 22 матері пацієнток. Групу контролю склали 20 здорових дівчат віком від 16 до 26 років (середній вік – $19,91 \pm 0,84$) та 20 їхніх матерів.

При проведенні клініко-анамнестичного дослідження із детальним акцентом на особливостях вигодовування у ранньому немовлячому віці, харчової культури та традицій харчування в сім'ї, формуванні харчових смаків та переваг, порушеннях харчової поведінки в членів сім'ї, тощо, виявлено, що в анамнезі пацієнток, що страждали на нервову анорексію, мали місце наступні особливості. У 6 (27,27%) пацієнток відмічалась спадкова обтяженість з приводу порушень харчової поведінки (нервова анорексія, булімія), у 7 пацієнток (31,82%) відмічався сімейний анамнез алкогольної залежності (у 5 пацієнток у батька, у 2 – у матері). У 4 пацієнток (18,18%) спостерігався сімейний анамнез нехімічних адикцій (гемблінг). Отже, вказані дані співзвучні гіпотезі деяких дослідників щодо феноменологічної спорідненості порушень харчової поведінки з адиктивними розладами. Також звертає на себе увагу дані щодо сімейного анамнезу нервової анорексії, що в літературних джерелах розглядається як генетично детермінована патологія, а також як поведінковий патерн, що формується при порушеннях взаємодії у системі батьки-дитина.

У таблиці 1 зображено порівняння анамнестичних відомостей щодо особливостей формування харчової поведінки у немовлячому віці у пацієнток з нервовою анорексією та здорових обстежуваних.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика поведінкових патернів, пов'язаних з харчуванням у немовлячому віці, у пацієнтів з нервовою анорексією та у здорових обстежуваних

Характеристика особливостей харчової поведінки	Пацієнтки з нервовою анорексією, n - 22		Здорові обстежувані, n - 20	
	Абс. к-ть	Відносна кількість	Абс. к-ть	Відносна кількість
Рання відмова від харчування грудним молоком	8	36,36±10,26	4	20±8,94
Раннє відлучення від грудного вигодовування з ініціативи матері	11	50±10,66	4	20±8,94*
Ознаки оральної агресії	6	27,27±9,49	3	15±7,98
Надмірна занепокоєність матері харчуванням дитини	16	72,72±9,50	5	22,73±9,37****
Насильницьке нагодовування дитини	10	45,45±10,62	4	20±8,94*
Установка матері «відмова дитини від їжі як особиста образа»	8	36,36±10,26	3	15±7,98
Регургітаційні розлади	7	31,31 ±9,89	1	4,55±4,66**
Відмова від прикормів	10	45,45±10,62	2	10±6,71***
Недостатній приріст маси тіла	12	54,55±10,62	3	15±7,98***
Надмірна вага	8	36,36±10,26	4	20±8,94
Систематичне поїдання неїстівних речовин (папір, крейда, земля, тощо)	6	27,27±9,49	1	4,55±4,66**

Примітки: коефіцієнти достовірності в порівнянні з групою пацієнтів з нервовою анорексією – 1.* коефіцієнт достовірності <0,1; 2.** коефіцієнт достовірності <0,05; 3.*** коефіцієнт достовірності <0,01; 4.**** коефіцієнт достовірності <0,001. Теж і для наступної таблиці.

Як видно з таблиці 1, у немовлячому віці у пацієнтів з нервовою анорексією достовірно частіше, ніж у здорових обстежуваних, спостерігались раннє відлучення від грудного вигодовування з ініціативи матері, надмірна занепокоєність матері харчуванням дитини, насильницьке нагодовування дитини, регургітаційні розлади, відмова від прикормів, недостатній приріст маси тіла, систематичне поїдання неїстівних речовин. Дані особливості є ознаками порушень харчової поведінки ще задовго до маніфестації нервової анорексії.

У таблиці 2 у наглядній формі показано порівняльну характеристику традицій харчування у сім'ях пацієнтів з нервовою анорексією та здорових обстежуваних.

Отже, дослідження сімейних традицій харчування (табл.2) показало, що у сім'ях пацієнтів з нервовою анорексією, в порівнянні з здоровими обстежуваними, достовірно частіше спостерігались феномен «культу їжі», байдуже і знецінююче відношення до харчування, критикуюча позиція щодо надмірної ваги батьком, систематичне дотримання дієт та обмежень у харчуванні одним чи декількома членами сім'ї, систематична декларація критики споживання чи відрази до певного виду продуктів чи страв. Дані особливості є як обмежу-

вального характеру (дотримання дієт, критика надмірної ваги, відраза до їжі), так і надмірного споживання (надмірне витрачання коштів на їжу, «культ їжі»).

Психометричне дослідження порушень харчової поведінки у обстежуваних пацієнтів здійснювалось за допомогою шкали EAT-26 (Eating Attitudes Test – 26), яка складається з 26 тверджень, що торкаються харчових звичок, харчової поведінки та емоцій, пов'язаних з харчуванням. Шкала містить три підшкали: дієта (обмеження в прийомі їжі), булімія та оральний контроль. Для мінімізації дисимілятивних тенденцій, які часто спостерігаються при описі особливостей відношення до їжі пацієнтками, що страждають на нервову анорексію, опитування за шкалою проводилось також і з членами їх сімей (матерями). Діагностичним для виявлення порушень харчової поведінки вважається загальний бал по шкалі більше 20. Перед початком лікування у пацієнтів з нервовою анорексією середня оцінка по підшкалі «Дієта» становила 29,45 бали, «Булімія» - 11,78 бали, «Оральний контроль» - 16,34 бали, загальна оцінка по шкалі EAT-26 - 57,13 бали. Отже, окрім високих оцінок по підшкалам «Дієта» та «Оральний контроль», виявлено високі оцінки по підшкалі «Булімія», що вказує на складний характер пору-

Таблиця 2

Порівняльна характеристика сімейних традицій харчування у пацієнтів з нервовою анорексією та у здорових обстежуваних

Характеристика особливостей харчової поведінки	Пацієнтки з нервовою анорексією, n - 22		Здорові обстежувані, n - 20	
	Абс. к-ть	Відносна кількість	Абс. к-ть	Відносна кількість
Феномен «культу їжі»	9	40,91±10,48	3	15±7,98*
Байдуже і знецінююче відношення до харчування	10	45,45±10,62	4	20±8,94*
Критикуюча позиція щодо надмірної ваги батьком	9	40,91±10,48	2	10±6,71**
матір'ю	4	18,18±8,22	3	15±7,98
Систематичне дотримання дієт та обмежень у харчуванні одним чи декількома членами сім'ї	13	59,09±10,48	5	22,73±9,37**
Сироїдіння	1	4,55±4,44	0	
Вегетаріанство	7	31,31 ±9,89	3	15±7,98
Систематична декларація критики споживання чи відрази до певного виду продуктів чи страв	9	40,91±10,48	2	10±6,71**
Суб'єктивна оцінка надмірного витрачання витрачання коштів на придбання продуктів харчування	12	54,55±10,62	6	30±10,25
Позиція про те, що витрачання часу на приготування їжі марне	7	31,31 ±9,89	5	22,73±9,37
Ригідні ритуали під час прийому їжі	8	36,36±10,26	4	20±8,94

шень харчової поведінки при нервовій анорексії. Після 18 місяців терапії з застосування психо- та соматотропного фармакологічного лікування та сімейної психотерапії, середня оцінка по підшкалі «Дієта» у досліджуваних пацієнтів становила 7,35 бали, «Булімія» - 3,12 бали, «Оральний контроль» - 7,56 бали, загальна оцінка по шкалі EAT-26 - 18,63 бали. Отримані дані вказують на кращу редукцію поведінкових, когнітивних та афективних компонентів, пов'язаних з обмежувальною (анорексичною) та булімічною направленістю, ознаки орального контролю були більш резистентними, що може вказувати на певні стійкі особистісні характеристики пацієнтів з нервовою анорексією.

Досліджені особливостей сімейних традицій харчування враховувались при проведенні психотерапевтичних інтервенцій за принципами системної сімейної терапії. Ефективність лікування оцінювалась за класифікацією, запропонованою Morgan and Russell (1975) - Morgan Russell Outcome Assessment Schedule: 1) задовільний результат характеризувався масою тіла не нижче, ніж на 15% від ідеальної, відновленням менструації та відсутністю ознак аноректичної патології; 2) проміжний результат – такий же як і задовільний, але без відновлення менструацій, будь-які симптоми анорексії спостерігались менше 1 разу на тиждень; 3) незадовільний результат характеризувався масою тіла нижче 85% належної та ознаками анорексії частіше 1 разу на тиждень.

Терапія проводилась у вигляді сесій, у які залучались пацієнтка та її батьки. Лікування проходило у декілька етапів. На першому етапі, метою якого було формування терапевтичного альянсу та взяття під контроль розладу харчової поведінки, використовувались принципи підходів Minuchin та Russell (клініка Модслі), коли батькам пропонувалось активно втручатись у організацію та забезпечення харчування дитини, поки пацієнтами не буде досягнута нормальна маса тіла (приріст у амбулаторних умовах - 0,5 кг на тиждень); частота сесій 1 раз на тиждень у перший місяць, 1 раз на два тижні наступних два місяці, надалі - 1 раз 4 тижні. На другому етапі, який починався в середньому через 18-24 тижні після початку лікування, важливу роль приділялось корекції культури харчування у сім'ї та підвищенню ефективності сімейної взаємодії.

Аналіз ефективності терапії через 18 місяців після її закінчення, показав, що більшість пацієнтів (73,14%) і досягнули задовільного та проміжного результату по класифікації Morgan and Russell. Стаціонарного лікування потребували 28,86% пацієнтів, у яких спостерігались важкі обсесивно-компульсивні порушення харчової поведінки, оскільки при проведенні терапії не вдалося досягнути приросту маси тіла. Також для цих сімей характерним був високий рівень ворожості та критичності до пацієнта та виражені порушення сімейного функціонування.

Висновки

1. Дослідження порушень харчової поведінки у пацієнтів з нервовою анорексією з позицій системного сімейного психотерапевтичного підходу розглядає пацієнта як елемент сімейної системи з порушеними взаємодіями між її членами, які символічно реалізуються у розладах поведінкових патернів, пов'язаних з харчуванням.

2. Виявлено, що у пацієнтів з нервовою анорексією спостерігаються достовірні відмінності, в порівнянні з здоровими обстежуваними, у частоті спостереження різноманітних характеристик харчової поведінки у ранньому віці, таких як раннє відлучення від грудного вигодовування з ініціативи матері, надмірна занепокоєність матері харчуванням дитини, насильницьке нагодовування дитини, регургітаційні розлади, відмова від прикормів, недостатній приріст маси тіла, систематичне поїдання неїстівних речовин. Досліджені дані вказують про порушення харчової поведінки до маніфестації симптоматики нервової анорексії.

3. Для діагностики та контролю ефективності терапії нервової анорексії доцільним є використання стандартизованої психометричної шкали для дослідження відношення до харчування EAT-26 (Eating Attitudes Test – 26).

4. Вивчення особливостей сімейних традицій харчування є перспективними для профілактики та корекції розладів харчової поведінки і потребує подальшого дослідження та систематизації.

5. Сімейна психотерапія у комплексному лікуванні нервової анорексії дозволяє ефективно досягнути контролю над патологічною харчовою поведінкою з формуванням більш адаптивних поведінкових патернів, а також покращити функціонування сімейної системи в цілому.

Література:

1. Ромацкий В. В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть II) [Електронний ресурс] / В. В. Ромацкий, И. Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. №4. Режим доступа: <http://rudocs.exdat.com/docs/index-247225>

2. Руководство по аддиктологии [Текст] / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. – 768 с.

3. Birmingham C. L. The mortality rate from anorexia nervosa [Електронний ресурс] / C. L. et al. // –2005. – №38(2). – P.143-146. Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16134111>

4. Cumella E. MMPI-2 in the inpatient assessment of women with eating disorders [Text] / E. Cumella et al. // J. Pers. Assess. – 2000. – № 3. – P. 387–403.

5. Family therapy for anorexia nervosa / C.A. Fisher et al. // The International journal of eating disorders. – 2010. Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004780.pub2/full>

6. Grilo C. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology [Text] / C. Grilo, R. Masheb // Obes. Res. – 2001. – № 5. – P.320–325.

7. Jozefik B. Family model and mental anorexia. Part II. Intergenerational pattern of relationships [Text] / B. Jozefik // Psychiatr. Pol. – 1999. – № 6. – P. 877–886.

8. Martinez-Gonzalez M. et al. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort [Text] / M. Martinez- Gonzalez et al. // Pediatrics. – 2003. – №2. –P. 315–320.

9. Minuchin S. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context [Text] / S. Minuchin, B. L. Rosman, L. Baker // Cambridge: Harvard University Press, – 1978.

10. Morgan H. G. Clinical assessment of anorexia nervosa: the Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule [Text] / H. G. Morgan, A. E. Hayward // Br J Psychiatry. – 1988. – №152. – P. 567–571.

11. Parental disorders, childhood abuse, and binge eating in a large community sample [Електронний ресурс] / N.Sachs- Ericsson et al. // The International journal of eating disorders. – 2012. – Vol. 45(3). – P.316–325. Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.v45.3/full>

12. Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa—results from the Stockholm birth cohort study Parental disorders, childhood abuse, and binge eating in a large community sample [Електронний ресурс] / J. Ahrn et al. // The International journal of eating disorders. – 2012. –Vol. 45(3). –P.362–369. Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20953/full>

13. The need for complex ideas in anorexia nervosa: Why biology, environment, and psyche all matter, why therapists make mistakes, and why clinical benchmarks are needed for managing weight correction [Електронний ресурс] / M.Strober, C.Johnson // The International journal of eating disorders. – 2012. – Vol. 45(2). – P.155–178. Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.v45.2/full>

14. Ward A. Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective [Text] / A. Ward et al. // Br. J. Med. Psychol. –2001. –№4. – P.497–505.

15. Whelan E. The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study [Text] / E. Whelan, P. Cooper // Psychol. Med. – 2000. – №30(1) –P. 69–77.

НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ: СИСТЕМНЫЙ ВЗГЛЯД

О.Е. Смашна

В статье проанализирована роль семейных традиций питания, поведенческих паттернов, связанных с питанием, в младенческом возрасте в формировании патологического пищевого поведения на основе клинико-анамнестического, клинико-психопатологического, клинико-динамического и экспериментально-психологического исследования 22 пациенток с нервной анорексией и их матерей, а также 20 здоровых девушек. Нарушения пищевого поведения у девушек с нервной анорексией рассматривались с позиции семейного системного психотерапевтического подхода, когда пациент выступает в качестве элемента семейной системы, в которой наблюдается особые взаимодействия между членами семейства, что символически выражено в семейной культуре питания.

Ключевые слова: нервная анорексия, нарушение пищевого поведения, системная семейная психотерапия

VIOLATION OF FOOD BEHAVIOR AT ANOREXIA NERVOSA: SYSTEM VIEW

O. Smashna

In the article the role of family traditions of feed, behavioral patterns of feeding in early age in forming of pathological food behavior are analysed on the basis of clinical-anamnestical, clinical-psychopathological, clinical-dinamical and experimentally-psychological research of 22 patients with a anorexia nervosa and their mothers, and also 20 healthy girls. Violations of food behavior of girls with a anorexia nervosa were examined from position of system family psychotherapeutic approach, when a patient comes forward as an element of the family system in which it is observed special co-operations between the members of family, that symbolically shown in the family culture of feed.

Keywords: anorexia nervosa, violation of food behavior, system family psychotherapy

УДК 616.89

О.А. Філатова

АГРЕСІЯ ВНАСЛІДОК ПОРУШЕННЯ ОСОБИСТОГО ПРОСТОРУ

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

Ключові слова: психологічний простір особистості, агресія, тілесність

Виходячи з теорії „психологічного простору особистості” (ППО) С.К. Нартової-Бочавер [1], територія, яку займає людина, є частиною її Я, суттєвим елементом з комплексу її об’єктів, з якими особистість отожднює себе.

Життя людини завжди має просторову характеристику (іноді її поєднують з характеристикою часу і іменують хронотопом) [2]. У цьому просторі можна виділити його об’єм, кількість вимірів, збереження стабільності (рухливість – нерухомість меж). Він розвивається в онтогенезі і взаємодіє з іншими якостями особистості, надаючи їм характер „внутрішньої привласненості”. Найбільш важливою з його характеристик є міцність його кордонів – те, що дає людині почуття безпеки, суверенності Я, впевненості у майбутньому і довіри до навколишнього світу.

ППО можна співвіднести з основними проявами будь-яких психічних феноменів: він переживається суб’єктом як збережений або порушений; усвідомлюється поблизу меж і не усвідомлюється там, де останнім часом не відбувалось будь-яких змін; він є спрямованим на об’єкти, які є значущими в певній життєвій ситуації.

Тіло людини – центр ППО, навколо якого вирує зовнішній світ, який по мірі віддалення від центру стає менш диференційованим і контрольованим. Е. Гуссерль зазначав, що людина відкриває для себе власне тіло раніше, чим будь-яку іншу реальність і вчиться єю користуватися завдяки розвитку сенсорики і моторики [3].

Тілесність у всіх своїх формах (харчова поведінка, секс, проксемічна комфортність, зручність одягу та взуття) виконує в онтогенезі психологічного простору наступні функції:

- встановлення контакту з власними частинами тіла, усвідомлення тілесних потреб (тілесне самоприйняття);
- встановлення контакту з оточуючим середовищем (зворотній зв’язок між собою і тим, що знаходиться поза межами ППО);
- забезпечення базової довіри до світу;
- розвиток суб’єктності (відносна незалежність від середовища та змін у ньому);
- можливість дослідницької і конструктивної діяльності (пізнання і мотивовані дії);
- можливість освоєння простору;
- можливість встановлювати довгострокові взаємини з іншими людьми, збагачувати досвід через спілкування і взаємодопомогу.

Збереження приватності особистого простору створює психофізичний комфорт, переживання аутентичності буття, гармонійність просторово-часових про-

явів існування.

Вивчаючи феномен порушення приватного простору, ми виділили 4 наступні чинники: тісняву, порушення особистої території у шлюбі, неправильне сімейне виховання, неадаптивне подолання самотності.

Тіснява є класичним прикладом порушення особистого простору. З одного боку, вона є цілком суб’єктивним переживанням, бо в різних етнічних групах щільність людей на одиницю площі коливається в досить широких межах. Зазвичай, як приклад наводять багатоповітряні мегаполіси або перенаселені райони Китаю та Японії. Тіснява, коли особистий простір постійно порушується у всіх напрямках, стає чинником перманентної фрустрації. У людини з’являється почуття „територіальної оголеності”, незахищеності, підвищується дратівливість. Постійна фрустрованість створює ілюзію переповненості на межах ППО, насиченості простору „зайвими об’єктами” та сприйняття його „емоційно забрудненим” – так, що й площа кімнати у 20 м², де знаходяться 2-3 людини, може вдаватися одній з них (або всім) занадто малою, „де ніди й розвернутися”. Відчуваючи тісняву, дискомфорт, неможливість усамітнення, людина підсвідомо починає «охороняти» ту невеличку територію, якою володіє. Це проявляється за рахунок персоналізаційних маркерів, якими вона помічає простір навколо себе (особисті предмети, розташування ліжка, написи, малюнки, фото на стіні, до якої присунуті елементи меблів, купки з власними речами). Завжди спостерігається тенденція до захвату частини чужої території, який супроводжується активними агресивними діями аж до фізичного насильства над її колишнім власником.

Агресія у тісняві проявляється у наступних видах:

- вербальному (спір, намагання діяти погрозами, ненормативна лексика);
- невербальному (відняття чужої території за рахунок сили, пошкодження або знищення речей);
- проксемічному (створення нестерпних умов для інших суб’єктів простору за рахунок зухвалих поз, посягань на інтимну зону чужої території шляхом її несанкціонованого перетинання, штучне створення незручностей для решти людей).

Тіснява немов просякнута негативними переживаннями. Коли це триває досить довго, достатньо невеличкого афективного поштовху – і може початися колективна агресія: «всі проти всіх», наслідком якої ймовірно стануть людські жертви.

В разі постійних знущань в умовах тісняви розвивається хронічна психічна травматизація.

Порушення особистої території у шлюбі відбу-

вається в випадках симбіотичних взаємин, коли приватний простір, унікальний світ однієї людини розчиняється в іншій, втрачає свою індивідуальність. Відсутність психологічної дистанції створює феномен «втрати внутрішнього світу» [4], який супроводжується тривожністю, невпевненістю в собі, відмовою від креативності і аутентичності. Найчастіше така психологічна втрата спіткає саме жінок. Класичний приклад: молода, не дуже вродлива жінка з рисами субмісивності і більш зрілий, самовпевнений чоловік. У разі, коли, навпаки, жінка посягає на ППО чоловіка, він відповідає агресією, пошуком «свободи» поза межами сім'ї – аж до повного розірвання стосунків.

Звуження психологічного простору у дитинстві спостерігається в родинах з ригідною сімейною системою, авторитарністю батька та гіперпротекцією збоку матері. Освоєння дитиною «території власного тіла» - це початок формування тілесної ідентичності. В ранньому віці, до 3-х років, поряд з цим процесом йде освоєння ППО, включення в нього власних речей, іграшок, знайомих облич. Чим дорослішою стає дитина, тим ретельніше вона контролює і оберігає власну територію, маркує її написами і малюнками (що, звісно, викликає невдоволення батьків або вихователів). Психологічна експансія дорослих, чисельні заборони і покарання викликають відповідні агресивні дії, спрямовані на захист території та на превенцію нових втручань.

Самотність як дефіцитарний стан особистості, пов'язаний насамперед з внутрішніми настановами і самоізолюваністю, характеризується звуженням кола ППО, його збідненням і нестабільністю кордонів.

Самотність – велике випробування, майже перманентна психосоціальна депривація, незахищеність і вразливість. Одинокa людина може бути нерозбірливою у контактах. Вона створює навколо себе штучний мезосоціум – з людей, яких мало знає, внутрішній світ

яких може бути протилежним у всіх аспектах її світу. Звичайно, це коло швидко розсипається, бо такі випадкові контакти не переростають у дружбу, у багаторічне приятелювання. Коли самотній людині відмовляють – особливо ті, до кого вона вже встигла звикнути, це викликає у неї агресію, бо з'являється почуття, що забирають те, що вже належить їй по праву. Рецептивна орієнтація бере верх над розумом – і людина не розуміє, чому її позбавлено того, що вона впевнено вважала своїм. Агресія проявляється у всіх формах; емоційне напруження коливається впродовж багатьох місяців. Злість час від часу змінюється жалістю до себе, з відчуттям зруйнованої долі, причому, всі ситуації сприймаються у екстрапунітивному ракурсі.

Отже, порушення особистісного простору (як на фізичному рівні – з причин перенаселення, тісняви, так і на психологічному – в межах сім'ї, або в стані самоізоляції) створює ситуацію фрустрації, яка породжує агресивні імпульси і змінює соціально-психологічний статус особистості.

Людина, яка за допомогою агресії намагається повернути особистісну приватність, або експансивно розширити межі свого психологічного простору, позбавлена основної якості життя – аутентичності Я, складовими якої є цілісність, креативність і відповідальність за кожну мить існування у світі.

Література:

1. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение//Психол. журн.. – 2003. - №6. – С.37-48.
2. Бахтин М. М. Формы времени и хронотопа в романе. Очерки по исторической поэтике // Вопросы литературы и эстетики. : Сб. — М.: Худож. лит, 1975. — С. 234-407.
3. Гуссерль Э. Идеи к чистой феноменологии и феноменологической философии. Книга первая. Общее введение в чистую феноменологию. - М.: Академический Проект, 2009. — 489 с.
4. Тхостов А.Ш. Психология телесного. – М.: МГУ, 2002 – 316с.

АГРЕССИЯ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

О.А.Филатова

В статье рассмотрен феномен нарушения „психологического пространства личности“, вызванный вторжением в него со стороны других лиц под воздействием неблагоприятных социально-психологических факторов; описан поведенческий репертуар участников взаимодействия в ракурсе паттернов агрессии.

Ключевые слова: психологическое пространство личности, агрессия, телесность

AGGRESSION AS A RESULT OF BREACH OF PERSONAL SPACE

O. Filatova

The article describes the phenomenon of violations "of the individual psychological space" caused by the invasion of it by other persons under the influence of adverse social and psychological factors, behavioral repertoire is described from the perspective of participants in the interaction patterns of aggression.

Keywords: psychological space of personality, aggression, physicality

УДК 616.895.87+616.89-02-021

Є.В. Харчук

**КОМОРБІДНІСТЬ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ:
ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

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

Ключові слова: шизофренія, гіпертонічна хвороба, психопатологічні особливості

Питання поєднання психічних та соматичних захворювань зберігають свою актуальність з огляду на її поширеність та пов'язані з нею клініко-діагностичні та терапевтичні складнощі [1]. Оскільки шизофренія серед інших психічних захворювань займає особливе місце зважаючи на її розповсюдженість (332 на 100 тис. населення [2]), тяжкість проявів, невиліковність та пов'язані з цим соціально-економічні витрати, стигматизацію, а також несприятливий соціально-трудоий прогноз, її коморбідним відношенням з соматичними розладами присвячена певна кількість наукових досліджень [3-6].

Незаперечним є те, що провідною демографічною тенденцією в Україні є постаріння населення [7]. В зв'язку з цим закономірним є збільшення поширеності захворювань, характерних для старших вікових груп, – в першу чергу патології серцево-судинної системи. Збільшення чисельності населення старших вікових груп неминує зачіпає і хворих на шизофренію як частину загальної популяції. Тому очікуваним є зростання розповсюдженості серед хворих на шизофренію асоційованої з пізнім віком соматичної патології, перш за все, серцево-судинних захворювань – артеріальної гіпертензії та атеросклерозу [8].

Соматична обтяженість у пацієнтів з важкими психотичними розладами є доволі типовим явищем. Так, при аналізі результатів, отриманих у дослідженні САПЕ (клінічне дослідження ефективності застосування антипсихотиків) було продемонстровано, що 58% пацієнтів мають як мінімум одне, а у 9% виявляється більше 4 важких соматичних захворювань [9;10]. Зокрема, відзначається висока коморбідність шизофренії і соматичних захворювань, найбільш частими з яких є артеріальна гіпертензія (20%), гіперліпідемія (14%) і цукровий діабет (11%) [11;12].

Хвороби серцево-судинної системи є однією з найбільш поширених форм соматичної патології, що спостерігаються у хворих на шизофренію [13]. Дані численних досліджень, присвячених вивченню взаємозв'язку серцево-судинних і психічних розладів, свідчать про накопичення у даного контингенту несприятливих чинників (нездоровий спосіб життя, неправильне харчування, супутня алкогольна і наркотична залежність, лікування психотропними засобами) і пов'язаних з ними змін в показниках життєдіяльності організму (зміна частоти і ритму серцевої діяльності, артеріального тиску, концентрація сироваткових ліпідів, порушення вуглеводного обміну), що впливають на перебіг і результат соматичного захворювання [14-16].

Існує достатньо підстав вважати, що однією з частих форм коморбідної соматичної патології у хворих на шизофренію є артеріальна гіпертензія [17]. У США та інших розвинених країнах на артеріальну гіпертензію страждають приблизно 15% населення і (за приблизними даними) 19% хворих на шизофренію [18]. За даними офіційної статистики, в Україні зареєстровано понад 11 млн. людей з артеріальною гіпертензією, що складає 29,9 % дорослого населення [19]. Вітчизняних даних щодо розповсюдженості гіпертонії серед хворих на шизофренію знайдено не було.

Стосовно впливу артеріальної гіпертензії на клініку та перебіг шизофренічного процесу можна виділити декілька важливих аспектів. Артеріальна гіпертензія і органічний фон, що формується під її впливом, здатні впливати на клініку шизофренії та на рівень соціальної адаптації хворих, а також формування відповіді на фармакотерапію. Вплив приєднання судинного фону на клінічну картину шизофренії має ряд особливостей. Він зводиться, з одного боку, до структурного спрощення, а потім і редукції галюцинаторно-параноїдних переживань по мірі наростання судинної енцефалопатії, з іншого боку, до складної трансформації структури дефіцитарних розладів – хворі емоційно «пом'якшуються», зменшується аутизація, з'являється інтерес до реальних побутових проблем, але, в той же час, у них нарастають мнестичні розлади, можуть посилюватись явища редукції енергетичного потенціалу (Штернберг Э. Я., 1981) [цит. по 8].

У вітчизняній літературі існують відомості про певну кількість фундаментальних досліджень щодо впливу судинної патології головного мозку (у тому числі й гіпертонічної хвороби) на клініку та перебіг шизофренії. Дослідження С.І. Гаврилової [20] виявило, що при середньо-прогресивній шизофренії з раннім початком вплив прогресуючого судинного захворювання головного мозку на перебіг шизофренічного процесу був малопомітним, в той час як приєднання судинного захворювання до в'яло протікаючого процесу в багатьох випадках ставало «критичним» для останнього. Вплив судинного процесу на перебіг «пізньої» шизофренії виявився неоднозначним: у половині випадків динаміка ендogenous процесу не змінювалась, але в інших випадках шизофренічний психоз набував більш складного та важкого перебігу. Картина повного або часткового стирання шизофренічної симптоматики внаслідок впливу цереброваскулярного захворювання головного мозку спостерігалась у 77,2 % випадків, у той час як у переважної меншості – не вия-

влялось помітних змін проявів та перебігу шизофренії.

В.Д. Морозова при дослідженні особливостей клініки шизофренії, сполученої з церебральною судинною патологією [21], виявила закономірність, згідно якої чим більш злоякісним був перебіг шизофренічного процесу, тим більш стійкими залишались його прояви по відношенню до впливу церебральної судинної патології. Найбільш вагомим був її вплив на перебіг малопрогредієнтної шизофренії – відбувалось посилення іпохондричних та інших невротоподібних розладів, а також наростання дефіцитарної симптоматики. При параноїдній шизофренії симптоматика, що викликана цереброваскулярним захворюванням, трактувалась хворими маячним чином, пов'язуючи її з ідеями впливу та переслідування. Тільки важкі розлади мозкового кровообігу призводили до зміни психопатологічного регістру з ендогенно-процесуального на органічний з формуванням дементного синдрому.

Проте, враховуючи хронологічну віддаленість даних досліджень та пов'язану з цим специфіку доказової бази (не використовувались стандартизовані рейтингові шкали оцінки психопатологічної симптоматики), зміна психофармакологічних можливостей впливу на захворювання та, в решті решт, патоморфоз шизофренічного процесу, дослідження в цій сфері вимагають доповнення, враховуючи вищезгадані зміни [8].

Окремий інтерес викликають особливості когнітивних порушень, що виникають внаслідок взаємовпливу двох патогенних процесів – ендогенно-процесуального та екзогенно-органічного (до якого відносять серед інших і гіпертонічну хворобу), але їх розгляд потребує окремої публікації.

Таким чином, внаслідок суттєвої поширеності гіпертонічної хвороби як серед популяції в цілому, так і серед контингенту хворих на шизофренію як найбільш соціально вразливої верстви населення, та високої ймовірності модифікації цереброваскулярними змінами психопатологічної картини основного захворювання, дослідження клініко-психопатологічних закономірностей даного нозологічного поєднання є перспективним в контексті подальшого удосконалення психіатричної допомоги хворим соматопсихіатричного профілю.

Література:

1. Fleischhacker, W.W. Коморбидные соматические заболевания при тяжелых психических расстройствах: клинические, политические и научные вопросы [Текст] / W.W. Fleischhacker // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – №4. – С. 66-70.
2. Юрьева, Л. Н. Шизофрения: клиническое руководство для врачей [Текст] / Л.Н. Юрьева. – К.: Новая идеология, 2010. – 244 с.
3. Мартынихин, И. А. Метаболический синдром у больных шизофренией: распространенность, факторы риска, меры профилактики [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / И.А. Мартынихин. – СПб., 2009. – 25 с.
4. Бурлаков, А.В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника,

психосоматические соотношения, терапия) [Текст]: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / А.В. Бурлаков. – М., 2006. – 218 с.

5. Двирский, А.А. Шизофрения, коморбидная с сахарным диабетом II типа, как модель для оценки концепции гипотензивизма [Текст] / А.А. Двирский // Таврический журнал психиатрии. – 2010. – Т. 14, № 1 (50) – С. 111-113
6. Смашина, О.Е. Клініко-психопатологічні аспекти синдромопластичного впливу супутніх соматичних захворювань на формування клінічної картини шизофренії [Текст] / О.Е. Смашина // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17. – 4(67). – С. 22-28.
7. Пінчук, І.Я. Особливості ситуації щодо психічних розладів у осіб, старших за працездатний вік в Україні в 2008 році [Текст] / І.Я. Пінчук // Журнал психіатрії і медичинської психології. – 2009. – № 2 (22). – С. 10-16
8. Подвигин, С.Н., Ширяев О.Ю., Алехина О.Д., Шаповалов Д.Л. Шизофрения, коморбидная с артериальной гипертензией: современное состояние проблемы (обзор литературы) [Текст] С.Н. Подвигин [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2009. – № 35. – С. 168-176.
9. Meyer, J.M. The Clinical Antipsychotic Trials Of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial: clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome [Text] / J.M. Meyer [et al.] // Schizophrenia Research. – 2005. – № 80 (1). – P. 9-18.
10. Chwastiak, L.A. Interrelationships of psychiatric symptom severity, medical comorbidity, and functioning in schizophrenia [Text] / L.A. Chwastiak [et al.] // Psychiatr Serv. – 2006. – № 57(8). – P. 1102-1109.
11. Leucht, S. Physical Illness and Schizophrenia: A Review of the Evidence [Text] / S. Leucht [et al.]. – Cambridge University Press., 2007. – 224 p.
12. Бурлаков, А.В. Интегрированное ведение длительно протекающей психической и соматической патологии у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами [Текст] // А.В. Бурлаков // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 2. – С. 54-57.
13. Harrison, C. M. Prescriptions for antipsychotics in general practice [Text] / C.M. Harrison, H.C. Britt // Med J Aust. – 2003 – № 9 (178) – P. 468-469.
14. McCreadie, R. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia [Text] / R. McCreadie // Brit Journal of Psychiatry. – 2003 - № 113 – P. 534-553.
15. Straus, S.M. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death [Text] / S.M. Straus [et al.] // Arch Intern Med. – 2004. – № 164(12). – P. 1293-1297.
16. Бурлаков, А.В. Шизофренические нозогенные реакции у пациентов с сердечно-сосудистой патологией [Текст] / А.В. Бурлаков, Н.А. Ильина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – № 3. – С.128-132.
17. Lieberman, J.A. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia [Text] / J.A. Lieberman [et al.] // New Engl. J. Med. – 2005. – № 353(12). – P. 1209-23.
18. Hennekens, C.H., Casey D.E., Hennekens A.R., Hollar D. Шизофрения и повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний [Text] / С.Н. Hennekens // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 2. – С. 59-62.
19. Рекомендації Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії [Text]. – К.: ПП ВМБ; 2008. – 80 с.
20. Гаврилова, С. И. Клиника шизофрении, осложненной в позднем возрасте церебральными формами атеросклероза и гипертонической болезни [Текст]: автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. № 767 «Психиатрия» / С. И. Гаврилова. – М., 1970. – 24 с.
21. Морозова, В. Д. Особенности клиники шизофрении, сочетающейся с церебральной сосудистой патологией [Текст]: автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / В. Д. Морозова. – М., 1987. – 24 с.

**КОМОРБИДНОСТЬ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Е.В. Харчук

В статье рассмотрены основные аспекты коморбидности шизофрении и гипертонической болезни. Дана характеристика проблематике сочетания шизофрении и соматической патологии. Основное внимание уделено психопатологическим нарушениям, возникающим при данном нозологическом сочетании.

Ключевые слова: шизофрения, гипертоническая болезнь, психопатологические особенности

**SCHIZOPHRENIA AND ARTERIAL HYPERTENSION COMORBIDITY:
PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES (ANALYTIC REVIEW)**

E.V. Harchuk

The article deals with some main comorbidity aspects of schizophrenia and arterial hypertension. The characteristic of combining schizophrenia and somatic pathology has been given. Basic attention has been dedicated to psychopathological impairment, which appears due to this nozological combination.

Keywords: schizophrenia, hypertension, psychopathological features

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89:616-053.2

И.А. Марценковский

ФАКТОРЫ РИСКА РАССТРОЙСТВ ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: аутизм, факторы риска

Диагностическая категория расстройств из спектра аутизма (РСА) объединяет нарушения общего (первазивного) развития, характеризующиеся качественными нарушениями общения, социального взаимодействия, ограниченными интересами и стереотипными формами поведения.

Тяжесть расстройства определяется выраженностью нарушений социально - адаптивного поведения и когнитивного функционирования, которые могут варьировать в широком диапазоне. Тем не менее, даже высокофункциональные аутисты на протяжении всей жизни сохраняют дефицит социальной компетентности и, как правило, не могут существовать независимо [1].

К РСА относят инфантильный аутизм (синдром Каннера), первазивное расстройство с качественными нарушениями социальной реципрокности или коммуникации, либо с ограниченным набором повторяющихся, стереотипных форм поведения, интересов и занятий, включая умеренную и тяжелую умственную отсталость с чертами аутизма и гиперкинетической симптоматикой (атипичный аутизм), синдром Аспергера. Международная классификация психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКПБ-10) к РСА также относит дезинтегративное психическое расстройство и синдром Ретта.

Дискутируется связь с повышенным риском развития РСА ряда пренатальных: приема вальпроевой кислоты, талидомида, злоупотребления алкоголем, перенесенной краснухи, а также некоторых перинатальных вредностей: низкого веса при рождении (<2500 грамм), низкой оценки по шкале Апгар на 5-й минуте (<6 или <7), гистационного возраста при рождении менее 37 недель, кесаревого сечения, врожденных пороков развития [2-4].

Использование селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) беременными женщинами, по-видимому, также повышает риск развития РСА у их детей [5]. Обнаружено 2-кратное увеличение риска заболевания РСА детей матерей, которые использовали СИОЗС в течение года до родов и 3-кратное увеличение риска при приеме СИОЗС во время первого триместра беременности.

По данным ряда авторов [2;6;8] возраст матери при зачатии ребенка > 30, отца > 35 лет статистически достоверно связан с риском развития РСА. Риск развития РСА статистически значимо возрастает с увеличе-

нием возраста, как отца, так и матери ребенка на каждые 10 лет [7 - 8].

К числу важных для РСА факторов риска относятся и внутриутробные инфекции. Было показано, что госпитализация матери в первом триместре беременности в связи с вирусной и во втором триместре в связи с бактериальной инфекцией ассоциированы с диагнозом РСА [9]. Существует предположение, что биологическими механизмами бактериального и вирусного факторов риска являются иммунные нарушения и аутоиммунные повреждения желудочно-кишечного тракта, нервной системы и генома плода [10].

Экологические факторы также могут быть мутагенными, повышая риск развития РСА. Установлены пять факторов окружающей среды - ртуть, кадмий, никель, трихлорэтилен и винилхлорид, увеличение экспозиции, которых ассоциировано с РСА [11]. Еще три экологических фактора - проживание в регионах, которые являются урбанизированными, расположены в более высоких широтах или регионах с высоким уровнем осадков в течение года могут быть связаны с недостаточностью солнечной инсоляции и развитием дефицита витамина D.

Витамин D играет важную роль в восстановлении повреждений ДНК и защите генома от окислительного стресса, являющегося основной причиной его повреждения. Факторы, связанные с дефицитом витамина D, предположительно, способствуют повышению частоты новых мутаций и затрудняют регенерацию генов [11].

Цель исследования. Целью настоящего исследования было выявление и оценка значимости факторов риска РСА.

Методы исследования. Нами в течение 2010 – 2011 годов в специализированной поликлинике Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии проведено анамнестическое обследование 400 детей в возрасте от 3 до 7 лет с диагнозами РСА (F.84.0–F.84.9), установленными на основании диагностических критериев DSM-IV. Диагностическая процедура включала опрос родителей с использованием украинской легализованной версии диагностического полуструктурированного интервью аутизма (Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R)). У 280 из 400 включенных в исследование детей РСА были диагностированы первично.

Контрольную группу составили 200 психически здоровых детей в возрасте от 3 до 7 лет.

Семьи детей основной и контрольной групп были подвергнуты ранжированному анамнестическому обследованию, включающему изучение образа жизни и состояния здоровья родителей в течение года перед зачатием, особенностей протекания беременности у матери, истории развития и заболевания ребенка. У всех детей оценивались и ранжировались предположительные факторы риска РСА в пренатальном, перинатальном и послеродовом периодах: возраст родителей, наличие тяжелых психических расстройств и задержек развития речи в семейном анамнезе, вредности, связанные с беременностью и родами (курение, прием противосудорожных препаратов, нейролептиков и антидепрессантов, угрозы выкидышей, бактериальные и вирусные инфекции, кесарево сечение и другие родовспомогательные операции, маленький срок гистации, низкая масса новорожденного, низкий балл по шкале Апгар, гипоксически-ишемическое поражение мозга при рождении). В качестве случаев перенесенных инфекций нами учитывались указания на респираторные и мочеполовые заболевания, при которых беременные получали специфическую терапию или госпитализировались.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием 17 версии SPSS для доказательства возможной связи между факторами риска и РСА.

Характеристика включенных в исследование детей. В 2010 году под наблюдением детской психиатрической службы Украины находилось 1838 детей с расстройствами общего развития. В течение года под наблюдение детского психиатра берется около 300 детей с впервые диагностированным РСА. В 2010 году под наблюдение впервые взято 342 ребенка. В рамках

настоящего исследования в 2010–2011 годах было рандомизировано 280 детей с РСА, что составляет $\approx 40\%$ генеральной совокупности.

На рисунке 1 представлено распределение включенных в исследование детей с РСА в зависимости от их возраста. Большинство случаев РСА диагностируется в Украине в возрасте 30 – 50 и 58 – 71 месяцев. Экспоненциальная линия тренда гистограммы распределения может быть описана уравнением $y = 0,2195e^{-0,096x}$, где y – количество диагностированных детей с РСА, x – возраст диагностики расстройства.

На рисунке 2 представлена зависимость удельного веса рандомизированных детей с РСА от возраста диагностики у них расстройства.

Детей с РСА в возрасте 2,5–4 лет мы рассматривали, как своевременно диагностированных, в возрасте от 4,5 до 7 лет квалифицировали, как случаи поздней диагностики. В нашем исследовании только у 7 % детей диагноз РСА был установлен в возрасте до 30 месяцев. До 3 летнего возраста расстройство было диагностировано только у каждого четвертого, до 4 летнего – у каждого второго включенных в исследование пациентов. К 6 летнему возрасту диагнозы РСА были выставлены 95 % детей. Не более чем у 1 % детей расстройство впервые диагностировалось в возрасте от 6 до 7 лет.

В основную группу были включены 316 мальчиков и 84 девочки. На рисунке 3 представлена гендерная характеристика рандомизированных пациентов. На рисунке 4 представлена зависимость удельного веса включенных в исследование девочек и мальчиков от возраста диагностики у них расстройства. В любом возрасте аутизм у мальчиков диагностируется в нес-

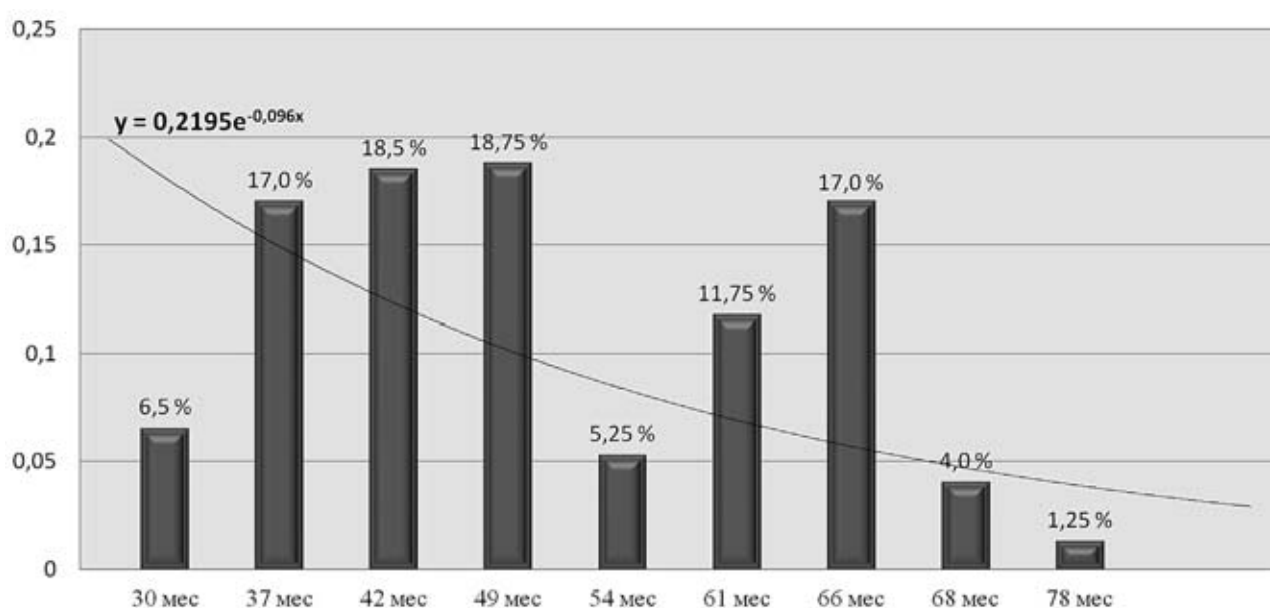


Рис. 1. Распределение включенных в исследование детей с расстройствами из спектра аутизма в зависимости от возраста

— экспоненциальная линия тренда гистограммы распределения

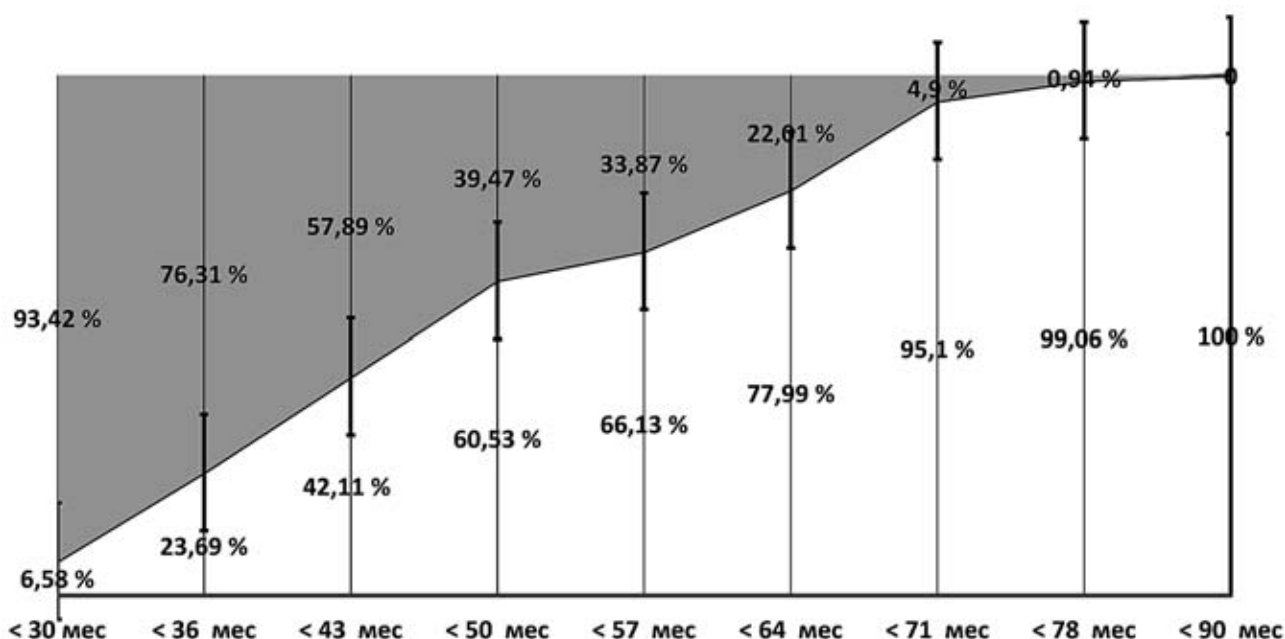


Рис. 2. Удельный вес включенных в исследование детей с расстройствами из спектра аутизма, диагностированными в возрасте от 30 до 90 месяцев

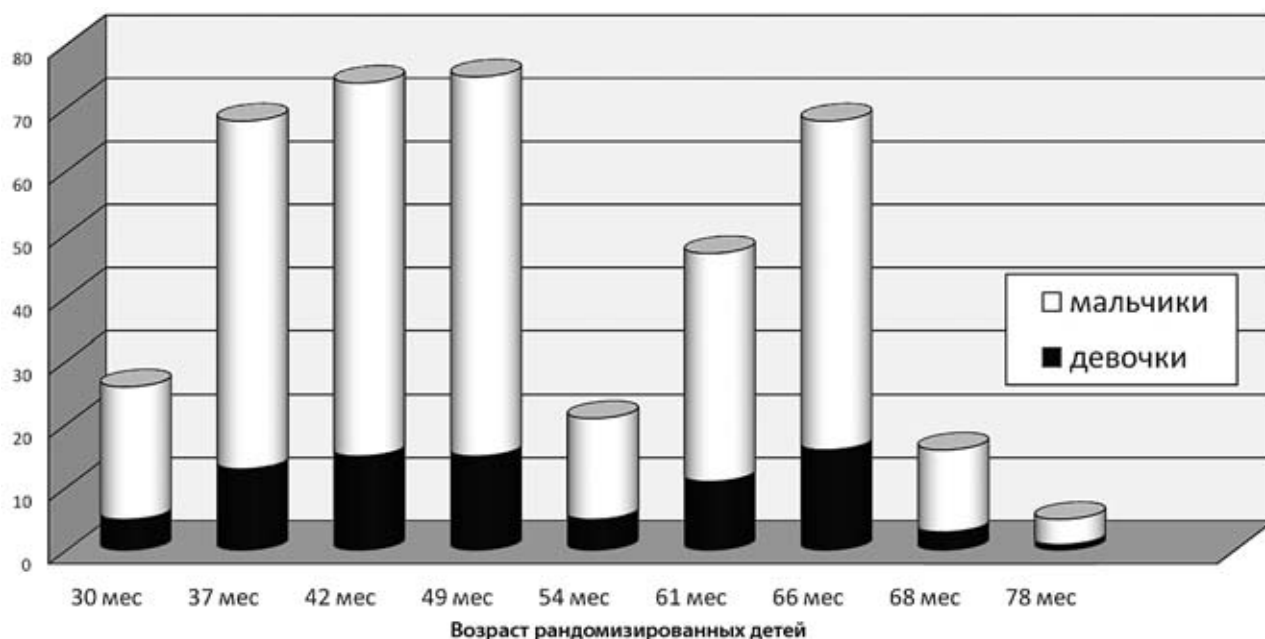


Рис.3. Распределение включенных в исследование детей с расстройствами из спектра аутизма с учетом пола и возраста

колько раз чаще, чем у девочек. Среди детей, у которых РСА было диагностировано до 30 месяцев, мальчиков было в 4 раза больше. К 3 летнему возрасту число диагностированных случаев расстройства среди мальчиков было в 4,2 раза, к 4 годам - 4, к 5 годам - 3,9, к 6 годам - 2,6, к 7 годам - 3,7 раз больше, чем среди девочек. Среди поздно диагностированных случаев РСА наблюдалась тенденция к увеличению удельного

веса девочек.

Результаты исследования. На рисунке 5 представлены факторы риска, ассоциированные с РСА. Выделенные факторы нами были сгруппированы в 4 группы: психические расстройства в семейном анамнезе, факторы, повышающие риск мутаций при зачатии, факторы, действующие во время беременности, факторы, связанные с рождением ребенка.

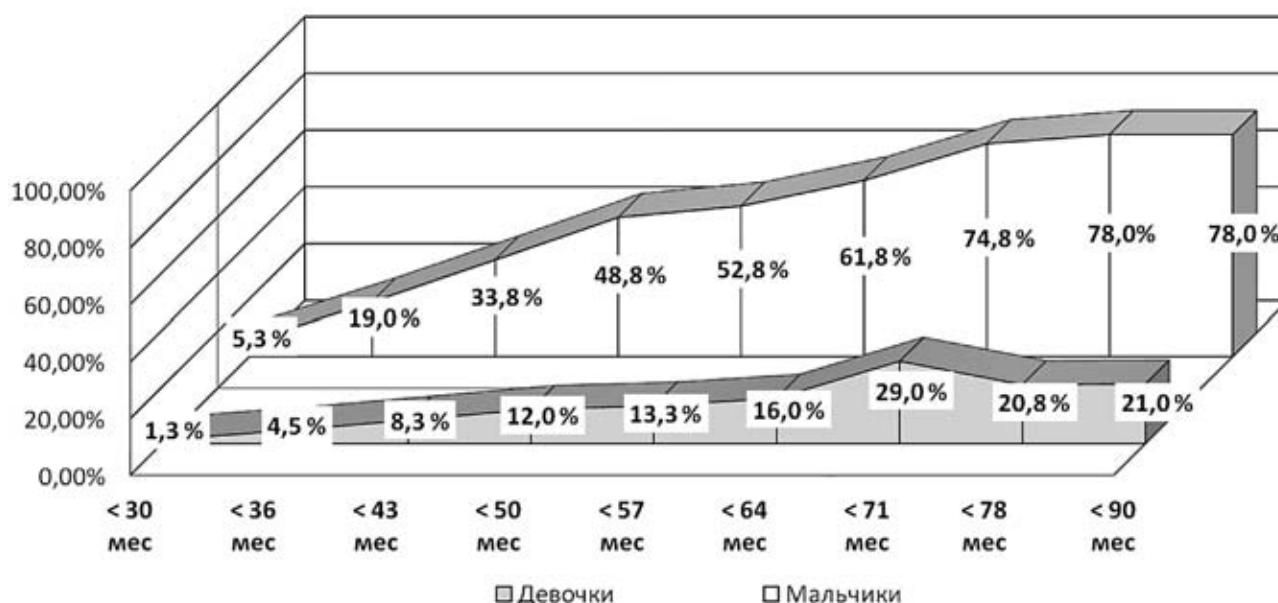


Рис. 4. Гендерная структура удельных весов включенных в исследование детей с расстройствами из спектра аутизма в возрасте от 30 до 90 месяцев



Рис. 5. Представленность основных факторов риска у детей с расстройствами из спектра аутизма и детей контрольной группы

1-задержка речевого развития у одного из родителей, 2-тяжелое психическое расстройство у родственников первой линии родства, 3-расстройство из спектра аутизма в семейной истории, 4-прием антидепрессантов в течение года до зачатия ребенка, 5-прием антидепрессантов в течение первого триместра беременности, 6-прием солей вальпроевой кислоты в течение года до зачатия ребенка, 7-прием антибиотиков и противовирусных препаратов в течение первого триместра беременности, 8-прием солей вальпроевой кислоты в течение первого триместра беременности, 9-признаки гипоксически-ишемического поражения мозга во время беременности и родов (низкий балл по шкале Апгар), 10-срок гистации меньше 38 недель, 11-инфекции во время беременности, 12-риск самопроизвольного аборта, 13-родовспомогательные операции (Кесарево сечение), 14-зачатие путем экстракорпорального оплодотворения, 15-табакокурение матери, 16-поздний возраст матери, 17-поздний возраст отца.

Задержки речевого развития, по меньшей мере, у одного из родителей имели место в семейном анамнезе у 30 из 400 детей с РСА; у 6 из них есть основания предполагать наличие в дошкольном возрасте расстройства рецептивной речи, у 8 отцов расстройства речевой артикуляции определялись на момент обследования. В контрольной группе в семейном анамнезе не выявлено ни одного случая рецептивного расстройства речи, задержки речевого развития имели место у

4 человек: у 3 отцов - расстройства речевой артикуляции, у одного - расстройство экспрессивной речи.

Тяжелые психические расстройства (шизофрения, биполярное расстройство) имели место у 28 человек из числа родственников первой линии родства детей с РСА и только у одного родителя ребенка, из числа включенных в контрольную группу.

В основной группе в семейной истории нами установлены 36 случаев расстройств общего развития, в

контрольной группе – 2 случая заболевания.

В нашем исследовании большое значение имели факторы, отнесенные нами к группе факторов, повышающих риск новых мутаций при зачатии ребенка: поздний возраст матери и / или отца на момент зачатия ребенка, зачатие путем экстракарпорального оплодотворения, прием антидепрессантов или солей вальпроевой кислоты в течение года до зачатия ребенка. Каждый из этих факторов коррелировал с более высоким риском развития РСА.

На рисунке 6 приведены гистограммы распределения возрастов родителей на момент рождения детей с РСА и детей контрольной группы. Среди матерей, родивших детей с РСА, женщин в возрасте старше 35 лет было 92 (23%), в контрольной группе только 14 (7%). Среди отцов детей основной группы на момент зачатия старше 35 лет было 232 (58%), контрольной группы – 82 (9%).

Фактор экстракарпорального оплодотворения тесно ассоциирован с фактором позднего возраста матерей. В основной группе в результате экстракарпорального оплодотворения родились 7 детей. Все матери этих детей были старше 35 лет и относились к категории возрастных первородящих. В контрольной группе не было ни одного ребенка, появившегося на свет в результате искусственного оплодотворения.

Таким образом, экстракарпоральное оплодотворение повышало риск развития РСА в 7 раз. Тем не менее, нами не получено прямых доказательств того,

что именно экстракарпоральное оплодотворение, а не поздний возраст матерей или ассоциированные с ним нарушения протекания беременности и патология родов повышают риск РСА.

Высокая конкордантность РСА у монозиготных близнецов и низкая у дизиготных, хорошо известная исследователям, поддерживает гипотезу, что в основе значительного числа новых случаев расстройства может лежать появление новых мутаций. В нашем исследовании, высокие значения интегрального показателя "факторы, повышающие риск новых мутаций при зачатии ребенка" позитивно коррелировали с отдельными признаками, отнесенными к другому фактору - "факторам риска, связанным с рождением ребенка": гипоксически-ишемическим поражением мозга (низким балом по шкале Апгар при рождении), родовспомогательными операциями, низкой (менее 38 недель) длительностью периода гистации при рождении.

Родовспомогательные операции имели место в акушерском анамнезе 40 детей основной и 4 детей контрольной групп ($p < 0,001$); инфекции и угроза самопроизвольного аборта соответственно у 25 и 6 ($p < 0,01$) и 18 и 4 ($p < 0,01$) матерей в группах сравнения.

Низкий, менее 38 недель срок гистации наблюдался у 22 детей с РСА и только у 5 детей контрольной группы. Из числа детей с РСА, рожденных вследствие экстракарпорального оплодотворения большинство (5 человек) родились недоношенными с признаками гипоксически-ишемического поражения ЦНС.

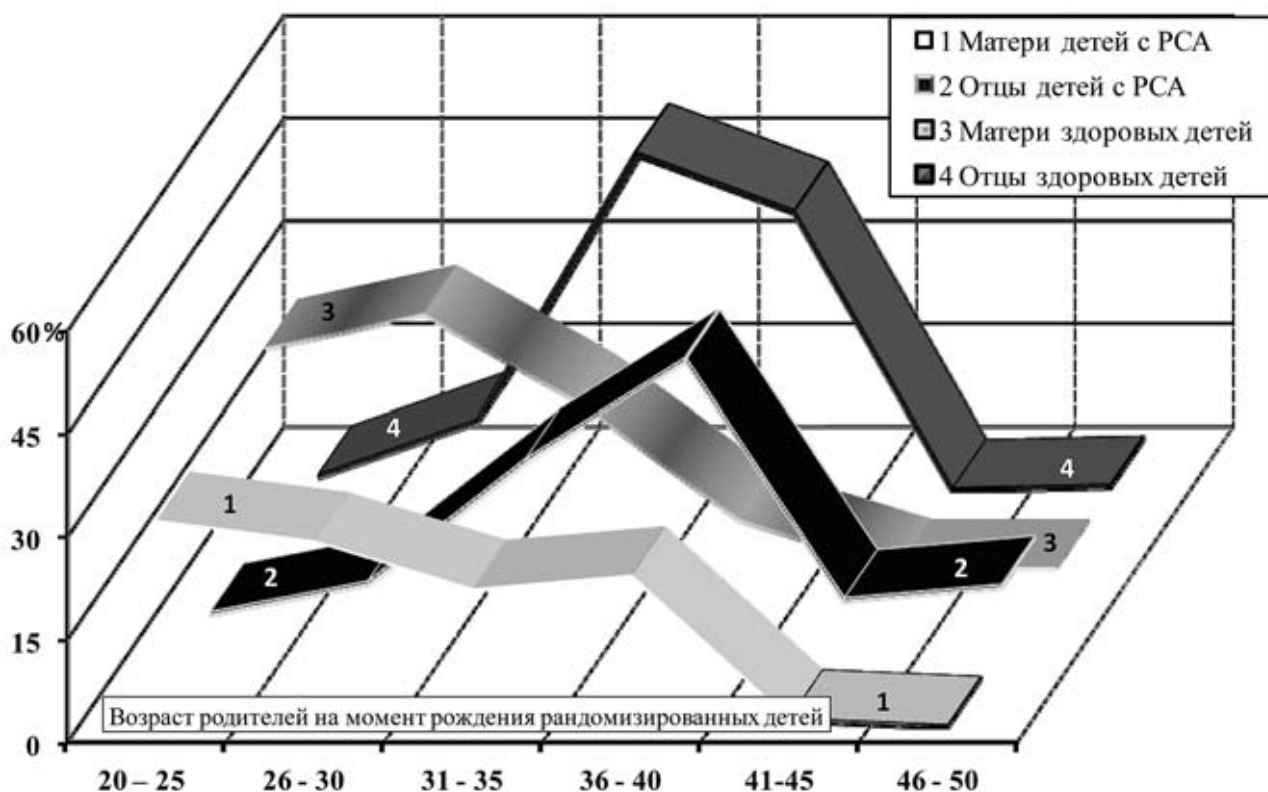


Рис.6. Гистограммы распределений родителей детей основной и контрольной групп по возрасту на момент рождения детей.

На рисунке 7 приведены диаграммы распределений детей с РСА и здоровых детей в зависимости от оценок в баллах по шкале Апгар при рождении. У детей с РСА оценка по шкале Апгар варьировала в диапазоне от 6 до 10 баллов, в контрольной группе от 7 до 10 баллов. Логарифмические линии аппроксимации и сглаживания распределений детей в основной и контрольной группах свидетельствуют о большей вероятности экзакцербации РСА при гипоксически – ишемическом поражении мозга.

Поздний возраст отцов более значимо влияет на риск заболевания РСА у детей, чем поздний возраст матерей (рис.6).

Прием некоторых лекарственных препаратов в течение года до рождения ребенка – в период времени, непосредственно предшествующий зачатию или во время зачатия, в нашем исследовании был ассоциирован с увеличением риска развития РСА. Прием матерями детей с основной группы антидепрессантов и солей вальпроевой кислоты сопровождался шестикратным увеличением риска развития заболевания. При приеме в первом триместре беременности антидепрессантов риск развития РСА возрастал в два раза, антибиотиков, противовирусных препаратов и солей вальпроевой кислоты в четыре раза.

Полученные данные о повышенной частоте приема некоторых фармакологических препаратов в преморбиде детей с РСА не доказывают, того факта, что прием именно этих лекарств повышает риск заболевания. Возможно, что в нашем исследовании мы обнаружили ассоциацию с РСА не приема матерями антидепрессантов и солей вальпроевой кислоты, а заболевания,

в связи с которыми женщины получали эти лекарства. Полученные результаты можно также объяснить тем, что РСА, аффективные расстройства и эпилепсия могут иметь общие нейробиологические предикторы, например, они могут быть связаны с одинаковыми проявлениями генного полиморфизма.

Действие токсических факторов во время беременности также, по-видимому, повышает риск РСА. Табакокурение во время беременности повышает риск РСА в 2,6 раз; 21% матерей основной и только 8% контрольной группы курили во время беременности. Прием антибактериальных и противовирусных препаратов во время беременности повышает риск аутизма в 4 раза, инфекции в 4,2 раза.

Полученные в результате исследования результаты демонстрируют, что среди многочисленных факторов риска РСА более сильным влиянием характеризуются факторы, действие которых принято связывать с появлением новых мутаций при зачатии ребенка: поздний возраст матери и / или отца на момент зачатия, зачатие путем экстракорпорального оплодотворения, прием антидепрессантов или солей вальпроевой кислоты в течение года до зачатия ребенка.

Поздний возраст отцов более значимо повышает риск развития РСА у их детей, чем поздний возраст матерей. Этот факт, по-видимому, можно объяснить тем, что у мужчин старше 35 лет плотность генетических мутаций выше, чем у женщин аналогичного возраста.

Действие токсических факторов во время беременности (курение, вирусные и бактериальные заболевания, прием лекарственных веществ), как показало наше

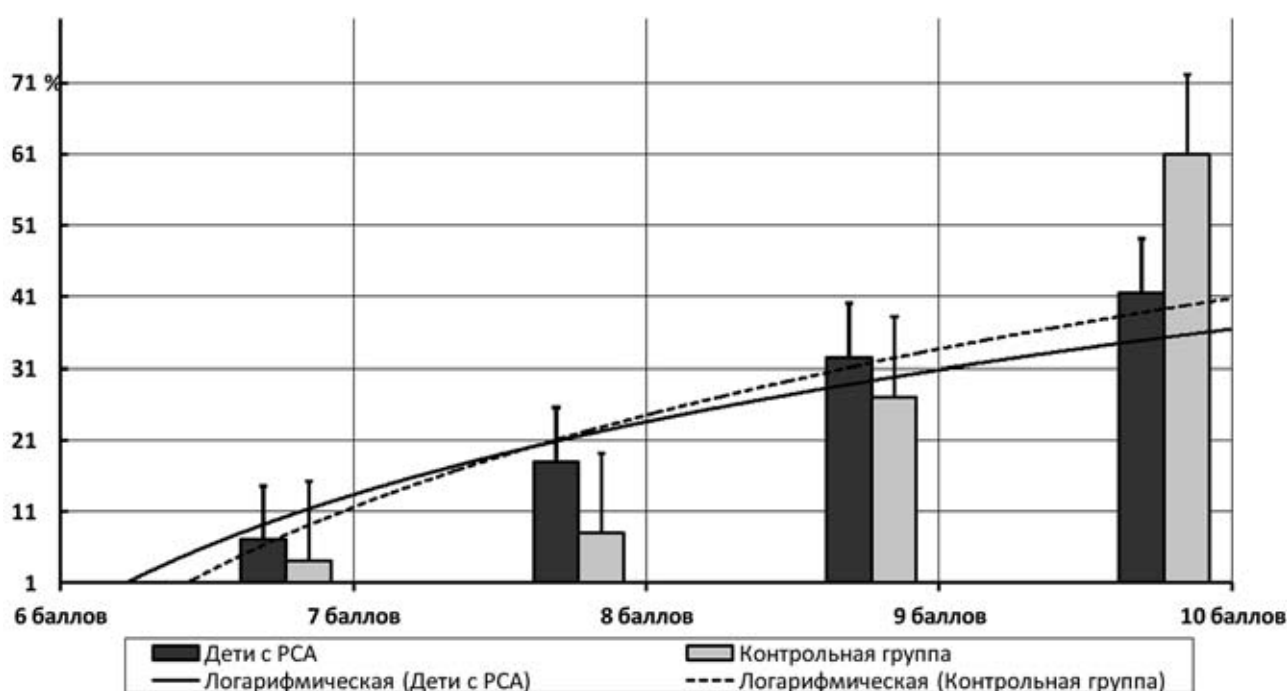


Рис. 7. Диаграммы распределений детей основной и контрольной групп в зависимости от оценок по шкале Апгар при рождении

исследование, также повышает риск РСА. Большое значение, по-видимому, имеют и другие перинатальные вредности. Нами доказано повышение риска развития аутизма при наличии одного или нескольких неблагоприятных событий акушерского анамнеза, таких, как низкий вес при рождении (<2500 г), низкая оценка по шкале Апгар на 5 минуте (< 6 або < 7), гистационный возраст при рождении < 37 недель, родовспомогательные операции в акушерском анамнезе.

Обращает на себя внимание тот факт, что различные вредности во время беременности влияют риск РСА в равной степени. Объяснения также требуют полученные нами данные, что прием женщинами в первом триместре беременности антидепрессантов и солей вальпроовой кислоты повышал риск РСА в меньшей степени, чем при приеме во время и перед зачатием.

Можно предположить, что биологические механизмы, лежащие в основе РСА, с одной стороны включают в себя появление новых мутаций в яйцеклетках и сперматозоидах родителей, связанных со старением их организмов, с другой стороны неразрывно связаны с изменениями в генетическом импринтинге, повышающими вероятность таких мутаций и снижающих возможность регенерации генов. Поздний возраст матери и / или отца на момент оплодотворения, зачатие путем экстракорпорального оплодотворения не только непосредственно повышают риск заболевания ребенка РСА, но и увеличивают риск рождения ребенка с низким гистационным периодом и гипоксически – ишемическим поражением мозга. Недоношенность и гипоксически-ишемическое поражение мозга в свою очередь могут увеличивать генный полиморфизм и экспрессию генов, повышая риск развития РСА [2;6;13].

Литература:

1. Filipek P.A., Accardo P.J., Baranek G.T., Cook Jr. E.H., Dawson G., Gordon B., Gravel J.S., Johnson C.P., Kellen R.J., Levy S.E., Minshew N.J., Prizant B.M., Rapin I., Rogers S.J., Stone W.L., Teplin S., Tuchman R.F., Volkmar F.R. The screening and diagnosis of autism spectrum disorders. // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1999. – V. 29. – №2. – P.439-484.
2. Larsson H.J., Eaton W.W., Madsen K.M., et al. Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. // *Am. J. Epidemiol.*, 2005. – V. 161. – P.916–925.
3. Hultman C.M., Sparre P., Cnattingius S. Perinatal risk factors for infantile autism. // *Epidemiology*, 2002. – V. 13. – P.417–423.
4. Glasson E.J., Bower C., Petterson B., et al. Perinatal factors and the development of autism. // *Arch. Gen. Psychiatry*, 2004. – V. 61. – P.618–627.
5. Croen L.A., Grether J.K., Yoshida C.K., Odouli R., Hendrick V. Anti-depressant Use During Pregnancy and Childhood Autism Spectrum Disorders. // *Arch. Gen. Psychiatry*, Published online July 4, 2011. – DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.73.
6. Reichenberg A., Gross R., Weiser M., Bresnahan M., Silverman J., Harlap S., Rabinowitz J., Shulman C., Malaspina D., Lubin G., Knobler H. Y., Davidson M., Susser E. Advancing Paternal Age and Autism. // *Arch Gen Psychiatry*, 2006. – V.63. – №9. – P.1026–1032.
7. Croen L.A., Najjar D.V., Fireman B., Grether J.K. Maternal and Paternal Age and Risk of Autism Spectrum Disorders. // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2007. – V.161. – №4. – P.334–340.
8. Grether J.K., Anderson M.C., Croen L.A., Smith D., Windham G.C. Risk of autism and increasing maternal and paternal age in a large north American population. // *Am. J. Epidemiol.*, 2009. – V.170. – №9. – P.1118–1126.
9. Patterson P.H. Maternal infection and immune involvement in autism. // *Trends in Molecular Medicine*, 2011. – V.17. – №7. – P.389–394.
10. Atladytir H.Y., Thorsen P., Schendel D.E., Oostergaard L., Lemcke S., Parner E.T. Association of Hospitalization for Infection in Childhood With Diagnosis of Autism Spectrum Disorders. // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2010. – V.164. – №5. – P.470–477.
11. Kinney D.K., Barcha D.H., Siena Napoleona B.Ch., Munirbc K.M. Environmental risk factors for autism: Do they help cause de novo genetic mutations that contribute to the disorder? // *Medical Hypotheses*, 2010. – V. 74. – №1. – P.102-106.
12. Hamdan F., A Strategy to Identify de Novo Mutations in Common Disorders such as Autism and Schizophrenia. // *Journal of visualized experiments: JoVE*, Published online Jan25, 2011. – DOI:10.3791/2534.
13. Craig J. Newschaffer, Daniele Fallin, Nora L. Lee. Heritable and Nonheritable Risk Factors for Autism Spectrum Disorders. // *Epidemiol Rev.*, 2002. – V.24. – P.137–153.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗЛАДІВ ЗІ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

І.А. Марценковський

Розлади зі спектру аутизму (РСА) представляють собою групу поширених розладів загального розвитку, що характеризуються порушеннями спілкування і соціальної взаємодії, а також стеріотипними та надвартісними інтересами та поведінкою. Метою нашого дослідження було виявлення значущості факторів ризику розладів загального розвитку. Основну групу склали 400 пацієнтів з РСА у віці 3-7 років. Діагноз встановлювали за діагностичними критеріями DSM-IV-TR із використанням напівструктурованого діагностичного інтерв'ю аутизму (ADI-R). В процесі дослідження досліджували пре-, пери- і постнатальні фактори ризику РСА. Контрольну групу склали 400 дітей без порушень розвитку з місцевого дитячого садка. Була встановлена значущість перинатальних факторів ризику РСА, встановлено підвищення ризику розвитку аутизму при наявності одного чи декількох несприятливих подій акушерського анамнезу, таких, як низька вага при народженні (<2500 г), низька оцінка за шкалою Апгар на 5 хвилині (< 6 або < 7), гестаційний вік при народженні < 37 тижнів, проведення Кесарієва розтину, а також наявність вроджених вад розвитку. З ризиком розвитку РСА також статистично достовірно були пов'язані вік матері старше 30, батька старше 35 років на час народження дитини.

Ключові слова: аутизм, фактори ризику

RISK FACTORS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS**I.A. Martsenkovskiy**

Autism spectrum disorders (ASD) are a group of pervasive developmental disorders (PDD) characterized by impaired communication and social interaction and also restricted and repetitive interests and behaviors. Our study aim is to identify possible risk factors correlated with PDD in a sample of 400 patients, 3-6 years old, diagnosed with ASD. The diagnosis was established after DSM IV TR criteria and using the diagnostic tools ADI-R (Autism Diagnostic Interview). We followed the presence of risk factors in pre-, peri- and postnatal period. The same risks factors were followed in a group of 400 children with typically development, similar in age and gender recruited from local kinder garden. It was found that perinatal risk factors for ASD and found an increased risk of autism associated with the presence of one or more unfavorable obstetric events such as low birth weight (<2,500 g), low Apgar score (< 6 or < 7) at 5 minutes, being small for gestational age gestational age at birth of less than 37 weeks, Cesarean section, and congenital malformations. Furthermore, high parental age (mother > 30 years; father > 35 years) was found to be statistically significantly associated with the risk of ASD.

Keywords: autism, risk factors

УДК 616.89:616.853-053.2

Л.М.Танцура

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТА РОЗВИТКУ ДІТЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ФЕБРИЛЬНІ СУДОМИ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Ключові слова: діти, фебрильні судоми, психоневрологічний стан

Фебрильні судоми надзвичайно розповсюджені серед дитячого населення (їх частота сягає 4-17 % загальної дитячої популяції) та різноманітні за перебігом (можуть після 1-2 повторів повністю зникати, періодично повторюватися упродовж багатьох років, трансформуватися в типові епілептичні напади) [1;2;8].

У медицині фебрильні судоми найчастіше вивчаються у зв'язку з епілепсіями [3;7]. Проте автори підкреслюють й те, що окрім ризику переходу в епілепсію, фебрильні судоми самі по собі небезпечні тим, що негативно впливають на головний мозок та на дитячий організм у цілому. Причому, характер та сила такого впливу є тісно взаємопов'язаними із характером фебрильних судом. Деякі автори [4-7], простежуючи цей зв'язок, вказують на наявність у дітей з фебрильними судомами затримки психічного розвитку як на одну з несприятливих ознак, що свідчить про вірогідність виникнення епілептичних нападів у дітей у подальшому. Вивчення особливостей нервово-психічного розвитку дітей з фебрильними судомами дійсно могло б сприяти поглибленню розуміння механізмів та прогнозуванню можливого перебігу даного захворювання, проте цій темі присвячені сьогодні лише поодинокі наукові дослідження.

У зв'язку із актуальністю та недостатньою розробленістю зазначеного вище питання, **метою** нашого дослідження було вивчення психо-неврологічного стану та розвитку дітей, які страждають на фебрильні судоми задля підтвердження або спростування взаємозв'язку між особливостями їх психічного розвитку та ризиком виникнення в них епілепсій.

Матеріали та методи дослідження. Нами було обстежено 315 пацієнтів (Х - 175; Д - 140) з фебрильними судомами. В основу відбору дітей, стан яких ми

досліджували, були покладені наступні критерії: наявність фебрильних судом; відсутність хронічних інфекційних уражень центральної нервової системи та інформована згода батьків на участь у дослідженні. Дітей було розподілено на три групи.

Основну групу склали діти з фебрильними судомами, у яких спостерігався хоча б один приступ під час підвищення температури тіла до фебрильних цифр і була вірогідність їх повторення. Вік дітей коливався від 1 до 5 років. До цієї групи увійшло 175 дітей (Х - 100, Д - 75), які знаходилися під нашим довготривалим спостереженням упродовж 3-5 років: проходили багаторазові обстеження - планові кожні 6 місяців, а при повторенні фебрильних судом - додаткові, позапланові.

Дві групи порівняння поєднали дітей, у яких фебрильні судоми були в анамнезі. Вік цих дітей на момент обстеження коливався від 8 до 16 років. До 1-ї групи увійшли діти - 70 осіб (Х - 40, Д - 30), у яких на момент обстеження спостерігалися типові епілептичні напади. До 2-ї групи - 70 осіб (Х - 36, Д - 34), у яких на момент обстеження будь-які напади чи приступи були відсутні.

Всі пацієнти досліджувалися за розробленою нами стандартизованою програмою, яка включала клініко-анамнестичне та клініко-генеалогічне обстеження.

Результати та їх обговорення. Звернення пацієнтів основної групи до фахівців Державної установи "Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної Академії медичних наук України" відбулося після першого епізоду фебрильних судом тільки в 27 (15,4 ± 2,73 %) випадках, в 148 (84,6 ± 2,73 %) випадках - пацієнти звернулися до спеціалістів вже після повторення приступу. При чому, до лікарів такого профілю пацієнти в основному зверталися вперше. Раніше, у дитячих неврологів, а особливо у дитячих пси-

хіатрів, пацієнти консультувалися тільки в поодиноких випадках. Однак, при детальному розпитуванні та обстеженні, практично у кожної дитини були виявлені ті чи інші порушення з боку психоневрологічної сфери. Крім наявності фебрильних судом (100% випадків), мали місце й інші розлади, які зустрічалися у дітей основної групи з різною частотою (перерахунок надано у порядку зменшення):

- психоемоційні розлади та порушення сну;
- зміни з боку мовлення;
- порушення в сфері рухів.

Наявність відхилень в психоемоційній сфері виявляли за допомогою клінічного інтерв'ю з батьками, перегляду відеозаписів, що могли надати інформацію про типові порушення. При вивченні цього питання ми намагалися отримати свідчення щодо порушення поведінки дитини від обох батьків та інших родичів, вихователів дитячих дошкільних закладів.

Психоемоційні розлади та порушення спостерігалися найбільш часто - у 160 випадках ($91,4 \pm 2,12$ %). Діти були занадто емоційні, з перепадами настрою - в один момент дитина могла зі спокійного стану перейти у край розлючення; з порушеннями сну - у вигляді неможливості заснути відразу, неспокійного з частими просинаннями, відсутністю денного сну з самого раннього віку, спостерігався страх темноти, всього незнайомого та часто знайомих предметів та речей домашнього побуту. Таким чином було встановлено, що порушення з боку психіки у вигляді невротичних розладів та астеничних проявів спостерігалися у більшості дітей основної групи вже з самого раннього віку, втім випадки затримки психічного розвитку були поодинокі і в жодному разі вони не протікали тяжко та не викликали порушень адаптації дітей.

Наступними за частотою, були порушення з боку мовлення - у 49 дітей ($28 \pm 3,39$ %), що аналізувалися нами з урахуванням віку дітей. Такі порушення проявлялися у нечіткості вимови звуків, заміні одних звуків іншими, затримках формування складової структури слів, неповній вимові, затримці мовного розвитку, яка найчастіше виявлялася в недостатньому словниковому запасі та затримці набору нових слів. Грубих змін з боку мовлення, таких як повна відсутність мовної продукції у дітей основної групи зафіксовано не було.

Ще рідше були зафіксовані зміни в сфері рухів, у 33 дітей ($18,8 \pm 2,96$ %). Насамперед, це були порушення ходи (періодично - частіше на дію емоційного фактору, діти підіймалися на передню частину стопи - у 24 випадках ($13,7 \pm 2,6$ %), під час ходи "підтягували" одну з ніжок - у 2 випадках ($1,1 \pm 0,8$ %), спостерігалася неправильна установка стоп - у 21 випадку ($12 \pm 2,46$ %), причому в 9 випадках ($5,1 \pm 1,67$ %) підйоми на передню частину стопи співпадали з неправильною установкою стопи, тільки в 2 випадках ($1,1 \pm 0,8$ %) спостерігалися тяжкі порушення в сфері рухів - діти самостійно не могли стояти і ходити.

З метою підвищення об'єктивності дослідження взаємозв'язку між процесом психічного розвитку дітей

з фебрильними судомами та ризиком переходу їх в афебрильні судоми нами окрім основної групи обстежувалися діти, у яких такий перехід вже стався (перша група порівняння). На момент обстеження всі діти цієї групи з діагнозом "епілепсія" знаходилися під спостереженням дитячих неврологів, психоневрологів, епілептологів та постійно приймали антиепілептичні препарати. Було встановлено, що у дітей першої групи порівняння епілептичні напади за характером у більшості випадків - $51 (72,8 \pm 5,36$ %) були фокальними та вторинно-генералізованими; набагато рідше - 10 випадків ($14,29 \pm 4,21$ %) - поліморфними, ще рідше - 9 випадків ($12,9 \pm 4,03$ %) - первинно-генералізованими.

Незважаючи на довготривале лікування, зміну протисудомних медикаментів та їх комбінування, 17 дітей ($24,3 \pm 5,16$ %) мали інвалідність саме у зв'язку з наявністю повторних епілептичних нападів. За програмою масової школи (з повсякденним відвідуванням навчальних закладів) навчалися 25 дітей ($35,7 \pm 6$ %), навчалися вдома за програмою масової школи 19 дітей ($27,1 \pm 5$ %), навчалися вдома за програмою масової школи з індивідуальним підходом 5 дітей ($7,1 \pm 3$ %), навчалися вдома за допоміжною програмою 7 дітей (10 ± 4 %). Інші 14 дітей (20 ± 5 %) також не могли навчатися в загальноосвітній школі, але першопричиною цього були не епілептичні напади, а інші проблеми пов'язані зі здоров'ям (зниження інтелекту та моторні розлади). У зв'язку з цим, 9 дітей ($12,9 \pm 4$ %) відвідували спеціалізовані дошкільні заклади (незважаючи на те, що вік цих дітей становив щонайменше 8 років) та середні спеціалізовані навчальні заклади, а 5 дітей ($7,1 \pm 3$ %) взагалі ніде не навчалися.

Окрім наявності епілептичних нападів у дітей першої групи порівняння домінували наступні розлади: порушення з боку сфери рухів різного ступеня виразності - у 43 дітей ($61,4 \pm 6$ %), з них, найбільш тяжкі спостерігалися (у вигляді парезів та паралічів) - у 8 дітей ($11,5 \pm 4$ %), всі ці діти страждали на дитячий церебральний параліч. У 6 випадках ($8,6 \pm 3$ %) із 8, захворювання протікало з порушенням функції ходи (патологічна хода), а у 2 випадках ($2,9 \pm 2$ %) діти взагалі не могли ходити. Більш легкі ушкодження у вигляді порушень тонкої моторики (діти погано бігають, не вміють стрибати, стояти на одній нозі) спостерігалися набагато частіше, в 35 осіб (50 ± 6 %). Розлади з боку мовлення мали місце у 22 дітей ($31,43 \pm 5,59$ %); психоемоційні зміни та порушення сну - у 61 дитини ($87,1 \pm 3,90$ %); зниження інтелектуально-мнестичних функцій - у 15 ($21,4 \pm 4,94$ %).

Найчастіше ознаки порушень з боку психоемоційної сфери, які спостерігали у дітей першої групи порівняння, були: висока втомлюваність; неувважність, неможливість надовго сконцентрувати увагу; зниження пам'яті та порушення поведінки.

На відміну від пацієнтів першої групи порівняння у другій групі, де в анамнезі дітей були фебрильні судоми, які повністю зникли, серйозних уражень з боку нервової системи, психічних порушень не відмічалось.

У жодного з пацієнтів не було ані паралічів, ані парезів. Були зафіксовані зміни нервової системи у вигляді недостатності з боку черепно-мозкових нервів у 16 дітей ($22,9 \pm 5\%$) та пірамідної системи у 12 дітей - $17,1 \pm 5\%$ (проявлялися у вигляді рефлекторних асиметрій, змін м'язового тону, які вели до патологічної установки стопи). Найчастіше з боку нервової системи спостерігалися вегетативні дисфункції у 28 дітей - $40 \pm 6\%$ (коливання артеріального тиску - підвищення або зниження, серцебиття та перебої в серцевій діяльності, труднощі дихання, задишка, похолодання та спітніння кінцівок); лікворно-гіпертензійний синдром у 29 дітей ($41,4 \pm 6\%$).

Зібрані та проаналізовані нами анамнестичні дані стосовно розвитку дітей основної групи та ретроспективні відомості щодо розвитку дітей груп порівняння до першого приступу судом на підвищення температури тіла (табл.1) дозволили нам зробити обґрунтовані висновки щодо взаємозв'язку психічного розвитку таких дітей та можливістю розвитку в них епілептогенезу.

Як видно з таблиці, ранній (до виникнення фебрильних судом) моторний та психічний розвиток дітей першої групи порівняння достовірно частіше ($p < 0,001$) протікав із затримками та відхиленнями, становлення мовленнєвих функцій в цій групі дітей також відбувалося із затримками, але менш суттєвими ($p < 0,05$). Діти основної групи та другої групи порівняння в більшості випадків розвивалися згідно вікових норм.

Узагальнення результатів дослідження дітей з фебрильними судами (в основній групі та в групах порівняння) показало, що тяжкі органічні ураження головного мозку та затримки психічного розвитку до

першого епізоду фебрильних судом можуть вивчатися як прогностичні ознаки несприятливого перебігу у дитини фебрильних судом. Такі ознаки є важливим маркером переходу фебрильних судом в афебрильні, свідченням можливого розгортання у дитини процесу епілептогенезу. У свою чергу, при діагностуванні та виборі профілактичних або лікувальних тактик щодо дітей з фебрильними судами медикам необхідно враховувати, що дане захворювання, особливо при його несприятливому перебізі, може негативно впливати і на психоневрологічний розвиток дитини. Таким чином, психоневрологічний стан та розвиток дитини необхідно обов'язково враховувати при обстеженні та лікуванні дитини з фебрильними судами.

Література:

1. Абрамови, Г.Б. К вопросу об эволюции припадочных состояний при эпилепсии у детей. / В кн.: Вопросы детской психоневрологии. М. Медгиз, 1958, С. 137-145.
2. Мякотных В.С. Динамика эпилепсии на ранних этапах: клиника, диагностика, лечение, прогноз //Журнал неврологии и психиатрии им. С. Корсакова, 5,1983.-С. 839-844.
3. Шанько Г.Г. Эпилепсия и пароксизмальные состояния у детей: Неврология детского возраста: болезни нервной системы новорожденных и детей раннего возраста, эпилепсия, опухоли, травматические и сосудистые поражения. – Минск, 1990. – 495 с.
4. Forsgren L, Sidenvall R, Blomquist HM, Heijbel J, Nystrom L (1991): Pre- and perinatal factors in febrile convulsions. / Acta Paediatr Scand 80: 218-225.
5. Kuma B., Kalita J., Misra U.K. Febrile seizure. / J. Indian Med. Assoc. 2010 Jul.; 108 (7). – 451 p.
6. Nelso KB, Ellenbergh JH (1976): Predictors of epilepsy in children who have experienced febrile seizures. / N Engl J Med 295: 1029-1033.
7. Nelso K, Ellenbergh J (1978): Prognosis in children with febrile seizures. / Pediatrics 61: 720-727.
8. Tsubo T (1984): Epidemiology of febrile and afebrile convulsions in children in Japan. / Neurology 34: 175-181

Таблиця 1

Порівняльна таблиця розвитку дітей основної групи та груп порівняння до першого приступу фебрильних судом

Особливості розвитку		Частота (%)		
		Основна група N=175	1 група порівняння N=70	2 група порівняння N=70
Затримки розвитку до виникнення фебрильних судом	моторного	13,7±2.6	61,4±6 ^{1*** 2***}	16±4
	мовного	21,1±3,07	20,0±5	12,9±4
	психічного	-	21,4±5 ^{1** 2***}	5,7±3

Примітки: ¹ – відмінність в групах порівняння;

² – відмінність в основній групі відносно першої групи порівняння;

³ – відмінність в основній групі відносно другої групи порівняння.

Рівень значущості: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ

Л.Н.Танцура

Обследовано 315 пациентов (М - 175; Д - 140) с фебрильными судорогами (ФС), которые составили три группы. В основную группу вошли 175 дітей (М - 100; Д - 75) с ФС, возрастом от 1 до 5 лет. Две группы сравнения объединили детей, у которых ФС были в анамнезе. Возраст этих детей колебался от 8 до 16 лет. В 1-ю группу вошли дети – 70 (М - 40; Д - 30) с типичными эпилептическими припадками, а во 2-ю – 70 человек (М - 36; Д - 34), у которых припадки либо приступы отсутствовали.

Ключевые слова: дети, фебрильные судороги, психоневрологическое состояние

PECULIARITIES OF PSYCHONUEROLOGIC CONDITION AND DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH FEBRILE SEIZURES

L.M. Tantsura

315 patients (175 boys, 140 girls) with febrile seizures were examined. They were classified into three groups. The main group is consisted of 175 patients (100 boys, 75 girls) with febrile seizures at the age from 1 to 5 years. Two groups for comparison combined children who had an anamnesis of febrile seizures. Their age was between 8 and 16 years. The 1st group was consisted of 70 children (40 boys, 30 girls) with typical epileptic seizures and the 2nd one was consisted of 70 seizure-free patients (36 boys, 34 girls).

Keywords: children, febrile seizures, psychonuerologic condition

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-340.63

В.Р. Илейко, А.В. Канищев
НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ
СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: комплексная судебная экспертиза, комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза

Сохраняющаяся тенденция к увеличению количества комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ), как в уголовном, так и в гражданском процессах, а так же отсутствие на Украине научных разработок, которые касаются организации и проведения такой экспертизы, оформления экспертного заключения и обоснования выводов, определяют необходимость поэтапного исследования обозначенных направлений проблемы и разработки предложений по совершенствованию и стандартизации этого вида экспертного исследования.

В наших предыдущих публикациях [2;3] были обобщены положения законодательно-нормативного регулирования комплексной экспертизы как разновидности комиссионной экспертизы, в которой принимают участие не менее двух экспертов различных областей знаний либо различных направлений в пределах одной области знаний. Отсутствие каких-либо разъяснений и рекомендаций о проведении КСППЭ и формулировании её выводов предполагает применение к ней тех же требований, что и к иным видам комплексной экспертизы, включая судебно-психиатрическую экспертизу с привлечением экспертов иных областей знаний. Обязательными и принципиальными требованиями к экспертному заключению при этом являются следующие: а) эксперт даёт заключение от своего имени и несёт за него личную ответственность; б) эксперт при проведении экспертизы не может выходить за пределы своих специальных знаний, т. е. за пределы своей компетенции.

При анализе таких понятий, как «совместная оценка», «интеграция результатов», «совместная компетенция», «единый (общий) ответ», которые в некоторых научных публикациях [4;5] рассматриваются как специфические характеристики КСППЭ, были обозначены основные позиции авторов по отношению к этим понятиям, в частности: а) «совместная оценка», с учётом существующих нормативно-правовых требований - является соответствующим образом организованным, этапным, независимым исследованием объектов экспертизы каждым из экспертов различных областей знаний и взаимное ознакомление экспертов с результатами этих исследований; б) «интеграция результатов»,

с учётом существующих нормативно-правовых требований - является соответствующим образом организованным, совместным обсуждением исследований, которые проведены каждым из экспертов различных областей знаний, взаимное использование результатов этих исследований каждым из экспертов для обоснования и формулирования личных выводов в соответствии с вопросами, которые поставлены и в пределах профессиональной компетенции; в) «совместная компетенция» предполагает идентичность, тождественность специальных знаний, использование которых и лежит в основе экспертного исследования; отсутствие такой идентичности исключает и возможность существования совместной компетенции; г) «единый (общий) ответ» — подпись судебно-психиатрическим экспертом результатов исследования, которое проведено экспертом-психологом и ответов на вопросы в пределах его компетенции (и наоборот), будет выходом за пределы компетенции данного специалиста и может поставить под сомнение результаты всего экспертного исследования (КСППЭ) с процессуальной (правовой) точки зрения.

В настоящей работе, на основании изучения экспертной практики проведения КСППЭ, нашей целью было проанализировать структуру и некоторые характеристики экспертных заключений с возможностью последующего обоснования на этой основе организационно-методических составляющих комплексного судебного психолого-психиатрического исследования.

Работа основывается на изучении 76 случаев КСППЭ в уголовном процессе из различных регионов Украины. В связи с тем, что, за небольшим исключением, в экспертных подразделениях Украины имели место схожие тенденции в проведении КСППЭ, а также по причине невозможности сформировать репрезентативные выборки из отдельных экспертных учреждений (подразделений) для их сравнительного анализа из-за конфиденциальности информации, мы представляем обобщённые характеристики КСППЭ без указания места проведения экспертизы. При этом следует отметить, что количественный анализ некоторых показателей комплексной судебно-психиатрической экспертизы в Украине [1] проде-

монстрировал и подтвердил отсутствие общепринятых подходов, касающихся назначения и проведения комплексной судебно-психиатрической экспертизы, с целесообразностью и перспективностью сравнительного качественного анализа различных характеристик такой комплексной экспертизы и отдельных её видов, включая КСППЭ, для их стандартизации. Проведение подобного научного исследования связано с необходимостью определённого переориентирования отдельных отчётных статистических показателей и изыскания правовых возможностей получения информации по проблеме из экспертных учреждений (подразделений).

В связи с отсутствием на сегодняшний день в Украине нормативно-методических требований к составлению акта КСППЭ исключалась и оценка изучаемых экспертных заключений на предмет соответствия таковым.

В задачи нашего исследования не входила также качественная (содержательная) оценка актов КСППЭ, их психологической и психиатрической составляющих, т. к. качественная оценка психологического заключения выходит за рамки компетенции судебно-психиатрического эксперта и требует специальных знаний эксперта-психолога, а качественная оценка психиатрической составляющей актов КСППЭ — это тема отдельного научного исследования. При этом подобная качественная оценка возможна лишь в отношении обоснованности выводов, т. е. соответствия исследовательской и мотивировочной частей выводам акта экспертизы.

Назначение КСППЭ в исследованных случаях происходило без какого-либо обоснования необходимости назначений комплексной и, в частности, психолого-психиатрической экспертизы; исключение составляли случаи «традиционного» назначения КСППЭ аффективных состояний, при этом наряду с криминальными действиями, предполагающими возможность развития аффективного состояния, КСППЭ с вопросами о наличии физиологического аффекта, значимого эмоционального состояния, назначалась и при совершении криминальных действий, целиком исключающих возможность возникновения кратковременного аффективного состояния, например, при обвинении в совершении краж, грабежей, развратных действиях и пр.

В исследованных актах экспертизы отсутствовала единая структура экспертного заключения. При этом в большинстве из них психиатрическая составляющая соответствовала нормативным документам [9], она имела вводную, исследовательскую, мотивировочную части и выводы. Психологическая составляющая имела различные названия — «психологическое заключение», «экспериментально-психологическое исследование», «психологическое исследование», «психологическая часть»; располагалась иногда перед мотивировочной частью психиатрической составляющей, иногда после неё, перед общими выводами; не имела формального структурного разделения, т. е.

очерченных (выделенных) по форме и содержанию структурных частей, ее построение можно было обобщить следующими вариантами:

а) общее изложение результатов психологического исследования в виде особенностей контакта с подэкспертным, особенностей его когнитивной и эмоционально-волевой сфер — в виде утвердительных обобщений, без указания на проведение каких-либо диагностических методик, т. е. исходя из текста психологического заключения, целиком на основе «направленной беседы»;

б) общее изложение результатов психологического исследования — т. н. «направленной беседы», описание особенностей функционирования психических сфер со ссылкой на проведение тех или иных экспериментально-диагностических методик, с последующим кратким обобщением (выводами) в отношении индивидуально-психологических особенностей и функционирования психических сфер по тексту заключения;

в) общее изложение результатов психологического исследования со структурированием текста в рамках решаемых задач, обобщением полученных результатов и выводами в конце психологического заключения, без промежуточных обобщений по тексту;

г) обозначение (приведение) задач психологического исследования, перечисление объектов и используемых методик, изложение результатов исследования в рамках решаемых задач с кратким обобщением полученных результатов по тексту заключения, обобщением и выводами в конце заключения.

Практически во всех заключениях эксперта-психолога происходило дублирование описания психического состояния подэкспертного судебно-психиатрическими экспертами, т. е. в актах КСППЭ содержалось два описания психического состояния: одно — на основе клинико-психопатологического метода, другое — на основе т. н. патопсихологического метода (направленной психологической беседы).

Большая часть анализируемых психологических заключений основывалась на результатах непосредственного исследования подэкспертного. Отдельные заключения использовали анамнестические материалы, его характеризующие, со ссылкой на исследовательскую часть психиатрической составляющей акта КСППЭ либо с использованием данных, характеризующих испытуемого, из материалов дела и медицинской документации, т. е. самостоятельным исследованием и анализом этих объектов экспертизы.

Во всех исследованных актах КСППЭ выводы, вне зависимости от компетенции, подписывались всеми членами экспертной комиссии — судебно-психиатрическими экспертами и экспертом-психологом (на сегодняшний день практически во всех случаях проведения КСППЭ состав экспертной комиссии включает несколько (2–3 и более) судебно-психиатрических экспертов одного (очень редко двоих) эксперта-психолога). Т. е. диагностические и экспертные выводы психиатрического характера удостоверялись в том числе и

экспертом-психологом, что целиком выходило за пределы его профессиональной компетенции. А в свою очередь выводы об «общей психологической характеристике личности», «индивидуально-психологических особенностях личности» и их влиянии на сознание, поведение, деятельность, наличии\отсутствии того или иного эмоционального состояния и пр. удостоверялись судебно-психиатрическими экспертами.

Оценка экспертного исследования при аффектогенных криминальных действиях заслуживает отдельного обсуждения в силу особенностей содержания статей Уголовного кодекса, трактующих содержание правонарушений, направленных против жизни и здоровья личности, тяжести наказания за такие правонарушения, а также в силу ответственности экспертного заключения, оценивающего психическое состояние лица на период подобного правонарушения с учётом возможных смягчающих обстоятельств либо переквалификации статьи обвинения при диагностировании того или иного выраженного кратковременного аффективного состояния. Мы коснёмся лишь некоторых аспектов КСППЭ кратковременных аффективных состояний с учётом дискуссионности клинического содержания и предмета компетенции континуума этих состояний. Свою точку зрения, отстаивающую, во-первых, болезненный характер кратковременных аффективных состояний, от непсихотического уровня составляющих их психопатологических симптомов в континууме аффективная реакция — психологический (аномальный) — физиологический аффект, до психотического уровня в рамках т. н. исключительных состояний, клиническим содержанием которых является сумеречное расстройство сознания, и во-вторых, компетенцию судебно-психиатрического эксперта в диагностической и экспертной оценке подобных состояний, мы неоднократно представляли в научных публикациях [6–8]. Нами обосновывались клиническое содержание ключевых понятий данной экспертной проблемы, алгоритм экспертного исследования, стандарты диагностики и экспертных решений, разделение компетенции судебно-психиатрического эксперта и эксперта-психолога, с пониманием того, что реализация наших подходов требует пересмотра некоторых нормативных, организационных, клинко-диагностических составляющих данного направления экспертизы и преодоления субъективного их неприятия отдельными судебно-психиатрическими экспертами и большинством экспертов-психологов, с учётом их установок и представлений, сформировавшихся на протяжении последних 20 лет под влиянием научных разработок психологов ГНЦССП им. В. П. Сербского.

Психологические заключения при этом виде КСППЭ отличались более значительным объёмом и содержательным наполнением в виде исследования и анализа ситуации криминального действия и показаний свидетелей. Не анализируя эти заключения с точки зрения особенностей формулирования и обоснованности выводов, а лишь с формальных позиций, можно

отметить, что они также не были структурированы в виде исследовательской, мотивировочной частей и выводов, в большинстве из них отсутствовал какой-либо алгоритм обоснования в виде выделения, сопоставления, динамической оценки всей совокупности фактических данных с последующим доказательным обоснованием выводов которые часто базировались на анализе версии случившегося, предлагаемой подэкспертным при проведении экспертизы без учёта его предыдущих (особенно первичных) показаний. Присутствовало терминологическое разнообразие оценочных категорий в описании состояния подэкспертного на период криминального действия (стресс; фрустрация; эмоциональное возбуждение; аффект; физиологический аффект; эмоциональное состояние, оказывающее существенное влияние на сознание и деятельность) с решением экспертом-психологом в том числе и экспертных вопросов, т. е. констатацией существенного ограничения способности подэкспертного осознавать свои действия и руководить ими на период правонарушения. Выводы, полученные в результате психологического исследования, также подписывались совместной экспертной комиссией, т. е. и судебно-психиатрическими экспертами, которые в своей части акта экспертизы вообще не исследовали ситуацию правонарушения путём анализа и сопоставления фактических данных.

Отмеченные особенности (недостатки) составления заключения КСППЭ свидетельствуют о необходимости стандартизации этого вида экспертного исследования, как в целом, так и отдельных его направлений с учетом их специфичности, на современной научной и правовой основе.

Выводы

1. В исследованных актах КСППЭ: а) отсутствует единая структура оформления акта; б) психиатрическая составляющая актов в целом соответствует нормативным требованиям, предполагающим наличие вводной, исследовательской, мотивировочной (т. е. аналитически-обобщающей) частей и выводов; в) психологическая часть исследованных актов КСППЭ лишена последовательного, понятного, взаимосвязанного построения, которое бы включало формулирование задач, перечень объектов экспертизы и используемых методик, непосредственное психологическое исследование, аналитическую часть с анализом и обобщением полученных данных в рамках решаемых задач, обоснование выводов.

2. В исследованных актах КСППЭ судебно-психиатрические эксперты и эксперты-психологи выходят за пределы своей компетенции, подписывая выводы по вопросам вне их профессиональных (специальных) знаний.

3. В исследованных актах КСППЭ аффективных состояний судебно-психиатрические эксперты вообще не участвуют в оценке и квалификации всего континуума кратковременных аффективных состояний, кроме исключительных состояний. Психологическая часть

этих актов, также не имея единой структуры оформления, в большинстве не базируется на принципах доказательности; представляемые выводы не основываются на исследовании, анализе, динамическом сопоставлении всех фактических данных, с последующим обобщением этих данных, устранением противоречий и формулированием выводов с учётом профессиональной компетенции.

4. Несмотря на неполную репрезентативность исследованной выборки, наличие схожих тенденций построения и оформления актов КСППЭ в различных экспертных учреждениях (подразделениях) Украины свидетельствует о системности вышеуказанных недостатков.

Литература:

1. Ілейко В. Р., Канищев А. В. Аналіз галузевої статистики щодо комплексних судово-психіатричних експертиз в Україні за період 2005–2009 років // *Архів психіатрії*. — 2011. — Т. 17, № 4. — С. 78–83.
2. Ілейко В. Р., Канищев А. В. Науково-методичні аспекти комплексної судової психолого-психіатричної експертизи в Україні // *Архів психіатрії*. — 2011. — Т. 17, № 3. — С. 53–57.
3. Ілейко В. Р., Канищев А. В. Спільні питання законодавчого та нормативного регулювання комплексної судової психолого-психіа-

тричної експертизи в Україні // *Архів психіатрії*. — 2011. — Т. 17, № 3. — С. 58–60.

4. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). — М.: Московский университет, 1999. — 497 с.

5. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) на современном этапе развития: достижения, проблемы, перспективы // *Российский психиатрический журнал*. — 2002. — № 3. — С. 9–18.

6. Первомайский В. Б., Илейко В. Р., Канищев А. В. Кратковременные аффективные состояния в судебно-психиатрической практике: критерии диагностики и экспертной оценки // *Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т. П. Печерниковой: Сборник научных работ / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, А. Ю. Березанцева*. — М.: ГНЦССП им. В. П. Сербского Росздрава, 2009. — С. 161–169.

7. Первомайський В. Б., Ілейко В. Р., Канищев А. В. Методичні аспекти призначення та проведення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи короткочасних афективних станів // *Архів психіатрії*. — 2008. — Т. 14, № 2. — С. 29–32.

8. Первомайський В. Б., Ілейко В. Р., Канищев А. В. Методичні засади експертної діагностики короткочасних афективних станів у кримінальному процесі: Методичні рекомендації. — Київ, 2010. — 28 с.

9. Порядок проведення судово-психіатричної експертизи, затверджений наказом МОЗ України від 08.10.2001 № 397, зареєстрований у Мін'юсті України 01.03.2002 за № 219/6507 // *Офіційний вісник України*. — 2002. — № 10. — Ст. 493.

ДЕЯКІ МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ У КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

В. Р. Ілейко, А. В. Канищев

У цій публікації викладені результати аналізу 76 висновків комплексної судової психолого-психіатричної експертизи з різних регіонів України з точки зору їх побудови та дотримання вимог щодо меж компетенції та персональної відповідальності експертів. Висвітлено факти, що свідчать про необхідність стандартизації проведення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи в Україні.

Ключові слова: комплексна судова експертиза, комплексна судова психолого-психіатрична експертиза

SOME METHODOICAL ASPECTS OF COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXPERTISE IN CRIMINAL PROCEDURE

V. R. Heyko, A. V. Kanishchev

The article contains results of preliminary analysis of 76 cases of complex (multispecialty) forensic psychological and psychiatric expertise in criminal procedure, evaluated in different regions of Ukraine. There were determined a breach of experts' professional competence and personal responsibility.

Keywords: multispecialty forensic expertise, psychological and psychiatric forensic expertise

НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.3:616-092:616-08

С. І. Табачников¹, К. Д. Гапонов^{1,2}

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ, КЛІНІЧНІ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОГО ПАТОМОРФОЗУ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ¹
Харківський обласний наркологічний диспансер²**Ключові слова:** алкогольна залежність, психосоціальні, клінічні, терапевтичні аспекти, патоморфоз

Нинішня наркологічна ситуація в Україні характеризується домінуванням хімічної, алкогольної аддикції. Це обумовлено значним поширенням алкогольної залежності (АЗ) серед населення (близько 10%) та недостатньою ефективністю її терапії [2 – 4; 8 – 10; 13; 15].

Теперішній стан рівню розповсюдженості АЗ та надання наркологічної допомоги населенню в країні являє собою віддзеркалення процесів трансформації в Україні, які охопили не тільки економічну сферу, але й систему соціальних відносин в цілому. Сучасні умови розвитку суспільства з притаманними йому високою інформаційною напругою, соціальним розшаруванням, низькими позиціями захищеності, відсутністю єдиної системи норм та цінностей трансформують як суспільство, так і кожну особистість [7]. Зміни в системі соціальних та особистісно значущих цінностей призводять до формування феномену аномії – стану суспільства, для якого характерні дезінтеграція та розпад системи моральних цінностей і норм, дотримання яких забезпечують нормальне суспільне функціонування, що провокує попит на психоактивні речовини (ПАР) та поширення девіантної, зокрема, аддиктивної, поведінки. Неприятливі зрушення в розповсюдженні алкогольної аддикції та недостатня ефективність її лікування обумовлені негативним впливом комплексу факторів – епідеміологічних, соціокультурних, особистісних та ін., особливе вагоме місце серед яких займає феномен патоморфозу АЗ, який фіксується багатьма сучасними дослідниками [1; 6; 11; 12; 14; 16]. Науковцями констатується, що на теперішній час проблема взаємозв'язку клінічних та терапевтичних аспектів патоморфозу АЗ з урахуванням впливу біопсихосоціальних чинників є актуальною, але недостатньо вивченою [1; 9; 14].

Враховуючи вищенаведене, з метою встановлення та ідентифікації змістовного наповнення феномену патоморфозу АЗ, нами проведено вивчення психосоціальних, клінічних та терапевтичних аспектів його формування.

Дослідження проходило в декілька етапів. На першому етапі роботи з метою встановлення динаміки епідеміологічних характеристик АЗ в Харківській області було проведено ретроспективний аналіз статистичних відомостей наркологічних закладів м. Харко-

ва та Харківської області за 1990, 2000 та 2010 р.р.

На другому етапі для верифікації проявів патоморфозу АЗ було здійснено контент-аналіз медичної документації з акцентуванням на психосоціальних, клініко-психопатологічних та терапевтичних аспектах 300 (необхідної кількості спостережень від генеральної сукупності) пацієнтів з АЗ, що проходили лікування у 1990, 2000 та 2010 рр. на базі Харківського обласного наркологічного диспансеру (по 100 – за кожен досліджуваний рік, з діагнозом алкоголізму I та II стадії у зрізі 1990 р. та синдрому залежності від алкоголю: в наступний час утримання F10.20, активна залежність F10.24, постійне F10.25 та епізодичне F10.26 вживання та станом відміни алкоголю F10.3 у зрізах 2000 та 2010 рр.).

Для досягнення мети роботи було створено «Карту дослідження патоморфозу АЗ», яка містила наступну інформацію: анамнестичну, соціально-демографічну, оцінку психосоціальної та трудової дезадаптації, клініко-психопатологічну та терапевтичну. Перша частина включала соціально-демографічні відомості – вік, стать, освіта, соціальний та сімейний стан, професійна діяльність, рівень дезадаптації. Ступінь трудової, міжособистісної сімейної та особистісної дезадаптації визначали за шкалою, розробленою Н. К. Ліпгарт (1984) [5]. Друга, клінічна, містила дані щодо формування, розвитку, динаміки, прогредієнтності, ремісій та ін. клінічних ознак, а також соматоневрологічних та соціальних наслідків АЗ. Третя частина була присвячена вивченню особливостей терапії АЗ в різні часові періоди.

Дослідження динаміки епідеміологічних характеристик АЗ в Харківській області у 1990, 2000 та 2010 р. дозволило встановити їх відповідність тенденціям, притаманним для України в цілому [13], а саме (табл. 1): плавне зменшення питомої ваги психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю в загальній структурі захворюваності та поширеності на психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР (86% у 1990 р., 94% - у 2000 р. та 82% - у 2010 рр.) та мозаїчне зростання захворюваності на хронічні алкогольні синдроми в структурі захворюваності на психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (93% у 1990 р., 82% - у 2000 р. та 96% - у 2010 р.) з різким зменшенням долі психотичних розладів внаслідок вживання алкоголю к 2010 р.

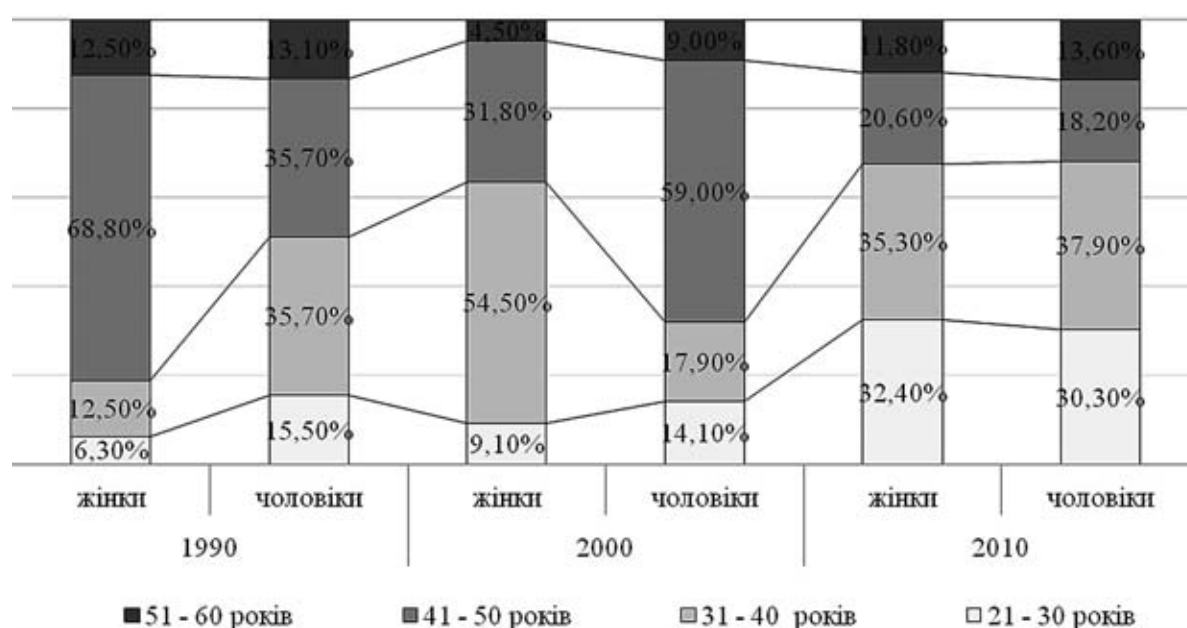
Таблиця 1

Динаміка епідеміологічних характеристик АЗ в Харківській області у 1990, 2000 та 2010 р.

Показник		роки		
		1990	2000	2010
Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР	Абс. к.	6304	3535	1777
	на 100 тис.	197,40	119,88	64,54
Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	Абс. к.	6097	3333	1456
	на 100 тис.	191,00	112,98	52,88
Захворюваність на хронічні алкогольні синдроми	Абс. к.	5715	2719	1399
	на 100 тис.	179,00	92,18	50,81
Захворюваність на гострі психотичні розлади внаслідок вживання алкоголю	Абс. к.	382	614	57
	на 100 тис.	12,0	20,80	2,07
Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР	Абс. к.	55526	48086	40890
	на 100 тис.	1738,00	1630,60	1485,04
Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	Абс. к.	56097	46497	38467
	на 100 тис.	1756,00	1576,70	1397,05
Поширеність хронічних алкогольних синдромів	Абс. к.	55526	45888	38333
	на 100 тис.	1738,00	1556,00	1392,18
Поширеність гострих психотичних розладів внаслідок вживання алкоголю	Абс. к.	571	609	134
	на 100 тис.	18,00	20,70	4,87

За результатами контент-аналізу медичної документації встановлені гендерні та вікові особливості, притаманні хворим на АЗ, в залежності від року дослідження (мал.1). Так, виявлено, що у 2010 р., порівняно з попередніми роками, зросла кількість осіб, хворих на

АЗ у віці 21 – 30 років (30,3% чоловіків vs 14,1% у 2000 р. та 15,5% у 1990 р.; 32,4% жінок vs 9,1% у 2000 р. та 6,3% у 1990 р.). Також виявлено зростання у 2000 р. та 2010 р. кількості жінок, хворих на АЗ, віком до 40 років (18,5 у 1990 р. vs 63,6% у 2000 р. та 67,7% у 2010 р.).



Мал. 1. Гендерні та вікові особливості розподілу хворих на АЗ у 1990, 2000 та 2010 рр.

Ретроспективний аналіз медичної документації за 1990 р., 2000 р. та 2010 р. дозволив встановити психос-

оціальні, клінічні та терапевтичні чинники – ознаки патоморфозу АЗ (табл. 2).

Таблиця 2

Психосоціальні, клінічні та терапевтичні чинники – ознаки патоморфозу АЗ

показник		роки		
		1990	2000	2010
Психосоціальні характеристики				
вік	До 20 років	-	-	-
	21 – 30 років	14%	13%	31%
	31 – 40 років	32%	26%	37%
	41 – 50 років	41%	53%	19%
	51 – 60 років	13%	8%	13%
	Більше 60 років	-	-	-
стать	Чоловіки	84%	78%	66%
	Жінки	16%	22%	34%
Соціальний статус	Фахівець керівник	-	-	-
	Фахівець-виконувач розумової праці	4%	5%	12%
	Фахівець-виконувач фізичної праці	66%	21%	-
	Некваліфікований робітник	12%	24%	-
	Тимчасово не працює	15%	28%	46%
	Довгостроково не працює	-	5%	38%
	Пенсіонер	3%	11%	4%
	Інвалід	-	6%	-
Освіта	Незакінчена середня	48%	39%	12%
	Середня	27%	32%	37%
	Середня спеціальна	14%	16%	24%
	Незакінчена вища	3%	6%	8%
	Вища	8%	7%	19%
Сімейний стан	Одружений (а)	73%	56%	49%
	Розлучений (а)	18%	29%	32%
	В шлюбі не перебували	9%	15%	19%
Спадкова обтяженість за родичами	Немає інформації	11%	5%	1%
	Відсутня	63%	58%	32%
	Спадковість АЗ	21%	30%	55%
	Спадковість захворюваності на психічні розлади	5%	7%	12%
Ступінь трудової дезадаптації	1	11%	4%	8%
	2	26%	21%	17%
	3	32%	26%	14%
	4	31%	49%	61%
Ступінь міжособистісної та сімейної дезадаптації	1	14%	16%	8%
	2	22%	27%	28%
	3	45%	23%	33%
	4	19%	34%	31%
Ступінь особистісної дезадаптації	1	22%	23%	12%
	2	31%	21%	18%
	3	20%	13%	39%
	4	27%	43%	31%

показник		роки		
		1990	2000	2010
Клінічні характеристики				
Середній вік першого вживання алкоголю	Немає інформації	15%	13%	3%
	До 15	16%	15%	27%
	16 – 19	57%	64%	69%
	20 – 25	10%	8%	1%
	26 – 30	2%	-	-
Середній вік дебюту АЗ	Немає інформації	5%	6%	-
	< 20	15%	16%	21%
	20 – 25	42%	34%	35%
	26 – 30	17%	25%	29%
	31 – 35	13%	11%	13%
	36 – 40	6%	8%	2%
	> 40	2%	-	-
Кількість попередніх госпіталізацій	немає	46%	35%	43%
	1	33%	29%	26%
	2	8%	15%	7%
	3	6%	10%	12%
	4	4%	3%	7%
	5 та більше	3%	8%	5%
Вид переважного вживаного алкогольного напою	Міцний алкоголь промислового виробництва	78%	43%	42%
	Міцний алкоголь кустарного виробництва	13%	45%	9%
	Вино	7%	3%	9%
	Пиво	2%	6%	22%
	слабоалкогольні напої	-	3%	18%
Середня добова доза алкоголю	Немає інформації	14%	8%	1%
	150 – 500 мл	43%	56%	21%
	501 – 1000 мл	32%	21%	39%
	Більше 1000 мл	11%	15%	39%
Толерантність до алкоголю	Немає інформації	8%	6%	1%
	Зростання	2%	10%	4%
	«Плато»	77%	69%	81%
	Зниження	13%	15%	14%
Супутні захворювання* (у більшості пацієнтів діагностовано більше ніж одне супутнє захворювання)	Відсутні	28%	32%	19%
	Центральної нервової системи	29%	34%	46%
	Периферичної нервової системи	6%	7%	9%
	Серцево-судинної системи	44%	45%	49%
	Травневої системи	28%	33%	45%
	Дихальної системи	6%	19%	17%
	Сечо-статевої системи	3%	4%	9%
	Ендокринної системи	-	4%	9%
	інші	29%	30%	19%

показник		роки		
		1990	2000	2010
Клінічні характеристики (продовження)				
Темп прогресивності формування АЗ	Немає інформації	5%	6%	-
	Швидкоплинний (до 1 року)	9%	7%	3%
	Високопрогресивний (до 3х років)	25%	27%	30%
	Прогресивний (4 – 9 років)	49%	50%	59%
	Малопрогресивний (10 та більше років)	12%	10%	8%
Характеристика попередніх ремісій	Немає інформації	2%	1%	-
	Відсутня	46%	38%	41%
	Однократна короткочасна	15%	14%	11%
	Багатократні короткочасні	14%	22%	27%
	Однократна тривала	18%	18%	13%
	Багатократні тривалі	5%	7%	8%
Форма вживання алкоголю	Немає інформації	5%	6%	-
	Однократні алкогольні ексцеси	-	1%	-
	«Псевдозапої»	66%	69%	68%
	Постійна з високою толерантністю	23%	18%	20%
	Постійна з низькою толерантністю	6%	10%	6%
	Переважаюча	5%	1%	5%
	Істинні запої	-	1%	1%
Переважаючий компонент в структурі первинного патологічного потягу до алкоголю	Немає інформації	5%	6%	-
	Ідеаторний (ситуаційно обумовлений)	7%	10%	13%
	Спонтанний усвідомлюваний (з боротьбою мотивів)	31%	23%	12%
	Спонтанний неусвідомлюваний (без боротьби мотивів)	48%	55%	65%
	Спонтанний, компульсивний	9%	6%	10%
Особливості патологічного потягу в стані сп'яніння	Немає інформації	5%	6%	-
	Часткова втрата кількісного контролю	3%	5%	1%
	Втрата кількісного контролю (симптом критичної дози)	92%	95%	96%
	Втрата ситуаційного контролю	74%	83%	92%
Вираженість клінічних проявів сп'яніння (за М.М Іванцом)	Немає інформації	5%	6%	-
	Симптоматика легкого ступеню	-	1%	-
	Комбінація симптоматики легкого та середнього ступеню	8%	11%	9%
	Симптоматика середнього ступеню	72%	75%	71%
	Комбінація симптоматики середнього та тяжкого ступеню	10%	5%	10%
	Симптоматика тяжкого ступеню	5%	2%	10%
Динаміка клінічних проявів сп'яніння	Немає інформації	5%	6%	-
	Без зміни	76%	70%	61%
	Істерична, дисфорична, експлозивна	4%	6%	12%
	Депресивна із тривожним афектом	2%	4%	12%
	Агресивна із руховим збудженням	5%	8%	10%
	Епілептоїдна	1%	2%	4%
	Псевдопараноїдна	1%	1%	-
	Галюцинаторно-маячна	6%	3%	1%

показник		роки		
		1990	2000	2010
Клінічні характеристики (продовження)				
Тривалість стану відміни	Немає інформації	5%	6%	-
	До 2 діб	10%	17%	8%
	3 – 5 діб	79%	69%	81%
	6 та більше діб	6%	8%	11%
Вік виникнення стану відміни	Немає інформації	5%	5%	1
	До 20 років	2%	3%	7%
	21 – 30 років	48%	53%	58%
	31 – 40 років	29%	26%	24%
	41 – 50 років	13%	11%	9%
	Більше 50 років	3%	2%	1%
Клінічні прояви стану відміни	Немає інформації	3%	1%	-
	З переважанням астенічних та вегетативних розладів	12%	18%	7%
	З переважанням сомато-вегетативних та неврологічних розладів	33%	45%	27%
	З переважанням психопатологічних проявів	9%	7%	5%
	З переважанням рівномірно виражених психічних та соматоневрологічних порушень	37%	21%	43%
	З судомним компонентом	3%	4%	12%
	З психоорганічними розладами	3%	4%	6%
Патологічний потяг в структурі стану відміни	Немає інформації	5%	6%	-
	Ситуаційно-епізодичний	4%	4%	2%
	Обсесивно-систематичний	52%	45%	34%
	Компульсивно-вітальний	39%	45%	64%
Алкогольні психози		n = 18	n = 21	n = 5
	Делірій	55,6%	66,7%	60%
	Вербальний галюциноз	33,3%	23,8%	20%
	Параноїд	5,6%	4,7%	20%
	Інші	5,6%	4,7%	-
Терапевтичні характеристики				
Дезінтоксикацій-на терапія	100%	100%	100%	
Загально-зміцнююча та симптоматична терапія	62%	73%	86%	
Аверсивна терапія	97%	68%	30%	
Психофармако-терапія	Антидепресанти	-	25%	46%
	Транквілізатори	92%	87%	29%
	Антипсихотичні засоби	45%	76%	69%
	Антиконвульсанти	-	18%	42%
	Психостимулятори	32%	7%	-
	Ноотропи	-	21%	35%
Фізіотерапія		9%	44%	53%
Кінезіотерапія		-	-	15%
Психотерапія		72%	24%	67%
Працетерапія		36%	-	--

Аналіз даних, наведених в табл. 2, дозволив підтвердити існування феномену патоморфозу АЗ на сучасному етапі, та виділити його складові (форми), які можуть існувати окремо, або переходити одна в другу, обумовлюючи потягнення медико-соціальних наслідків АЗ: психосоціальний патоморфоз АЗ клінічний патоморфоз АЗ терапевтичний патоморфоз АЗ. Відповідно до встановлених закономірностей, ідентифіковані чинники стають індикаторами наявності однієї форми патоморфозу, будучи одночасно предикторами формування іншої.

Психосоціальними індикаторами/предикторами патоморфозу АЗ, наявність яких визначає існування психосоціальної форми патоморфозу АЗ та обумовлює його подальший розвиток до клінічної форми, визначені ($p \leq 0,05$):

- збільшення серед загальної кількості хворих на АЗ питомої ваги осіб молодого віку;
- збільшення питомої ваги жінок, хворих на АЗ;
- збільшення непрацюючих (тимчасово або тривалий час) осіб з АЗ;
- зростання кількості осіб з більш високим рівнем освіти, що страждають на АЗ;
- зростання осіб з вираженою трудовою та особистісною дезадаптацією на тлі стабільно вираженої міжособистісної сімейної дезадаптації.

Клінічними індикаторами/предикторами патоморфозу АЗ, наявність яких визначає існування клінічної форми патоморфозу АЗ та обумовлює його подальший розвиток до терапевтичної, встановлені ($p \leq 0,05$):

- зменшення середнього віку першого вживання алкоголю;
- зменшення середнього віку дебюту АЗ;
- збільшення серед вживаних спиртних напоїв питомої ваги слабоалкогольних напоїв та пива;
- збільшення середньої добової дози вживаного алкоголю;
- зростання та потягнення сутніх захворювань шлунково-кишкового-тракту та центральної нервової системи на тлі стабільно високого рівню супутньої патології серцево-судинної та дихальної систем;
- зростання прогредієнтності формування АЗ;
- зменшення боротьби мотивів в структурі первинного патологічного потягу до алкоголю;
- збільшення істеричних, дисфоричних, експлозивних та депресивно-тривожних проявів сп'яніння;
- «помолодшання» віку виникнення стану відміни;
- збільшення вираженості психічних та соматичних порушень в структурі клінічних проявів стану відміни;
- збільшення вираженості компульсивно-вітальних проявів патологічного потягу до алкоголю в структурі стану відміни;
- зменшення кількості алкогольних психозів.

Серед особливостей терапії АЗ виділені тенденції, що мають достовірний вплив на клінічний та терапевтичний патоморфозу АЗ ($p \leq 0,05$):

- збільшення питомої ваги психотерапії в комплексному лікуванні АЗ;

- збільшення питомої ваги антидепресивних, антипсихотичних та антиконвульсивних засобів в комплексному лікуванні АЗ;

- зменшення питомої ваги аверсивної терапії;
- поява кінезіотерапії в комплексному лікуванні АЗ та зникнення працетерапії.

Отримані результати лягли в основу розробленої нами системи заходів оптимізації комплексного лікування АЗ на сучасному етапі.

Література:

1. Бітенський В. С. Клініко-патогенетичні аспекти алкоголізму й наркоманій / В. С. Бітенський // Вісник психіатрії та психофармакології. - 2007. - № 1 (11). - С. 7-11.
2. Волошин П.В. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / П.В. Волошин, О.І. Мінко, І.В. Лінський [та інші] // Український вісник психоневрології. - 2001. - Т.9, вип. 3 (28). - С. 7-9.
3. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні / С. І. Табачников, Д. С. Лебедев, Г. С. Трофімчук, Ю. Ю. Мартинова // Архів психіатрії. - 2009. - Т. 15, № 1 (56). - С. 81 - 88.
4. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк [та ін.]. - Київ, 2011 - 22 с.
5. Животовська Л. В. Особливості психосоціальної дезадаптації осіб з алкогольною залежністю / Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник // Таврический журнал психиатрии. - 2010. - Т. 14, № 1 (50). - С. 23-28.
6. Лінський І.В. Основні проблеми, пов'язані з поширенням алкогольної залежності та наркоманій в Україні, та шляхи їх розв'язання / І.В. Лінський, О.І. Мінко // Український вісник психоневрології. - 2005. - Том 13, вип. 4(45). - С. 8-10.
7. Лінський І.В. Наркопатологія як варіант аутоагресивної, саморуйнівної поведінки особи і суспільства / І.В. Лінський, О.І. Мінко // Український вісник психоневрології. - 2008. - Том 16, вип. 1(54). - С. 79.
8. Лінський І.В. Епідемії алкоголізму та нарко-токсикоманій в дзеркалі медичної статистики МОЗ України : аналітично-статистичний довідник 1990-2008 рр. / І.В.Лінський, О.І. Мінко, Л.І. Дьяченко, Г.О. Мусієнко, О.О. Петриченко. - Харків : Плеяда, 2009. - 168 с.
9. Мішиєв В.Д. Наркологія: актуальні питання / В.Д. Мішиєв, І.К. Сосін, М.О. Овчаренко, О.А. Єршова О.А. - Львів : Медицина світу, 2010. - 280 с.
10. Медико-социологические аспекты характеристики токсикоманий у лиц подросткового и молодого возраста / С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, Г. А. Приб [и др.] // Архів психіатрії. - 2011. - Т. 17, № 3 (66). - С. 61 - 66.
11. Мусієнко Г. О. Вивчення соціально-економічних чинників, що зумовлюють виникнення і патоморфоз залежності від алкоголю на моделі мезополісу [Електронний ресурс] / Г. О. Мусієнко // Актуальні питання сучасної психіатрії та наркології: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. - Киев-Харьков, 2010. - Т. 5. - Режим доступу: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper072.htm>.
12. Пишель В. Я. [Електронний ресурс] / В. Я. Пишель // Здоров'я України. - Режим доступу до журн.: <http://www.health-ua.org/archives/health/78/>
13. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990 - 2010 рр.). - Харків: видавець Строков В. Д., 2011. - 144 с.
14. Сосін І.К. Наркологія : монографія / І.К. Сосін, Ю.Ф. Чувєв. - Харків : Коллегиум, 2005. - 800 с.
15. Сосін І. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чувєв // Український вісник психоневрології. - 2010. - Т. 18, вип. 3 (64). - С. 174.

16. Сосин И. К. Атипичное в клинике наркологических заболеваний [Электронный ресурс] / И. К. Сосин, А. С. Волков, А. А. Осипов // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической

психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. - Н. Бачерикова. — Киев-Харьков, 2010. — Т. 5. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper103.htm>.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ПАТОМОРФОЗА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

С. И. Табачников, К. Д. Гапонов

На основе проведенного контент-анализа 300 историй болезни пациентов с алкогольной зависимостью, проходивших лечение в 1990, 2000 и 2010 годах на базе Харьковского областного наркологического диспансера, подтверждено существование феномена патоморфоза алкогольной зависимости на современном этапе. Также в ходе анализа идентифицировано содержательное наполнение феномена патоморфоза АЗ и выделены его психосоциальная, клиническая и терапевтическая составляющие (формы), которые могут существовать отдельно, или переходить одна в другую, обуславливая утяжеление медико-социальных последствий АЗ.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, психосоциальные, клинические, терапевтические аспекты, патоморфоз

PSYCHOSOCIAL, CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF MODERN ALCOHOL DEPENDENCE PATHOMORPHOSIS

S. I. Tabachnikov, K.D. Gaponov

On the basis of content analysis of 300 case histories of patients with alcohol dependence who were treated in 1990, 2000 and 2010 at Kharkiv regional drug clinic, confirmed the existence of the phenomenon pathomorphosis at the present stage, identified its content and its selected psychosocial, clinical and therapeutic components (forms) that can exist separately or pass one another, causing complication of the social and medical consequences of alcohol dependence.

Keywords: alcohol dependence, psychosocial, clinical, therapeutic aspects pathomorphosis

УДК: 612.393.616-001.28-616-036.22-08

**В.М. Пострелко², К.М. Логановський¹, В.О. Бузунов¹, О.І. Чорний¹, С.І. Солонович¹
СИНДРОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ
АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС**

ДУ «Науковий центр радіаційної медицини АМН України», м. Київ¹
Інститут сорбції та проблем ендоекології НАН України, м. Київ²

Ключові слова: Чорнобильська катастрофа, учасники ліквідації наслідків аварії, синдром залежності від алкоголю, іонізуюче випромінювання, психічні розлади

Вже йде третє десятиріччя з часу Чорнобильської катастрофи, яка спричинила широкий спектр медико-соціальних проблем. Завдяки зусиллям вчених, деякі з них було вирішено [1-4]. Але проблема взаємовпливу іонізуючої радіації і алкоголю на організм людини залишається у радіобіології вкрай суперечливою.

Порушення психічного здоров'я постраждалих є міжнародно визнаною пріоритетною медико-соціальною проблемою Чорнобильської катастрофи [4;5], але причини виникнення її нейропсихіатричних наслідків залишаються вкрай дискусійними [6;7].

Проблема підвищення частоти неонкологічних захворювань і нервово-психічних розладів у постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи та роль впливу «малих доз» ІВ залишається актуальною [8]. Однак негативний вплив радіації не було скориговано за такими традиційними чинниками ризику, як паління, зловживання алкоголем та інше [9].

Незважаючи на лише поодинокі клініко-епідеміологічні дослідження синдрому залежності від алкоголю (СЗА) в УЛНА на ЧАЕС [10, 11], поширена думка

про зловживання алкоголем як про первинну причину виникнення психічних розладів, особливо психоорганічного кола, в постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС [4;12]. Водночас в УЛНА визначено радіаційно-асоційовані порушення опіоїдних пептидів [13], а також дезінтоксикаційних функцій печінки [14], котрі можуть відігравати певну роль у патогенезі СЗА.

У період віддалених наслідків Чорнобильської катастрофи сукупний вплив ІВ, стресу, соматоневрологічних захворювань на тлі систематичного зловживання алкоголем спричинює порушення інтелектуального потенціалу постраждалих, погіршення їхньої життєдіяльності, продуктивності праці та якості життя. Такі процеси потребують специфічної корекції, лікування та реабілітації хворих, причому в низці випадків – протягом усього їхнього життя [15].

Після виконання аварійних робіт у Чорнобильській зоні відчуження в обстежених УЛНА поступово формувався характерний комплекс хворобливих відчуттів. Під час звернення таких пацієнтів за медичною допомогою їм переважно призначали аналгетичні та седа-

тивні препарати. Однією з причин подібної, суто симптоматичної, лікувальної тактики були поширені уявлення щодо психогенного походження нервово-психічних розладів у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

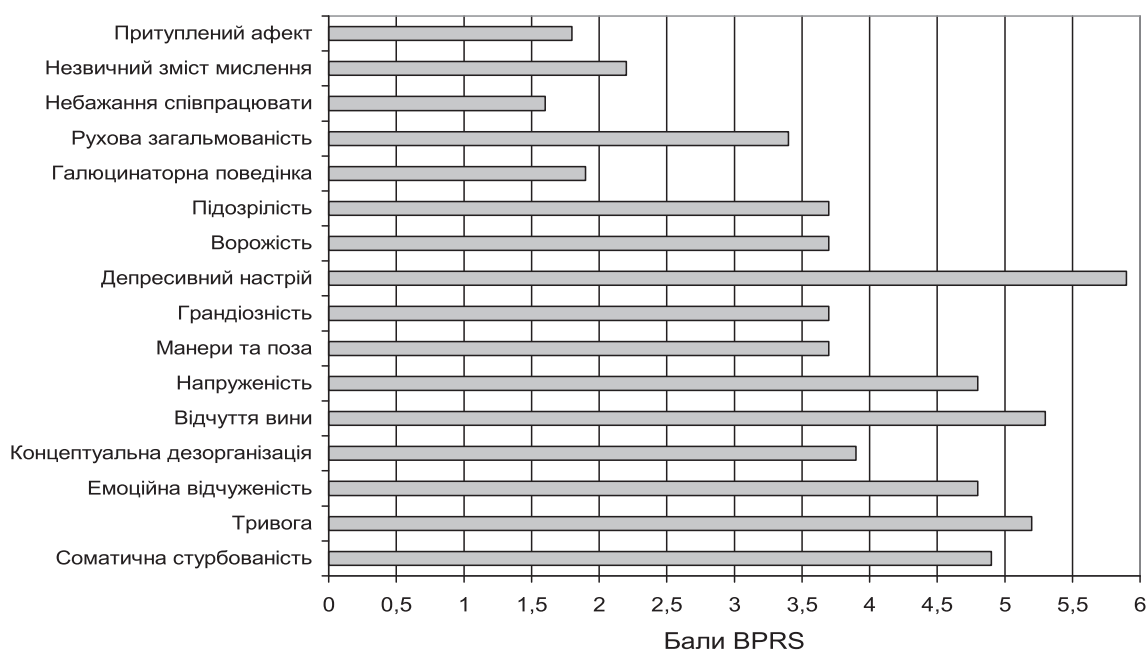
Значна частина УЛНА призвичаїлись до психотропних препаратів і в подальшому вони склали категорію хворих із тенденцією до формування ятрогенної токсикоманії. Переважна більшість обстежених основної клінічної групи з різних причин почали спочатку періодично, а надалі систематично використовувати фармакологічні властивості алкоголю з метою подолання хворобливих відчуттів та покращання суб'єктивної комфортності. Аналгезуючий вплив алкоголю допомагав долати головний біль і сенестопатичні прояви. Транквілізуючий ефект сприяв покращанню сну, нівелюванню відчуття тривоги, дезактуалізації переживань, пов'язаних із соціально-побутовими проблемами, усуненню стану загального напруження. Ейфоризуючі властивості давали можливість позбутися астенодепресивних проявів і на короткий час поліпшували сприйняття ситуації. Окрім того, вживання алкоголю як немедикаментозного чинника сприяло самозаспокоєнню хворих та формуванню уяви у них щодо суб'єктивного благополуччя стану здоров'я. Суттєвим елементом, що спонукав до вживання спиртного, стала поширювана на рівні чуток думка про радіопротекторні властивості етанолу. Все це в подальшому зумовило психогенну компоненту розвитку нервово-психічних розладів, які призводили до формування систематичної алкоголізації і подаль-

шої залежності від алкоголю [16].

Усього до клінічного дослідження було залучено 680 осіб (410 УЛНА і 270 осіб груп порівняння). Проспективне спостереження за перебігом психічних розладів здійснювали у стаціонарних і амбулаторних умовах. Результати клініко-психопатологічного обстеження у динаміці заносили до індивідуальної картки хворого, де відзначали оцінку наведених симптомів у віддалений період після катастрофи (2006–2009 рр.). За даними BPRS в основній клінічній групі виявлено кластер психопатологічних симптомів, вираженість яких була найвищою у спектрі психопатології (мал. 1). Результати аналізу чинників, які вплинули на психопатологічну симптоматику в осіб основної клінічної групи, підтвердили її етіологічну гетерогенність.

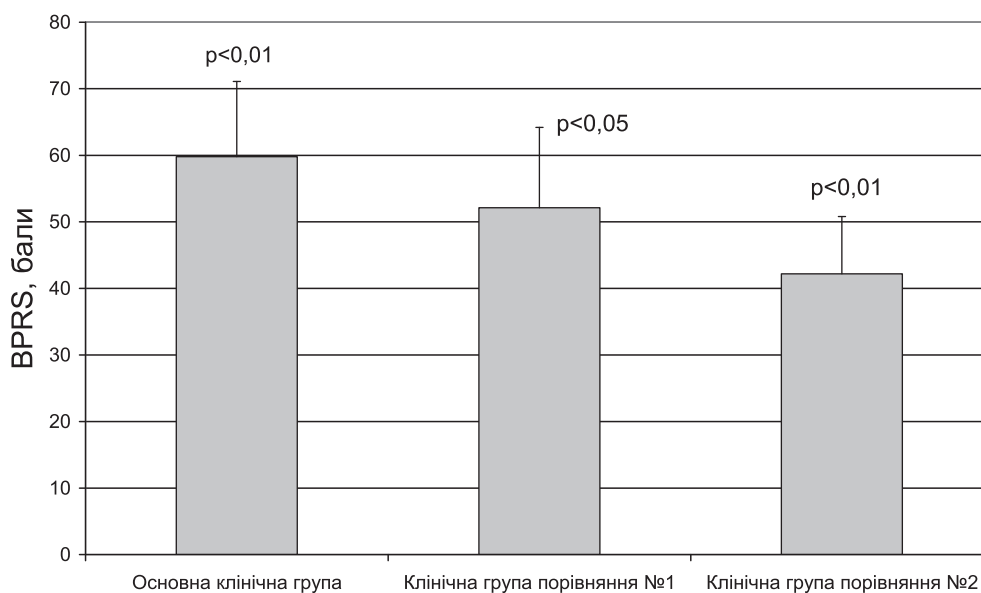
Сумарний бал BPRS підвищувався у міру збільшення вираженості соматоневрологічної патології ($r=0,33$; $p<0,029$), корелював із наявністю зв'язку захворювання з роботами з ліквідації наслідків аварії ($r=0,26$; $p<0,049$), тривалістю навчання ($r=0,31$; $p<0,02$) та знижувався зі збільшенням кількості шкідливих звичок ($r=0,27$; $p<0,04$). Останнє може свідчити про прагнення до досягнення психічної компенсації завдяки вживанню алкоголю.

Середній сумарний бал BPRS ($M\pm SD$) в осіб основної клінічної групи був вищим, ніж такий у пацієнтів клінічної групи порівняння № 1 ($59,8\pm 11,3$ та $52,1\pm 12,1$ відповідно; $p<0,05$) та осіб клінічної групи порівняння № 2 ($42,2\pm 8,6$; $p<0,01$), що показано на малюнку 2.



Мал. 1. Психопатологія за шкалою BPRS в основній клінічній групі.

Бали BPRS: 0 – відсутність симптому; 1 – дуже легко; 2 – легко; 3 – помірно; 4 – помірної тяжкості; 5 – тяжко; 6 – дуже тяжко.

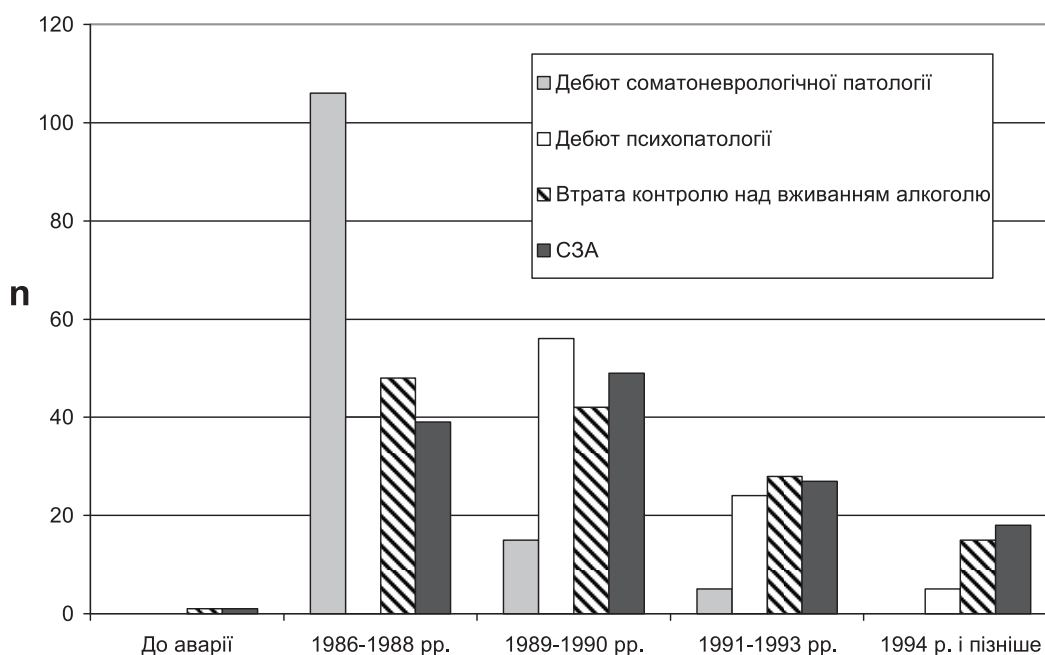


Мал. 2. Середній сумарний бал за BPRS у клінічних групах

Порівняльний аналіз вираженості психопатологічних симптомів у групах обстеження показав розбіжності майже за всіма субшкалами BPRS (табл. 1). Прояви клінічної психопатологічної симптоматики у пацієнтів клінічних груп мали суттєві розбіжності. Так, УЛНА основної клінічної групи і клінічної групи порівняння № 1 відрізнялися від пацієнтів клінічної групи порівняння № 2 більшою вираженістю соматичної стурбованості, тривоги, негативної психопатологічної симптоматики, когнітивних розладів, депресивних проявів тощо. УЛНА із психічними розладами і СЗА відрізнялися від УЛНА із психічними розладами, але без СЗА більшою вираженістю соматичної стурбованості, тривоги, емоційної відчуженості, депресивного настрою,

підозрілості, напруженості тощо. Більша вираженість психопатології загалом і соматоформних розладів зокрема в основній клінічній групі може свідчити про те, що однією з важливих мотивацій вживання спиртних напоїв було використання їхніх анагезуючих і атарактичних ефектів [16].

За результатами вивчення динаміки розвитку СЗА виявлено, що у пацієнтів із СЗА спочатку виникла соматична патологія, потім – психічні розлади, а вже на тлі цих порушень – СЗА. Цю закономірність проілюстровано на малюнку 3. Визначено, що зловживання алкоголем і СЗА в УЛНА на ЧАЕС є вторинними і виникають на тлі соматоневрологічної і психічної патології після опромінення у дозах 0,0003–2,87 Гр.



Мал. 3. Динаміка розвитку СЗА в УЛНА на ЧАЕС на тлі соматоневрологічної і психічної патології

Висновки

1. Визначені клінічні закономірності виникнення і розвитку СЗА внаслідок Чорнобильської катастрофи.

2. Визначено вторинність виникнення зловживання алкоголем і СЗА в УЛПА після зовнішнього опромінення.

3. Клініко-нейрофізіологічні особливості СЗА в УЛПА на ЧАЕС після зовнішнього опромінення полягають у коморбідності з органічними, невротичними, соматоформними і пов'язаними зі стресом психічними розладами.

Література:

1. Медичні наслідки Чорнобильської катастрофи в Україні / В. - Г. Бебешко, О. М. Коваленко, В. О. Бузунов [та ін.] // Журнал АМН України. – 2006. – Т. 12, № 1. – С. 21–31.
2. Логановський К. М. Нейропсихіатричні наслідки Чорнобильської катастрофи: сучасний стан доказів / К. М. Логановський // Український медичний часопис. – 2008. – Т. 68, № 6. – С. 44–51.
3. Радиация и алкоголь (очерки радиационной наркологии, или алкогольный «Чернобыль» / [Ушаков И. Б., Лапаев В. Э., Воронцова З. А., Должанов А. Я.]. Воронеж : Истоки, 1998. 248 с.
4. Bromet E. J. Psychological and perceived health effects of the Chernobyl disaster: a 20-year review // E. J. Bromet, J. M. Havenaar // Health Phys. – 2007. – Vol. 93, № 5. – P. 516–521.
5. World Health Organization. Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes : Report of the UN Chernobyl Forum Expert Group «Health» (EGH). ; [eds. B. Bennet, M. Repacholli, Zh. Carr]. – WHO, Geneva, 2006. – 160 p.
6. Логановський К. М. Нейропсихіатричні ефекти / К. М. Логановський // 20 років Чорнобильської катастрофи. Погляд у майбутнє : Національна доповідь України // Розділ 5. Медичні аспекти. – К. : Атіка, 2006. – С. 80.

7. Гуськова А. К. Основные итоги и источники ошибок в установлении радиационного этиопатогенеза неврологических синдромов и симптомов / А. К. Гуськова // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 12. – С. 66–70.

8. Медичні наслідки Чорнобильської катастрофи в Україні / В. - Г. Бебешко, О. М. Коваленко, В. О. Бузунов [та ін.] // Журнал АМН України. – 2006. – Т. 12, № 1. – С. 21–31.

9. Late cancer and noncancer risks among Chernobyl emergency workers of Russia / V. K. Ivanov // – 2007. – Vol. 93, № 5. – P. 470–479.

10. Шапов Л. С. Клинико-эпидемиологическая характеристика алкогольной болезни у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: дис. ... кандидата мед. наук : 05.26.02, 14.00.45 / Шапов Л. С. – СПб, 2004. – 119 с.

11. Сединина Н. С. Динамика психических нарушений у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: клинические, иммунологические, социальные и реабилитационные аспекты: автореф. дис. на соискание науч. степени д. мед. н. : спец. 14.00.18 / Н. С. Сединина. – М. : ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии». – М., 2009. – 43 с.

12. Скавыш В. А. Аспекты этиологии нервно-психических расстройств у мужчин, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС / В. А. Скавыш // Медицина труда и промышленная экология. – 2009. – № 3. – С. 25–31.

13. Терещенко В. П. Методичні засоби розпізнавання патології, індукованої чинниками Чорнобильської катастрофи, для встановлення факту інвалідації ; за ред. В. П. Терещенко. – К. : Медінформ, 2005. – 160 с.

14. Гасанов А. А. Захворюваність, поширеність та особливості перебігу хронічного гепатиту в осіб, які зазнали впливу малих доз іонізуючого випромінювання: дис. ... кандидата мед. н. : 03.00.01 / Гасанов Анвер Аждарович. – К., 2008. – 193 с.

15. Сединина Н. С. Динамика психических нарушений у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: клинические, иммунологические, социальные и реабилитационные аспекты / Н. С. Сединина. – Пермь : Богатырев П. Г., 2007. – 116 с.

16. Пострелко В. М. Синдром залежності від алкоголю в учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС: клінічна епідеміологія та лікування: дис. ... доктора мед. н. : 03.00.01 / Пострелко Валентин Михайлович. – К., 2010. – 344 с.

СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

В.М. Пострелко, К.Н. Логановский, В.А. Бузунов, А.И. Черный, С.И. Солонович

В статье осуществлено теоретическое обобщение и представлено новое решение актуальной научной проблемы относительно оценки психических и поведенческих нарушений, связанных с употреблением алкоголя, у участников ликвидации последствий аварии (УЛПА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС). Оно заключается в определении клинических закономерностей возникновения и развития синдрома зависимости от алкоголя (СЗА) в результате Чернобыльской катастрофы. Определена вторичность возникновения злоупотребления алкоголем и СЗА у УЛПА после внешнего облучения в дозах 0,0003–2,87 Гр на фоне психической и соматоневрологической патологии.

Ключевые слова: Чернобыльская катастрофа, участники ликвидации последствий аварии, синдром зависимости от алкоголя, ионизирующее излучение, психические расстройства

ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME IN CLEAN-UP WORKERS OF THE CHERNOBYL ACCIDENT

V. Postrelko, K. Loganovsky, V. Buzunov, A. Chorny, S. Solonovich

The theoretical systematization and new solution of the current scientific problem concerning the assessment of mental and behavioral disorders due to alcohol use in clean-up workers (liquidators) of the Chernobyl accident have been realized. This involved the clinical pattern of the alcohol dependence syndrome (ADS) development following the Chernobyl accident. The unoriginality of alcohol abuse and ADS in liquidators following to external exposure to ionizing radiation in doses of 0.0003–2.87 Gy on the background of mental, somatic and neurological abnormalities was shown.

Keywords: Chernobyl accident, clean-up workers (liquidators), alcohol dependence syndrome, ionizing radiation, mental disorders

И. С. Рыткис

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: студенты медицинского ВУЗа, табакокурение, табачная зависимость, распространенность, профилактика

Распространенность табакокурения среди молодежи в Украине продолжает оставаться высокой - более 500 тысяч молодых людей ежегодно приобщаются к курению [1;2]. В последние годы, чтобы оградить молодежь от соприкосновения с табаком, со стороны органов государственной власти предпринимается много усилий. Так, в 2006 году Украина ратифицировала Рамочную конвенцию Всемирной организации здравоохранения по борьбе против курения табака, а с 2010 года действует Государственная целевая социальная программа уменьшения вредного влияния табака на здоровье населения, в результате чего в нашей стране наметилась тенденция к уменьшению количества курильщиков. Согласно данным "Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака" (GATS) [3], который проводился в рамках сотрудничества правительства Украины с ВОЗ, распространенность ежедневного курения за последние 5 лет снизилась на 13%. Так, среди мужчин старше 18 лет курильщиков уменьшилось с 49% до 46,5%, а среди женщин - с 6,2% до 5,8%. Однако, среди подростков 14-17 лет отмечается увеличение курящих - с 3,6% до 4,3%. Особую озабоченность вызывает то, что многие представители молодого поколения и даже студенты-медики, практикуют безответственное отношение к своему здоровью, не воспринимают его как самоценность и не предпринимают усилий для его сохранения и укрепления [4]. ВОЗ рассматривает здоровье молодежи, посредством ключевых индикаторов, включая табакокурение, которое является одной из основных причин высокой заболеваемости и смертности среди взрослого населения [5-8].

Цель исследования - изучить распространенность и интенсивность табакокурения и табачной зависимости среди студенческой молодежи одного из медицинских Вузов страны.

Материал и методы исследования. Проведено исследование 1000 студентов 1-6 курсов Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького в 2010-2011 гг. При проведении исследования нами были изучены следующие аспекты: формирование привычки табакокурения с анализом побудительных мотивов; отношение курящих к рекламе сигарет и борьбе с курением; изучение потребностей студентов в оказании им медицинской помощи при отказе от курения, а также информирование их о формировании у них табачной зависимости. В работе с изучаемым контингентом использовали социометрический (анкетирование, интервьюирование, тестирование), клиниче-

ский и социально-демографический и статистический методы. Социально-демографический метод был применен 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 Фагерстрема [9].

В результате проведенного исследования установлено, что из числа опрошенных студентов никогда не курили $39,2 \pm 1,5\%$, а $55,7 \pm 1,6\%$ курят в настоящее время ($42,6 \pm 1,6\%$ - ежедневно и $13,1 \pm 1,5\%$ - редко).

На вопрос о постоянном курении положительно ответили $62,3 \pm 2,1\%$ юношей и $57,6 \pm 2,1\%$ девушек. Не курят лишь $38 \pm 2,1\%$ юношей и $42,4 \pm 2,1\%$ девушек. Причем из числа тех, кто дал отрицательный ответ в отношении курения в настоящее время $36,9 \pm 1,7\%$ студентов и $45,2 \pm 1,8\%$ студентов имели уже определенный опыт или пробы курения.

Установлено, что $33,2 \pm 1,9\%$ студентов стали курить до учёбы в медуниверситете (в том числе, $6,2 \pm 1,9\%$ студентов начинали курить с 11 - 12 лет), $54,8 \pm 2,1\%$ - на первом курсе и $12,0 \pm 2,1\%$ - на втором. Причинами возникновения привычки к табакокурению студенты называют психоэмоциональные перегрузки, связанные с проблемами в учебной деятельности ($62,8 \pm 2,0\%$), изменение режима жизни, стимуляцию работоспособности ($53,8 \pm 2,1\%$), любопытство и желание «повзрослеть» ($30,5 \pm 1,9\%$), влияние друзей, знакомых, своего ближайшего окружения ($48,4 \pm 1,7\%$), снижение родительской опеки ($20,2 \pm 1,8\%$). Из полученных результатов исследования следует, что подавляющая часть студенческой молодежи пристрастилась к курению в старшем подростковом возрасте, для которого характерны - неустойчивая система ценностей, подверженность внешним воздействиям (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 систематического курения с юношеского возраста к 23 годам возникает стойкая привычка табакокурения, с которой молодые люди не хотят, а часто, не могут справиться самостоятельно, без квалифицированного вмешательства специалистов. Так, высокая степень табачной зависимости выявлена у $14,4 \pm 1,5\%$ студенческой молодежи. При этом количество выкуриваемых сигарет составляло от 15-20 до 25 штук в сутки. Курили они как в компании, так и в одиночестве, одновременно выкуривая до 2-3 сигарет,

особенно во время эмоционально-значимых разговоров и переживаний. У $54,7 \pm 2,1\%$ студентов диагностирована средняя степень никотиновой зависимости (от 5-7 до 10 сигарет в сутки). Курение происходило как в компании сверстников, так и в одиночестве, когда, по словам студентов, им было необходимо «собраться, сосредоточиться, отвлечься от неприятных мыслей, успокоиться».

$27,9 \pm 2,1\%$ студентов не имели сильной табачной зависимости – выкуривали до 5-7 сигарет в сутки, причем курение происходило только в присутствии других «за компанию».

Настораживает тот факт, что многие студенты начинают курить в тот момент жизни, когда они не могут оценить риск, связанный с курением, а когда осознают пагубность этой привычки, табачная зависимость является главным препятствием к его прекращению. При этом у студентов, выкуривающих более пачки сигарет в день, можно предположить наличие сформированной табачной зависимости, когда так называемое случайное курение закономерно переходит в привычное регулярное курение, а в последующем – в зависимое. Также нами была отмечена закономерность увеличения процента курящих с увеличением возраста.

Кроме того, обращает на себя внимание рост популярности курения кальяна среди студенческой молодежи. На вопрос о регулярном курении кальяна положительно ответили $23,6 \pm 1,5\%$ девушек и $25,6 \pm 1,3\%$ юношей. Эпизодически курят кальян соответственно $26,4 \pm 1,6\%$ и $25,3 \pm 1,4\%$ молодых людей. Из числа некурящих сигареты $23,6 \pm 1,8\%$ девушек и $27,5 \pm 2,1\%$ юношей регулярно или эпизодически курят кальян.

По результатам исследования, основным источником наиболее доступных и исчерпывающих сведений о вреде курения для курящих и некурящих студентов являются в большинстве случаев родители ($48,4 \pm 1,9\%$ и $59,7 \pm 2,3\%$ соответственно), затем медицинские работники ($35,8 \pm 1,5\%$ и $49,3 \pm 2,1\%$ соответственно) и средства массовой информации ($18,2 \pm 1,2\%$ и $19,5 \pm 1,3\%$ соответственно).

Фактор курения в семье, как один из определяющих моментов начала курения в подростковом возрасте, общеизвестен. Установлено, что ещё в детском возрасте исходным и основополагающим мотивом начала курения является подражание взрослым или курящим сверстникам. Вследствие этого наличие курильщиков в ближайшем окружении школьника, а затем студента, является значимым фактором риска развития у них этой привычки. Полученные данные продемонстрировали, что распространение курения среди родственников и близких курящих студентов значимо выше, чем среди родственников и близких некурящих студентов. Так, у $80,8 \pm 1,7\%$ курящих студентов курили отцы и у $30,5 \pm 1,9\%$ – матери, тогда как у некурящих студентов отцы курили в $35,9 \pm 2,0\%$ случаев и в $8,8 \pm 1,2\%$ матери. Кроме того, по нашим данным, только $26,9 \pm 1,8\%$ родителей курящих студентов

не знали, что их дети курят.

Нельзя забывать о том, что сегодняшние студенты-медики – это будущее врачи. Трудно переоценить роль врача в первичной и вторичной профилактике табакокурения, особенно в Украине, где традиционно вопросы здоровья призван заниматься именно врач. Вместе с тем, всерьез осуществлять профилактику курения и помощь в отказе от него врач может только в том случае, если не курит сам. Большинство ($85,2 \pm 2,1\%$) студентов считают, что медработник должен давать каждому курящему рекомендацию бросить курить. Однако, только $63 \pm 1,9\%$ уверены, что такой совет может быть действенным. В процессе консультирования, по мнению студентов, есть определенный гендерный аспект – $40,1 \pm 1,7\%$ считают, что пол медработника оказывает влияние на действенность совета. Очевидно, что курение студентов-медиков является значимым препятствием на пути реализации их профессиональных обязанностей в будущем – только $28,4 \pm 2,3\%$ некурящих и $32,9 \pm 1,8\%$ курящих считают, что совет курящего врача бросить курить пациенту может быть действенным. Зачастую мнение и отношение врачей к вопросам табакокурения определяется не профессиональным, а общественным отношением к этой проблеме. Курение порой рассматривается скорее как социальная привычка, а не как фактор риска тех или иных заболеваний.

Кроме того, студенты показали исключительно низкий уровень знаний в области последствий табакокурения для здоровья, а также области современных методов помощи в отказе от курения – только $69,2 \pm 2,1\%$ считают, что курение является доказанной причиной хронических заболеваний и злокачественных новообразований, причем статус курильщика не влиял на этот показатель.

$83,5 \pm 1,6\%$ курящих и $69,2 \pm 2,3\%$ некурящих студентов отметили недостаточный уровень освещения вопроса связи курения с заболеваниями в учебной программе медицинского ВУЗа, а $84,5 \pm 1,9\%$ считают, что им требуется больше информации о методах лечения табачной зависимости. Специальные вопросы в унифицированной карте обследования относились к оценке уровня знаний студентов о влиянии активного и пассивного курения на здоровье. При этом существенных различий в уровне соответствующих знаний между курящими и некурящими студентами не обнаружено: о вреде активного курения приблизительно правильно были осведомлены $18,4 \pm 1,6\%$ и $22 \pm 1,8\%$ опрошенных, тогда как о влиянии на окружающих пассивного курения были информированы только $12,7 \pm 1,3\%$ студентов соответственно. Причем процент лиц, одобряющих курение больше среди курящих студентов, чем среди некурящих.

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. 65,8±1,6% девушек и 52,9±1,6% юношей говорят о желании бросить курить и только 40,9±1,6% студентов готовы участвовать в антитабачных мероприятиях, причем на эту готовность не влияли ни пол, ни курительный статус, ни год обучения. Самостоятельно пытались это сделать 57,6±1,4% девушек и 44,5±1,1% юношей. На момент обследования за медпомощью по поводу отказа от курения обращались лишь 2,5±2,1% девушек и 1,2±1,1% юношей.

При анализе причин, препятствующих отказу от табакокурения, установлено, что основной причиной являлось отсутствие желания бросить курить (47,2±2,7%); 24,7±1,5% курящих студентов не были убеждены в необходимости отказа от курения, 17,8±2,1% курящих лиц не имели достаточно убедительной информации против курения.

Несмотря на то, что большинство студентов медицинского ВУЗа поддерживают ратификацию Украиной Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с курением [10], среди студентов-медиков отмечается очень высокая распространенность курения, низкий уровень знаний в вопросах контроля над табаком, а также готовность к консультированию курящих пациентов в будущей практике. Это требует скорейшего пересмотра принципов обучения студентов медицинских специальностей и самих учебных программ, потому что медицинский работник – часто единственный специалист, который имеет возможность помочь курящему пациенту. Эффективное внедрение Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака невозможно при таком негативном отношении самих медиков к своим профессиональным обязанностям.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения мониторинга курения и перспективности работы по профилактике этой вредной привычки среди лиц студенческой молодежи. Основываясь на результатах проведенного исследования, опыта отечественных и зарубежных специалистов, а также в целях сохранения и укрепления состояния здоровья следует разработать программу, направленную на противодействие табакокурению. Одним из неотъемлемых аспектов работы является повышение информированности студентов-медиков о последствиях табакокурения, его эпидемиологии и современных методов

лечения. В этой связи перспективным представляется разработка образовательного курса и/или системы обучающих семинаров по вопросам табакокурения и современным методам лечебной помощи в отказе от курения для студентов. Кроме того, необходима разработка и издание информационных и методических материалов по вопросам антитабачной политики и их распространение в клиниках и учебных корпусах всех высших учебных заведений, а так же в студенческих общежитиях и местах общественного питания студентов. С позиции воспитательной работы со студентами необходимо строго динамически контролировать соблюдение Закона Украины «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення», а также приказа ректора «Про недопущення тютюнокуріння, вживання алкогольних напоїв та наркотичних засобів на території ДонНМУ» с предоставлением информации в ректорат о нарушении законодательства Украины. По нашему мнению в целях оказания квалифицированной медицинской помощи лицам с табачной зависимостью необходимо при каждом учебном заведении организовать кабинеты психогигиены и психотерапии, а также телефоны доверия.

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. Режим доступу: http://www.who.int/fctc/reporting/global_progress_report_ru_rev.pdf
3. Режим доступу: <http://biz.liga.net/articles/EA100242.html>
4. Устищенко О. А. Распространенность курения среди лиц юношеского возраста дальневосточного региона // Современные научные технологии. – 2006. – № 7 – С. 68-69
5. Танюшина К., Бессчетнова О.В. Особенности формирования вредных привычек у студенческой молодежи (по материалам социологического исследования) // Студенческий научный журнал. – 2010. – Т. 1. – № 1. – С. 94-99.
6. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
7. Hajerk P. Introduction: recognition and management of some possible consequences of stopping smoking / P.Hajerk // Curr Med Res Opin. – 2009. – Vol. 25 (2). – P. 509–510.
8. <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine/4-addiction.htm#4>
9. Fagerstrom 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.
10. Режим доступу: http://www.who.int/fctc/text_download/ru/index.html

ДО ПИТАННЯ ПРО РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТА ПРОФІЛАКТИКУ ТЮТЮНОПАЛІННЯ ТА НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД МОЛОДІ

І. С. Риткіс

У статті наведено аналіз розповсюдженості тютюнопаління та нікотинової залежності серед студентської молоді міста Донецька та надані рекомендації стосовно превенції паління та тютюнової залежності серед студентів-медиків.

Ключові слова: студенти медичного ВНЗ, тютюнова залежність, розповсюдженість, профілактика

TO THE QUESTION ABOUT TOBACCO SMOKING AND NICOTINE DEPENDENCE PROPHYLACTICS AMONG MEDICAL STUDENTS

I. Rytkis

The data of the analysis of the current state of a problem of nicotine dependence and tobacco smoking in Ukrainian medical students are carried out; the data about prevalence are given.

Keywords: students of high educational institution, tobacco addiction, prevalence, prophylaxis

УДК 616.89

Т.В. Синіцька

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Харківська медична академія післядипломної освіти**Ключові слова:** адиктивна поведінка, аддикція, залежна поведінка, хімічна та нехімічна аддикції, залежна особистість

Соціальні, економічні та медичні наслідки адиктивної поведінки молоді є однією з найбільш гострих проблем у всьому світі. Феномен адикції (узалюдження) від будь-якої психоактивної речовини – це фактично саморуйнівна поведінка, яка закономірно призводить до незворотніх змін психіки, функціонування внутрішніх органів і систем та до деградації особистості.

У роботах сучасних дослідників адиктивна поведінка визначається неоднозначно. Так, на думку Є. В. Змановської [8;122], адиктивна поведінка є безперервним процесом формування і розвитку адикції, пов'язаним зі зловживанням чимось з метою саморегуляції і адаптації. Важливе значення при цьому відводиться адиктивній установці, що виражається в появі надцінного емоційного ставлення до об'єкту адикції. В основі такого трактування адиктивної поведінки особливу значимість набуває психічна залежність. Дещо інший підхід до вивчення адиктивної поведінки у А. В. Гоголевої [5;5], яка розглядає фізичну залежність як основу адиктивної поведінки. Зміст поняття трактується «як одна з форм девіантної поведінки, з формуванням прагнення до відходу від реальності, який здійснюється шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких психоактивних речовин».

На сьогодні в Україні також відсутній єдиний підхід щодо понятійного тезаурусу. Так, В. М. Великий [4] під адикціями розуміє будь-які нестримні потяги та захоплення, що виходять за межі норми, при яких об'єкт захоплення, чи певна діяльність стають визначальним чинником поведінки людини, при цьому витісняють частково чи повністю всі інші життєво важливі види діяльності.

На думку Л. А. Ільницької [9], адикція в сучасній науковій літературі визначається як пристрасть до якоїсь речовини або роду діяльності, яка включає безконтрольне прагнення приймати цю речовину або практикувати вид діяльності для досягнення бажаного психічного ефекту. Адиктивна поведінка є виявом бажання змінити свій психічний стан в напрямку виникнення інтенсивних позитивних емоцій насамперед за допомогою вживання певних речовин (тютюну, алкоголю, наркотичних, психоактивних речовин, медичних препаратів), або ж шляхом здійснення специфічної активності, яка характеризується порушенням контролю за спонуканнями, неподоланністю прагнень, ненаситністю та обов'язковістю виконання (порушення харчової поведінки, пристрасть до азартних і комп'ю-

терних ігор, до Інтернету, kleптоманія тощо).

За формулюванням Н. М. Бугайової [2], для того, щоб якась активність стала «акцентованою» і склала основу адиктивної поведінки, необхідно три умови. По-перше, для цієї активності має бути характерне прагнення відійти від реальності за допомогою зміни психологічного стану без застосування хімічних речовин. По-друге, вона повинна займати домінуюче становище в житті і свідомості індивіда. По-третє, вона повинна шкодити соціальним зв'язкам та іншим життєво важливим сферам індивіда.

На основі критерію об'єкту дослідження адиктивні розлади поділяють на дві основні категорії: перша, що складає предмет клінічної наркології, – зловживання ПАР, друга – так звані нехімічні адикції.

Проблемою хімічних форм залежностей (вживання алкоголю, наркотиків, психотропних препаратів, токсичних речовин) держава займається достатньо широко та багатогранно: виділяються фінансові кошти на вивчення аспектів цього явища; здійснюються комплексні програми, які мають за ціль викорінення та профілактику хімічних форм залежностей. У той же час інші форми адиктивної поведінки, саме нехімічні залежності, вивчаються не так активно. Насамперед, залишається слабо виявленим зв'язок між групами залежностей; недостатня інформованість населення щодо нехімічних форм залежностей; не показана єдина суть та єдині корені явищ хімічної та нехімічної адикцій.

Численні нагляди свідчать про наявність феномена «перетікання» однієї форми залежності в іншу. Ц. П. Короленко [12] як одну з особливостей адиктивної поведінки виділяє «можливість легкого переходу від однієї форми адикції до іншої із збереженням основних адиктивних механізмів».

Розуміння поліадиктивної природи людини дозволяє по-новому поглянути як на проблему профілактики хімічної залежності, так і більш широко – на проблему профілактики в адиктології.

Питання про причини, що породжують серед осіб молодого віку різні форми залежності як масове, епідемічне явище є на сьогоднішній день одним з актуальних аспектів ефективної боротьби з нарко- і токсикоманіями. Без вивчення причин і чинників, що призводять до розвитку адикцій адекватно планувати тактику і стратегію профілактичних та психокорекційних заходів у осіб, схильних до адиктивної поведінки не є можливим.

Незважаючи на те, що феномен адикції у своїх найрізноманітніших формах і варіантах останні 10–15 років виступає предметом досить інтенсивних вітчизняних і закордонних міждисциплінарних досліджень [11; 12; 15; 17; 19], як зазначили В.Д. Менделевич та І.А. Новіков [15], механізми формування залежної поведінки дотепер залишаються неясними. У зв'язку з цим є важливим знайти психологічні ланки, які беруть участь у формуванні адиктивної поведінки.

Психологічні механізми формування залежності можна умовно підрозділити на два типи [17]:

1) механізм психологічної травми і спроби співвродіння з нею;

2) деякі індивідуальні і характерологічні особливості особистості, які виступають predisponуючими чинниками у формуванні залежності.

А. Янов [16] розглядає залежність як захист, що включає психологічні і соматичні ланки. Він виділяє мимовільні (схильність до фантазій, нічне нетримання сечі, утруднене дихання і т.п.) і довільні (куріння, алкоголь, наркотики, об'їдання, гіперсексуальність і т.п.) типи захистів. Довільні захисти актуалізуються тоді, коли мимовільний захист виявився неефективним – не дозволив знизити напругу. Наприклад, при активізації первинного болю «покинутості», «знедоленості» у людини посилюється тривога, яку він знижує алкоголем, сексуальною або мастурбаторною активністю, переїданням і т.п. Таким чином, по А. Янову хімічна залежність формується як вторинна. Первинна ж залежність є результатом первинної травми.

У еволюційному підході Б. Уайнхолда [19] залежність розуміється не як первинна хвороба, а як розлад, що виникає внаслідок незавершеності важливих стадій розвитку в ранньому дитинстві. Будь-яка задача розвитку, яку не вдалося вирішити у відповідному віці, береться у якості "додаткового багажу" в подальші стадії розвитку. Незавершені стадії розвитку підштовхуватимуться до завершення, як тільки виникне така можливість.

Представляє інтерес ідея Х. Кохута [17; 46] про те, що в нормі у відносинах дитини із значущим дорослим формується «базове відчуття благополуччя, внутрішньої гармонії, цілісності, ситості і заспокоєності». Згодом на цьому базовому відчутті ґрунтується здібність дитини до любові в діаді "Я - інший". У дитини формується відчуття власної цінності, здібність до незалежного існування. Якщо немає відповідного досвіду ухвалення, то виникає відмова від реальності, затвердження (демонстрація) власної самодостатності, агресія і бравада про те, що за це доводиться платити відчуттям ізоляції, збідненням емоційної сфери і нестійкістю взаємостосунків з людьми. В цьому випадку психоактивна речовина є заміною улюблених і люблячих об'єктів або відносин з ними, а є "заміщенням дефекту в психологічній структурі".

Існують різні точки зору про роль церебральних, психологічних та особистісних чинників в становленні поведінкових розладів залежного кола.

У багатьох нейропсихологічних дослідженнях (І.П. Анохін, І. В. Лінський, Г. Г. Платонов, М. Я. Рохлін, А. М. Сельцов, К. В. Судаков, М. Б. Штарк, F. Bloom, F. Cadaveira, M. Corral, J. Cummings, F. Gawin, S. Holguim, S. Hyman, W. Kostovski, S. Kuperman, M. Mega, G. Saletu-Zyhlarz, M.Y. Teo, M. Van Wyk, R. Wise, та ін.) висвітлюються особливості взаємозв'язку між мозковими структурами та формуванням і перебігом психічних процесів у наркологічних хворих.

На думку більшості дослідників (В. Г. Леонтьєв, Ц.П. Короленко, Я.П. Гиріч, Ю.У. Дроздовський), основне значення в розвитку адиктивної поведінки мають конституційно-особистісні чинники та умови середовища.

Як зазначають дослідники (Н. М. Апетик, В. С. Бітенський, Б. С. Братусь, Н. В. Дмитрієва, Н. Є. Завацька, В. Ю. Зав'ялов, О. Є. Івашко, Т. В. Кириченко, Ц. П. Короленко, Н. С. Курек, І. П. Лисенко, А. Е. Личко, І. В. Лінський, Н. Ю. Максимова, М. Н. Овчинікова, І. Н. П'ятницька, С. В. Цицарев, О.Т. Чередниченко, П.О. Шабанов, W. Adelman, H. Cleveland, P. Gluenevald, G. Hensing, B. Johansson, S. Nakahara, F. Spak, M-Y. Teo, R. Wiebe, та ін.), феномен адиктивної поведінки людини потрібно розглядати не в контексті патологічної залежності, а як прагнення особистості відчувати зміни стану свідомості за допомогою психоактивних речовин або інших засобів.

В. Д. Менделевич запропонував концепцію залежної особистості, згідно якої існують «загальні для всіх форм залежностей базові характеристики залежної особистості» [15; 129]. Такими рисами залежної особистості є: інфантильність, навіюваність, прогностична некомпетентність, ригідність та упертість, наївність, простодушність і чуттєва безпосередність, цікавість і пошукова активність, максималізм, егоцентризм, яскравість уяви, вражень і фантазій, нетерплячість, схильність до ризику і «смак небезпеки», страх бути покинутим. Разом з тим вказаний список розширюється, оскільки автор [15; 131] основними ознаками залежної особистості також вважає:

1) знижену переносимість труднощів повсякденного життя, разом з хорошою переносимістю кризових ситуацій;

2) прихований комплекс неповноцінності, що поєднується з зовні виявляемою перевагою;

3) зовнішню соціабельність, що поєднується із страхом перед стійкими емоційними контактами;

4) неправдивість;

5) прагнення обвинувачувати інших, знаючи, що вони невинні;

6) безвідповідальність у ухваленні рішень;

7) стереотипність, повторюваність поведінки;

8) залежність;

9) тривожність.

Наявність таких різноманітних і зовні мало пов'язаних особистісних якостей, що лежать в основі залежності, не дозволяє дати досить однозначну інтерпрета-

цію особистісної детермінації залежних розладів, побудувати особистісний симптомокомплекс залежної поведінки. Взагалі питання про зв'язок преморбідних особливостей залежної особистості з розладами залежної поведінки залишається відкритим. У літературі виділяють розлади особистості залежного типу і розлади залежної поведінки. Зв'язок між цими типами розладів досить туманний і недостатньо проаналізований в медико-психологічній та психіатричній літературі.

Закономірно виникає питання: чи представляють всі різноманітні форми залежності щось загальне (хоча б по механізмах виникнення), або кожний вид залежності специфічний? Як указують В. Д. Менделевич і І. А. Новіков [15, 129], посилаючись на результати ряду досліджень, у тому числі і власних, що «вірогідність існування єдиних етіопатогенетичних механізмів розладів залежної поведінки висока». Разом з тим унітарність трактування всього кола залежних розладів надзвичайно скрутна. Створюється специфічний парадокс: з одного боку, багатьох дослідників не влаштовує різноманітна феноменологічна палітра залежних розладів, що не зводиться воедино, а, з іншою, - дослідники схильні пояснювати таке різноманіття якою-небудь однією (унітарною) схемою, яка апелює до механізмів різного рівня - як фізіологічних, так і психологічних. В унітарних концепціях патогенезу залежностей передбачається, що в основі будь-якої форми залежності лежить один і той же універсальний механізм.

Концепція Ц. П. Короленко [11] щодо адиктивної поведінки теж виходить з положення про наявність загальних механізмів, властивих різним формам адикції як фармакологічного (хімічного), так і нефармакологічного (нехімічного) змісту. При цьому спостерігається зниження рівня вимог і критики до оточуючих і самого себе, що може супроводжуватися спрощенням особистості з нівелюванням особистісних властивостей до її поступової деградації. Основним мотивом поведінки стає активне прагнення до зміни незадовільного психічного стану, який видається нудним, одноманітним і монотонним. Навколишні події не викликають інтересу і приємних емоційних переживань. Проаналізувавши психологічні механізми, які лежать в основі різних видів адикцій, автор [11] дійшов висновку, що адиктивний процес починає формуватися на емоційному рівні. Існує певний емоційний стан, який об'єднує адикції – фармакологічні (хімічні) і нефармакологічні (нехімічні). В основі цього стану - бажання досягти психологічного комфорту. У нормальних умовах цього можна досягти, долаючи перешкоди, досягаючи значущих цілей, задовільняючи цікавість, реалізуючи дослідницький інтерес, виявляючи симпатію і інтерес до інших людей, надаючи їм допомогу і підтримку, слідуючи переживанням і релігійному досвіду, займаючись психологічними вправами і спортом, уявляючи і фантазуючи і т.п. Вибір значно звужується при формуванні адикцій, і виділяється якийсь один спосіб досягнення комфорту. Інші спосо-

би відсунуті на другий план, або виключені чи використовуються значно рідше, при цьому відбувається конвергенція емоційного комфорту, коли різко обмежені способи вибору, що використовуються для його досягнення.

Е. М. Pattison [22] в якості альтернативи унітарного підходу до розуміння патогенезу адикції пропонує поліваріантну модель, яка враховує преморбідні характеристики особистості пацієнта, мікро- і макросоціальні умови, життєві травми, копінг-стратегії і т. п.

Ряд авторів [3; 21] вважають такий підхід найбільш адекватним при лікуванні та реабілітації залежних хворих. Разом з тим, виникає питання про конкретно психологічні механізми формування і кристалізації адикції.

За статистичними даними, в останні роки в Україні зріс рівень вживання психоактивних речовин серед молоді. Водночас, зазначається дослідниками, відбувається поступове зменшення вживання молоддю «важких наркотиків» (перш за все героїну та інших опіатів) і одночасне зростання моди на тютюнопаління, вживання слабоалкогольних напоїв та психodelіків синтетичного і рослинного походження (А.А. Гребенюк, В.І. Єгоров, О.В. Корнієнко та ін.). Стрімко зростає кількість нехімічних видів адикцій. Отже, саме життя диктує необхідність поглиблено вивчити деякі аспекти адиктивної поведінки молоді.

Науковий інтерес до проблем студентської молоді обумовлений тим, що студентство представляє особливу групу, що розглядається як інтелектуальний ресурс суспільства, його кадровий потенціал; в певному сенсі - це наступники та представники національної культури. Студенти більш благополучні в порівнянні з іншими групами молоді з точки зору моральної свідомості і поведінки. Відносно благополуччя пояснюється тим, що в склад студентських угруповань, як правило, не входять молоді люди з груп «підвищеного ризику» («важкі діти», члени асоціальних молодіжних угруповань), які формуються в шкільному віці і не прагнуть до продовження освіти. Розвиток крайніх форм адиктивної поведінки серед юнаків та дівчат, благополучних в дитинстві, відбувається в студентському віці не так стрімко. У період вступу до вузів молоді люди в основному вже досягають фізичної зрілості, у той час як їх соціальний, психічний і моральний розвиток знаходиться в стадії інтенсивного становлення, і саме ці фактори є підґрунтям для формування адикцій.

Серед причин, що обумовлюють поширення адиктивної поведінки в студентському середовищі А.В. Гоголева [5; 5] виділяє наступні:

- труднощі першокурсників в процесі адаптації у ВУЗі (проживання окремо від батьків, складності комунікації в групі однолітків, в тому числі обумовлені індивідуально-особистісними особливостями студента, тощо);
- умови та якість життя;
- наявність стресогенних факторів (підвищена стомлюваність під час занять, іспити тощо);

- низький рівень самоорганізації та самоконтролю;
- неузгодженість між професійним вибором особи і способами його реалізації;
- відсутність культури дозвільної діяльності;
- недостатня ступінь соціального контролю з боку адміністрації ВУЗу за поведінкою осіб, що зловживають алкоголем;
- недолік у вищих навчальних закладах фахівців, здатних вести діалог зі студентами на делікатні, що цікавлять молодих людей теми.

Поряд з екологічними проблемами навколишнього середовища, адиктивна поведінка стає реальною проблемою екології особистісних ресурсів, що є важливою ланкою в повноцінному функціонуванні суспільства і подальших його перспектив.

Таким чином, взаємозв'язок адиктивної поведінки молоді та її здоров'я в сучасній Україні є актуальною як в теоретичному, так і в практичному плані проблемою, що вимагає постійних досліджень в області з'ясування конкретних психологічних факторів, які тягнуть за собою зниження рівня здоров'я молоді.

Література:

1. Болезнь зависимого поведения: клиническая картина, механизмы криминогенности и виктимности, судебно-психиатрический подход / А. С. А. С. Андреев, А. И. Ковалев, О. А. Бухановский [и др.] // Серийные убийства и социальная агрессия: Материалы 3-й Международной Конф. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 252–260.
2. Бугайова Н. М. Психологічні закономірності розвитку адикцій в онтогенезі / Н. М. Бугайова // Проблеми загальної та педагогічної психології. – Т. XII, ч. 4. – С. 48–56.
3. Валентик Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии / Ю. В. Валентик // Лекции по наркологии. Под ред. проф. Н. Н. Иванца. – Москва: Нолидж, 2000. – С. 309–340.
4. Великий В. М. Сутність і профілактика залежності від азартних ігор / В. М. Великий // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2009. – № 5. – С. 134–137.
5. Гоголева А. В. Адиктивное поведение и его профилактика / А. В. Гоголева – М.: Моск. психол.-соц. ин-т; Воронеж: Изд-во НПО «Модек», – 2003. – 240 с.
6. Даренский И. Д. Общие вопросы зависимостей / Даренский И. Д. // Аддиктология как научная дисциплина и область практической деятельности. – 2008. – Режим доступа до журн.: http://narcolog.com.ua/drug/treatment/obs_hie_vopros_891.html
7. Егоров А. Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах

аддиктологии / А. Ю. Егоров // В кн.: Наркология и аддиктология. Сб. науч. тр. Под. ред. проф. В. Д. Менделевича. – Казань: Школа. – 2004. – С. 80–88.

8. Змановская Е. В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений. 3-е изд., испр. и доп. / Е. В. Змановская. – М.: Академия, – 2006. – 288 с.

9. Ільницька Л. А. Психологічні особливості особистості Інтернет-залежних юнаків / Ільницька Л. А. // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. 2008. – № 5. – С. 124–137.

10. Калмыкова Е. С. Роль типа привязанности в генезе и динамике аддиктивного поведения. Часть II [Текст] / Е. С. Калмыкова, М. А. Гагарина, М. А. Падун // Психологический журнал. – 2007. – Т.28, №1. – С.107–11.

11. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение: общая характеристика и закономерности развития / Ц. П. Короленко // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – №1 – С. 8 – 15.

12. Короленко Ц. П. Основные характеристики развития аддиктивного поведения / Ц. П. Короленко, Т. А. Донских // Совр. задачи психиатрии и наркологии. – Барнаул, 1990. – С.32–33.

13. Леонова Л. Г. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Учебно-методическое пособие под редакцией зав. кафедрой психиатрии НМИ, члена-корреспондента АН ВШ, действительного члена Нью-Йоркской академии наук, д.м.н., профессора Короленко Ц. П. / Л. Г. Леонова, Н. Л. Бочкарёва. – Новосибирск: НМИ, – 1998.

14. Менделевич В. Д. Руководство по аддиктологии / В. Д. Менделевич. – Реч, 2007. – 768с.

15. Менделевич В. Д. Парадоксы взаимосвязей зависимой личности и расстройств зависимого поведения / В. Д. Менделевич, И. А. Новиков // Архив психиатрии. – 2002. – № 4. – С. 129 – 133.

16. Первичная терапия А. Янова / Руководство по телесно-ориентированной терапии. – Санкт-Петербург: Реч, 2000.

17. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.

18. Терецук Н. В. Ігрова залежність у підлітковому віці як форма адиктивної поведінки / Н. В. Терецук // Практична психологія та соціальна робота. – 2009. – № 1. – С. 31–46.

19. Уайнхолд Б. Освобождение от зависимости / Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд. – М.: Независимая фирма «Класс», 2003. – 242 с.

20. Чуркин А. А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. – М.: Триада-Х, 2000. – 232 с.

21. Donovan D. M. Determinants of Substains Abuse: Biological, Psychological, and Environmental Factors / D. M. Donovan. – London: N.Y., 1995. – 274 p.

22. Pattison E. M. The diagnosis of alcoholism / E. M. Pattison. – London: N.Y., 1997. – 133 p.

23. Sharpe L. Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling / L. Sharpe, N. Tarrier // British Journal of Psychiatry, – 1993. – №162, – P. 407–412.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Т.В.Синицкая

В статье проведен анализ современного состояния проблемы аддиктивного поведения, рассмотрены причины и факторы, приводящие к развитию аддикций, проанализированы психологические механизмы их формирования.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, аддикция, зависимое поведение, химическая и нехимическая аддикции, зависимая личность

CURRENT VIEW ON ADDICTIVE BEHAVIOR PROBLEM OF STUDENTS

T. Sinitskaya

The data of the analysis of the current state of problem of addictive behavior, examined the causes and factors which lead to the development of addiction, analyzed the psychological mechanisms of their formation.

Keywords: addictive behavior, addiction, dependent behavior, chemical and non-chemical addictions, dependent personality

УДК 616.89+616.08

Е.С. Осуховская

ОСОБЕННОСТИ ИГРОВОЙ АДДИКЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ УКРАИНЫ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: патологическая зависимость от азартных игр, игровая аддикция, азартные игры, лудомания, гемблинг, подросток

В современных условиях изучение патологической зависимости от азартных игр у школьников становится все более актуальным, что связано с нарастающим увеличением количества средств для организации игрового процесса (компьютер, игровые автоматы, игровые приставки, мобильные телефоны, телевизионные лотереи и т.д.), предлагаемых к использованию и экспансии игорного бизнеса в нашем государстве. При этом само участие в играх по своему воздействию на детей и подростков может иметь как положительный, так и отрицательный эффект. С одной стороны, имеет место ряд доказательных утверждений относительно позитивных последствий участия в видеоиграх: совершенствование зрительно-пространственных навыков, в частности, для визуализации трехмерных объектов, координации движений, тренировка концентрации, внимания и его переключаемости, улучшение зрительной памяти и скорости обработки зрительной информации [1]. Кроме того, компьютерные игры также успешно применяются в реабилитационном периоде у детей с диабетом и астмой, при диагностике различного рода фобий и расстройств внимания [2]. С другой стороны, данные последних исследований позволяют сделать вывод о том, что наиболее уязвимой группой населения при формировании патологической зависимости от азартных игр, как одного из видов нехимической аддикции, являются подростки. Процесс интенсивной физиологической и психологической трансформации личности исключает наличие устоявшихся стратегий поведения в отношениях со сверстниками и взрослыми, в то же время, обуславливая определенные сложности в социальной адаптации, когда подросток уходит от окружающей действительности в виртуальный игровой мир [3]. Также на психофизиологическом уровне недостаточная развитость ауторегуляторных механизмов, способности контролировать эмоции, сдерживать импульсивное поведение способствуют формированию игровой- и интернет-аддикции у школьников [4;5]. Так, в 2006 г. S. M. Grösser установил, что игровая аддикция имеет место у 11,9% респондентов [67]. Широкая распространенность компьютерных игр и превращение их в основную форму досуга подростков определило важность изучения вопроса предпочтения того или иного вида игр на компьютере. Было выявлено два типа мотивов обращения вновь и вновь к игре: первый тип предполагает включение в игру ради удовольствия от самой игры и результата, ради удовлетворения мотива достижений, возможного соперничества с другими игроками (уча-

стие в игре не влияет на активность в других видах деятельности, общение с окружающими). При втором типе мотивации игра становится средством погружения в мир воображения и иллюзий, причиной чему могут стать безуспешные попытки подростка справиться с проблемами в жизни, учебой, сложные отношения с родителями и сверстниками, выражением чувства беспомощности, что, в конечном итоге, вызывает напряжение и срыв компенсаторных процессов с формированием адаптационных расстройств. Необходимо отметить, что сегодня наиболее востребованными у подрастающего поколения компьютерными играми являются игры, содержащие сцены насилия, проявления жестокости и агрессии. Интересными представляются результаты исследования взаимосвязи между игровой зависимостью и особенностями проявления эмоциональных реакций у подростков [7]. Так среди учеников 9-10 классов были выделены группы здоровых, пограничных и зависимых от игр детей. У подростков с компьютерной игровой зависимостью преобладающими являются: косвенная агрессия, агрессивность и негативизм; у представителей пограничной группы – косвенная агрессия и агрессивность; у здоровых – чувство вины, сдерживающее агрессивность. По шкалам косвенной агрессии, раздражительности, негативизма, обиды, агрессивности, вербальной агрессии обнаружены достоверные отличия в группе здоровых и зависимых детей, что позволило утверждать о наличии повышенном уровне агрессивности у подростков с игровой зависимостью с выражением негативным чувств посредством формы и содержания. Изучение самочувствия, активности, настроения показало, что у игровых аддиктов по всем трем шкалам имеются достоверно более низкие, чем у здоровых детей, показатели, также достоверно отличаются баллы самочувствия, активности и настроения у здоровых и «пограничных» подростков. Понижение настроения при окончании игры объясняется фактом возвращения в реальные условия, «неинтересные, опасные, скучные» и т.д. Кроме того, у игровых аддиктов, по сравнению со здоровыми детьми, повышен уровень ситуативной и личностной тревожности: будучи провоцирующим аддикцию фактором, высокая тревожность усиливается под воздействием длительного систематического пребывания в виртуальной реальности, что свидетельствует об усилении дезадаптации личности. Одним из основных этиологических факторов в формировании игровой аддикции у подростков является чувство собственной ненужности, ущербности, одиночества,

неадекватной (заниженной) самооценки, что в совокупности с особенностями психики (агрессивность, обидчивость, ранимость, лабильность и т.д.) способствует прогрессированию данной патологии. Также значительную роль в развитии адаптационных расстройств игрового компьютерного аддикта играет негативное воздействие электромагнитного, электростатического поля компьютера, шума (достигает 60-65 дБА при гигиенической норме 50 дБА), рентгеновского, ультрафиолетового и инфракрасного излучений (от мониторов) на пользователя (страдает зрительный анализатор, центральная нервная система). При длительном пребывании за компьютером отмечается покраснение глаз, пелена перед глазами, неясность очертания предметов, чувство усталости, песка, жара в глазах и, в результате, снижение остроты зрения, нарушение аккомодации, бинокулярного зрения. При работе на компьютере более 30 минут 21-40% детей предъявляют астенотипические жалобы. Частые переключения внимания, высокочастотная дискретность изображения, дрожание, мелькание изображения, неадекватное расстояние от глаз до экрана приводят к зрительному и общему утомлению, патологическим нарушениям в деятельности ЦНС (в том числе вследствие падения энергетического потенциала) в виде тревоги, раздражительности, подавленности, нарушения сна, что констатируется у 25-70% пользователей. Касаясь темы нагрузки на опорно-двигательный аппарат подростков, играющих в компьютерные игры (из 1000 школьников около 66% - активные игроки), нужно отметить, что выполнение значительного количества локальных движений при малой общей двигательной активности вызывает замедление восстановления и переутомление, что способствует возникновению патологии нервно-мышечного аппарата рук [8]. В связи с вышеизложенным, изучение игровой аддикции у подростков и детей в Украине представляется крайне актуальной.

Поэтому, целью нашего исследования явилась разработка темы особенностей игровой аддикции у школьников и лицеистов Украины, как группы риска, наиболее подверженной опасности формирования лудомании. Оно фрагментом научно-исследовательской работы Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии по теме «Разработать систему лечебно-профилактических мероприятий при оказании специализированной медицинской помощи лицам с химической и нехимической аддикциями (на модели алкогольной и игровой зависимостей)» (№ государственной регистрации 0110U006655).

Согласно цели исследования были поставлены задачи:

1. Изучить демографические показатели обследованного контингента лиц.
2. Определить характер отношения к азартным играм и особенности игрового поведения подростков в ходе анонимного скринингового тестового опроса.
3. Сделать вывод о распространенности патологической зависимости от азартных игр среди учащихся

школ и лицеистов Украины.

Итак, в гг. Донецке и Киеве по разработанной и апробированной нами методике скринингового исследования, составной частью которого явилось изучение отношения к азартным играм на различных технических устройствах, таких, как компьютер, игровые автоматы, игровые приставки, телевизионные лотереи, были обследованы 450 учеников школ и лицеистов. Обследование проводилось анонимно, с согласия подростков. Для дальнейшей работы были отобраны результаты тестирования 437 учащихся без хронических или острых заболеваний. Среди них представители женского пола составили 219 чел. (50,1%), мужского – 218 чел. (49,9%). По возрасту обследованные распределились так (табл. 1):

Таблица 1
Распределение по полу и возрасту
обследованных учащихся

Возраст, лет	Мужской пол		Женский пол	
	Количество лиц, чел.	%	Количество лиц, чел.	%
10	10	4,6	18	8,2
11	24	11,0	26	11,5
12	34	15,6	34	15,5
13	46	21,1	45	20,5
14	60	27,5	48	21,9
15	26	11,9	30	13,7
16	18	8,3	18	8,2

На вопрос «Убеждены ли Вы, что все проблемы можно решить с помощью денег?» респонденты мужского и женского пола в возрасте 10-16 лет ответили таким образом (табл. 2):

Таблица 2
Ответы на вопрос «Убеждены ли Вы, что все проблемы можно решить с помощью денег?» учащихся мужского и женского пола в возрасте 10-16 лет

Возраст, лет	Мужской пол		Женский пол	
	Нет, %	Да, %	Нет, %	Да, %
10	100,0	0	100,0	0
11	91,7	8,3	92,3	7,7
12	82,4	17,6	100,0	0
13	95,7	4,3	88,9	11,1
14	73,3	26,7	85,4	14,6
15	84,6	15,4	86,7	13,3
16	55,6	44,4	100,0	0
Всего среди всех возрастов	82,6	17,4	91,8	8,2

На вопрос «У вас доверительные отношения с родителями?» учащиеся ответили так (табл. 3):

Таблица 3

Ответы на вопрос «У вас доверительные отношения с родителями?» респондентов мужского и женского пола в возрасте 10-16 лет

Возраст, лет	Мужской пол		Женский пол	
	Нет, %	Да, %	Нет, %	Да, %
10	0	100,0	11,1	88,9
11	16,7	83,3	7,7	92,3%
12	23,5	76,5	11,8	88,2
13	21,7	78,3	13,3%	86,7
14	8,3	91,7	12,5	87,5
15	7,7	92,3	20,0	80,0
16	22,2	77,8	22,2	77,8
Всего среди всех возрастов	15,1	84,9	13,7	86,3

Ответы школьников и лицеистов женского пола 10-16 лет на вопрос «Участвуете ли вы в совместных играх с родителями?» распределились так:

55,7% - ответили утвердительно, 44,3% - отрицательно; 49,5% представителей мужского пола ответили утвердительно, 50,5% - отрицательно. Причем, 1 раз в неделю или чаще 27% учащихся играют с родителями на компьютере, 1,8% - на игровых автоматах, 8,5% - на игровых приставках, в телевизионные лотереи – 9%.

Результаты анонимного скринингового обследования учащихся по вопросам 4-20 представлены в таблице 4 (см. стр. 74-75).

Кроме того, в ходе исследования выяснено, что 61,1% подростков постоянно пользуются Интернетом; 4,8%- постоянно испытывают чувство тревожности, беспокойства; 7,6% - постоянно раздражены; 9,2% - испытывают быструю утомляемость. У 5,72% респондентов была выявлена игровая аддикция, преимущественно связанная с игрой на компьютере. Симптоматика патологической зависимости от игр была пред-

ставлена следующим репертуаром: постоянная фиксация мыслей на игре, невозможность контролировать влечение к игре, прервать ее волевым усилием, частое повторение эпизодов гемблинга в течение года, возвращение в игру снова и снова при наличии негативных последствий игрового поведения для обучения и личностных отношений. Гемблинг сопровождался такими нервно-психическими дисфункциями, характеризующими наличие адаптационных расстройств, как трудности в засыпании, пробуждении, бессонница, гипотимии, раздражительность вне игры, подавленность, тоска. Обращает на себя внимание факт устоявшегося мнения среди подростков о возможности решения любой проблемы с помощью денег, что является значительным фактором риска формирования игрового поведения, связанного с игрой на деньги. Таким образом, тема подросткового патологического гемблинга, являясь чрезвычайно актуальной, затрагивающей фундаментальные показатели здоровья украинской нации, требует дальнейшей разработки.

Литература:

1. Gwen D. The beneficial effects of video games: Do action video games sharpen visual-spatial skills? // <http://www.parentingscience.com/beneficial-effects-of-video-games.html>
2. Gold J. The Neurobiology of Virtual Reality Pain Attenuation / Gold J., Belmont K., Thomas D. // <http://www.chla.org/site/apps/kb/cs/contactdisplay.asp?c=ipINKTOAJsG&b=3832751&sid=6eIFLWMtGbLQJTPqHmF&r=1>
3. Бердихина М.В. К вопросу о гемблинговой аддикции у подростков: психолог.-пед. аспекты / М.В. Бердихина // Сб. тр. молодых ученых / Владимир. гос. пед.ун-т. – Владимир, 2007. – № 7. – С. 96-98.
4. Бурова В.А. Механизмы формирования Интернет-аддикции / Бурова В.А., Есаулов В.И. // Тезисы докладов съезда психиатров России – Москва, 2000. С. 290– 291.
5. Лоскутова В.А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств : Дисс... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2004.
6. Grusser S.M. Excessive computer game playing: evidence for addiction and aggression? // <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/cpb.2006.9956?journalCod=cpb>
7. Забелина Д.Е. Особенности эмоциональных реакций подростков с компьютерной игровой зависимостью / Д.Е. Забелина // Молодой ученый. – 2011. – №8. – С.81-84.
8. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 473 с.

ОСОБЛИВОСТІ ІГРОВОЇ АДИКЦІЇ У ШКОЛЯРІВ УКРАЇНИ

О.С. Осуховська

У статті представлені результати скринінгової діагностики ігрової адикції, як одного з видів нехімічної адикції, у школярів-ліцеїстів, а також дані обстеження 437 школярів міст Києва та Донецька. Висвітлена демографічна характеристика досліджуваного контингенту осіб, особливості ігрової поведінки та прояви патологічного гемблінгу. У тестовий матеріал був включений взятий за основу і адаптований «Спосіб скринінгової діагностики комп'ютерної залежності» (Л. М. Юр'єва, Т. Ю. Больбот).

Ключові слова: патологічна залежність від азартних ігор, ігрова адикція, азартні ігри, лудоманія, гемблінг, підліток

GAMBLING ADDICTION IN SCHOOLCHILDREN IN UKRAINE

E.S. Osukhovskaya

The article presents the principles of the test material for screening diagnosis gaming addiction as a kind of non-chemical addiction, in-school pupils, as well as survey data of students 437 cities Kyiv and Donetsk. The results of this study allowed concluding that the extreme importance and urgency of the research system and psychohygiene psychoprevention game addiction in Ukraine.

Keywords: pathological gambling, gaming addiction, gambling, ludomaniya, gambling, teenager

Таблиця 4

Ответы учащихся 10-16 лет на вопросы 4-20 «Скрининг-теста», %

4. Как часто вы ощущаете оживление, удовольствие, удовлетворение или облегчение, играя в азартные игры:			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	31,4	38,2	30,4
игровых автоматах	7,3	12,4	80
игровых приставках	4,6	18,8	76,7
в телевизионных лотереях	7,8	11,9	80,3
5. Как часто вы заранее думаете об азартных играх, вспоминаете прошлые этапы игры, предвкушаете следующие?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	30,2	27,9	41,9
игровых автоматах	5,9	10,5	83,5
игровых приставках	6,6	11,4	81,9
в телевизионных лотереях	5,9	6,4	87,6
6. Как часто вам удается самостоятельно прекратить азартную игру?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	23,8	12,6	63,6
игровых автоматах	14,6	3,2	82,2
игровых приставках	13,7	5,5	80,8
в телевизионных лотереях	14,2	6,9	78,9
7. Как часто вы испытываете раздражительность вне азартной игры?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	9,2	22,7	68,2
игровых автоматах	2,7	5,9	91,3
игровых приставках	2,5	3,7	93,8
в телевизионных лотереях	3,2	4,3	92,4
8. Как часто вы чувствуете ухудшение настроения вне азартной игры?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	6,9	19,2	73,9
игровых автоматах	1,4	4,3	94,3
игровых приставках	1,4	3,0	95,7
в телевизионных лотереях	2,7	3,9	93,4
9. Как часто вы отмечаете нарушения сна: трудности в засыпании, пробуждении, бессонница (нужное обвести) в связи с азартной игрой?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	3,2	17,2	79,6
игровых автоматах	0,9	3,0	96,1
игровых приставках	1,8	3,4	94,7
в телевизионных лотереях	1,4	3,4	95,2
10. Как часто вы использовали азартные игры для ухода от переживаний, например, чувства вины, беспомощности, раздраженности, успокоения или улучшения настроения (нужное подчеркнуть)?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	11,9	34,8	53,3
игровых автоматах	3,2	8,7	88,1
игровых приставках	3,9	8,7	87,4
в телевизионных лотереях	3,7	4,1	92,2
11. Как часто вы ощущаете недостаток времени, проведенного за игрой, когда хочется играть подольше?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	26,5	30,4	43,1
игровых автоматах	4,3	6,6	89,1
игровых приставках	5,9	6,2	87,9
в телевизионных лотереях	6,9	6,6	86,5

Таблица 4

Ответы учащихся 10-16 лет на вопросы 4-20 «Скрининг-теста», % (продолжение)

12. Как часто вы можете провести длительное время за игрой без перерыва?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	31,8	31,8	36,4
игровых автоматах	5,5	3,0	91,5
игровых приставках	8,0	9,8	82,2
в телевизионных лотереях	10,1	6,9	83,1
13. Как часто вы играете в ущерб дружеских интересов?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	2,5	12,8	84,7
игровых автоматах	0,9	1,4	97,7
игровых приставках	0,2	3,4	96,3
в телевизионных лотереях	0,9	1,4	97,7
14. Как часто вы играете в ущерб семейных интересов?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	2,5	12,6	84,9
игровых автоматах	1,4	1,1	97,5
игровых приставках	1,6	3,7	94,7
в телевизионных лотереях	0,9	2,3	96,8
15. Как часто вы играете в ущерб учебе?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	14,9	26,8	58,4
игровых автоматах	3,2	2,7	94,1
игровых приставках	3,9	3,2	92,9
в телевизионных лотереях	3,2	3,4	93,4
16. Как часто вам приходилось скрывать от родителей, педагогов, других людей свое увлечением играми?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	5,9	12,1	81,9
игровых автоматах	1,8	3,0	95,2
игровых приставках	1,8	4,3	93,8
в телевизионных лотереях	1,4	3,0	95,7
17. Как часто существует угроза потери дружеских отношений в связи с увлечением играми?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	0,7	1,4	97,9
игровых автоматах		0,5	99,5
игровых приставках	0,2	0,9	98,9
в телевизионных лотереях		0,5	99,5
18. Как часто существует угроза потери семейных отношений в связи с увлечением играми?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	1,8	7,6	90,6
игровых автоматах	0,9	2,1	97,0
игровых приставках	0,7	3,2	96,1
в телевизионных лотереях	0,9	1,4	97,7
19. Как часто существует угроза потери успехов в учебе в связи с увлечением играми?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	9,2	28,4	62,5
игровых автоматах	1,1	4,3	94,5
игровых приставках	2,3	7,6	90,2
в телевизионных лотереях	1,8	4,6	93,6
20. Как часто вы отмечаете ощущение онемения и боли в кисти руки, боли в спине, сухость в глазах, головные боли, употребление пищи в процессе игры?			
на	1-2 раза в неделю или чаще	1 раз в 1 месяц или реже	никогда
компьютере	9,4	23,3	67,3
игровых автоматах	0,9	4,1	95,0
игровых приставках	3,0	6,2	90,8

УДК: 616.89-008:004-036

К.В. Аймедов¹, В.О. Мельник²

ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ТА ФОРМУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Одеський національний медичний університет¹
Одеський обласний психоневрологічний диспансер²

Ключові слова: комп'ютерна залежність, Інтернет-залежність, адиктивні чинники ризику

Не можна казати з упевненістю, про те, що механізми та чинники ризику формування будь якої хвороби залежності сьогодні, вже повністю вивчені, особливо це стосується досить нової та відносно молоді поведінкової залежності, безпосередньо взаємопов'язаною з розвитком науково-технічного прогресу та його втручанням у сучасне суспільство, а саме комп'ютероманії та її производної Інтернетоманії [1;2].

Протягом 2008-2011 років на базах Одеського обласного психоневрологічного диспансеру та приватного медичного центру «Доктор Благо Плюс» нами обстежено 138 осіб з комп'ютерною залежністю, серед яких 73 пацієнти склали основну групу та 65 контрольну. Групи були сформовані з осіб чоловічої статі у віці від 16 до 23 років. За базовими показниками контингент обстежених був однорідним, що дозволило вважати результати дослідження таким, що репрезентативно відображає генеральну сукупність.

У результаті дослідження виявлено, що чинники ризику розвитку комп'ютерної залежності можливо умовно розподілити на внутрішньосімейні, соціальні (особливо враховуючи підліткове середовище) та особистісні, а також за іншим варіантом на психологічні, соціальні та особистісні. За нашим спостереженням найбільш часто зустрічалися наступні чинники ризику розвитку комп'ютероманії: прояви скептицизму та самовпевненості, низька схильність до дотримання соціальних норм, адиктивно провокуюче середовище, соціальна дезінтеграція, безробіття, матеріальні труднощі, особливості характеру у вигляді гіпертимної, циклотимної, демонстративної та збудливої акцентуації, риси цинічності, нечуттєвості до себе та оточуючих, деструктивна батьківська родина, негармонійне виховання та конфлікти в сім'ї. З'ясовано, що сприяючими чинниками були: молодий вік, схильність до відхиленої поведінки та високий делінквентний потенціал, екзистенційний вакуум з відсутністю життєвого сенсу та реальних цілей, домінування серед особистісних властивостей безтурботності, імпульсивності, спонтанності у поведінці, невпевненості у собі, неможливість досягнути бажаного та почасти сфантазованого соціального статусу й положення у суспільстві, розрив соціальних зв'язків, знижена самооцінка із можливістю її компенсації у процесі віртуального спілкування та рольової ігрової діяльності.

Слід звернути увагу на те, що існує зовсім небагато відмінностей у механізмах формування та чинниках ризику виникнення хімічних (алкоголізм та наркома-

нія) і поведінкових (патологічний гемблінг, трудового лізму) аддикцій [3-5]. У вивченні цієї проблеми значний вклад внесли психоаналітично орієнтовані концепції, що розглядають залежність, як один зі способів піти від внутрішніх протиріч, тобто здійснюючи вибір власного способу вирішення особистих проблем [6]. Також важливий аспект, якому приділяють велику увагу психоаналітики це ідентичність, й дуже часто складнощі при формуванні власної ідентичності та різні її порушення можуть стати додатковими чинниками ризику формування адикції [7-8]. А також стиль родинних стосунків та обстановка в сім'ї можуть стати визначальними чинниками при формуванні залежності. Проведений аналіз родинних особливостей, типів виховання, комунікації в сім'ї дають можливість зробити припущення про можливі чинники ризику розвитку залежності. Одним з можливих чинників виникнення адикції є гіпер- або гіпоопіка дітей батьками. У випадку з гіпоопікою батьки абсолютно не додають жодної уваги вихованню своїх дітей. В більшості випадків в таких осіб дуже занижена самооцінка, в них можна спостерігати різні комплекси неповноцінності, їм властиві відчуття ненависті та мести до інших. Відсутність тепла і ласки з боку батьків травмують дитячу психіку, і надалі роблять жорстокими дітей, підштовхують їх до пошуків "іншого життя" та іншого суспільства, тому такі діти і підлітки не рідко звертаються до віртуального середовища, як засоби психологічного засобу, занурення у іншу більш комфортну та приємну реальність.

У разі надмірної опіки, коли за дітьми постійно наглядають, приділяють їм надто багато уваги, відмовляють в самостійності, також є свої мінуси. Життя таких дітей повністю контролюється батьками, а коли вони починають дорослішати, то така батьківська опіка стає їм в тягар. Вони прагнуть знайти самостійність, свідомо йдуть на конфлікти в родині, прагнуть демонстративно порушувати норми поведінки, що їм нав'язують. Для таких осіб, у більшості випадків, он-лайн реальність стає єдиним аспектом життя, яким, як їм здається, вони абсолютно володіють. Наслідком гіперопіки можна також назвати інфантилізм. Інфантильна людина дуже легко попадає під вплив інших, їй важко у суспільстві відстоювати власні цінності та інтереси, а у віртуальному світі її ніхто в цьому не заважає.

Велике значення при формуванні залежності мають особові особливості індивіда. Однієї з індивідуальних

характеристик, яка має визначальне значення по відношенню до формування адикції, – це пошук відчуттів або потреба в різних переживаннях і складних відчуттях, здатність індивіда піддавати себе соціальному та фізичному ризику ради пошуку таких відчуттів. Існують чотири різні точки зору на пошук відчуттів – потреба у новому досвіді, нудьга сприйняття, пошук збудження пригод і розгальмування. Пошук відчуттів є головним джерелом відмінності в сприйнятті віртуальної реальності різними людьми, також він показує високу міру чутливості індивіда до нових вражень.

Важливу роль у процесі формування адикції грає підкріплення навиків. Зразок поведінки залежного, за своєю суттю, не є аномальним, хоча шкода, яку він собі заподіює очевидна. В цьому випадку працює схема з невідповідним способом підкріплення патологічною діяльністю, що формує цілу систему поведінки, яка необхідна для реалізації комп'ютероманії. І в таких випадках соціальна поведінка, яка підтримувалася досить тривалий час, може бути перервана. До того ж направлені дії, які сприяють успіху, легко повторюються унаслідок суб'єктивного переживання успіху, чим дії, які можуть привести до невдачі. Винагорода сприяє дії до повторення, а покарання приводить до відмови. Такий механізм поведінки формується в онтогенезі як результат сучасної системи виховання і вчення.

Віртуальна реальність дає можливість боязливим звільнитися від свого страху і невпевненості, й такі позитивні дії підвищують потребу в засобах реалізації хворобливих бажань, і надалі до їх повторів, й ця дія також приводить до відмови від невдалих соціальних дій. Слід зазначити, що в медицині, на біологічному рівні, більш глибоко вивчені механізми формування хімічних залежностей (наркоманії, алкоголізму), а самі причини дещо гірше. У психології ж спостерігається зовсім інша картина – досить добре вивчені причини залежності, а механізми її формування вивчені недостатньо.

Добре відомо, що у формуванні будь якої залежності беруть участь психологічні та біологічні механізми, але також слід зазначити той факт, що головну роль грають та більше значення грають одні з них. Швидше за все, психологічні механізми залежності діють на індивід впродовж більш тривалішого періоду часу, чим біологічні, і це можна підтвердити тим, що коли людина знаходиться у стані ремісії, і випадково потрапляє в ситуацію, яка дуже схожа на ситуацію з якою була пов'язана залежність, то хворий повною мірою може випробувати все ті відчуття, які він випробовував колись при адиктивній реалізації. Багато хто з залежних у ремісії, розповідає про те, що у них з'являються інколи переживання, особливо в тих випадках, коли вони дивилися фільми про щось пов'язане з залежністю чи відразу після спілкування з друзями, які нагадали їм адиктивний акт. Звідси можна зробити висновок, що поєднання біологічних і психологічних чинників визначає і вибір конкретного вигляду залежності. Напев-

но, вибір адикції здійснюється у декілька етапів. Природжену схильність ми матимемо на першому етапі. Потім відбувається вибір з різних груп і зрештою ми вибираємо ту групу адикції, яка надаватимуть необхідне нам емоційне становище. Такий вибір обґрунтовується на бажанні блокувати якийсь конкретний афект, або ж бажання викликати для себе певний емоційний стан. На третьому етапі здійснюється вже конкретного вибір. У таких випадках основними чинниками вже стають доступність, а також спосіб реалізації адиктивної поведінки.

Психологічні причини формування залежності розділяються на дві основні категорії: вплив довкілля (тобто всі зовнішні чинники) та особливості будови особи індивіда, який став залежним. Упевнено можна сказати, що найосновнішим чинником зовнішнього середовища є наша цивілізація. Можна побачити, що з одного боку вона відкриває доступ до адиктивної поведінки, а з іншою, вона регламентує її. Розвиток цивілізації привів до зміни сенсу існування людей, за рахунок швидкого розвитку технологій, відбулася заміна реального життя на віртуальне. Все більше і більше в життя людей входить різна техніка, яка зрештою приводить до заміни природного місця існування на штучну, а це в свою чергу приводить до змін психофізичних умов життя. Наслідки від таких змін важко передбачити. Цілком можливо, що такі зміни приведуть до збільшення дезадаптивної поведінки людей, і відповідно, зростанню кількості різних психічних захворювань та відхилень. І можна побачити, що темп таких змін з кожним роком стає все вищим, а цей чинник сильно позначається на діяльності людей. Дуже важливим чинником впливу середовища на ризик формування залежності є існуюча ситуація в суспільстві. Поважно відзначити той факт, що більшість соціологічних теорій пов'язані з поширенням девіантних форм поведінки індивідів. З точки зору такого підходу поведінкова адикція є однією з форм соціальної девіації. Виникає так звана аномія, яку можна охарактеризувати як стан відсутності цінностей, що властива перехідним періодам, коли старі цінності вже перестали існувати, а нові ще не сформувалися. Таку суспільну ситуацію можливо описати як розбіжність суспільних вимог та культурно прийнятих життєвих засад. Також аномію можна також пояснити ослабленням суспільних контактів. Зрештою можна з упевненістю сказати, що аномія негативно впливає на існуюче суспільство та всі його інститути, вона посилюється в періоди зміни структури суспільства, коли відбуваються суспільні регресії, а також швидкі прогресивні процеси. У нашому суспільстві за останні декілька років сталися різкі зміни, у зв'язку з якими людям стало складно оцінювати ситуацію, що створилася, особливо молодому поколінню. На тлі цих подій відбувається стрімка зміна характеристики суспільства, що доводить вплив макросоціальних чинників на ризик виникнення різних залежностей. Відомо, що в роки соціальної нестабільності різко зростає число психічних захворювань. Різкі

зміни в суспільстві приводять до руйнування існуючих соціальних інститутів, найважливішим з яких є сім'я, руйнування якої у даному випадку, є не лише наслідком суспільних процесів, але і найважливішою причиною стану майбутнього суспільства, оскільки родина у першу чергу відповідає за соціальний розвиток дитини. Причиною формування девіантної поведінки, у тому числі і залежної, серед підростаючого покоління, може служити ослаблення і руйнування інституту сім'ї. Як наслідок ослаблення суспільних інститутів соціалізації зростає значення та вага молодіжних груп. Можна сказати, що вони перетворилися в середу первинної соціалізації, але, як правило, вони не можуть засвоїти суспільні норми повністю, згідно з існуючими вимогами соціуму. Дуже часто молодіжна субкультура носить дезінтегруючий характер, що сприяє формуванню девіацій.

Негативний соціокультурний вплив молодіжних груп виявлятиметься таким чином: починають набувати великого впливу групи, які утворилися стихійним шляхом у безконтрольному оточенні, як правило, це вулиця та місця розваг; дуже часто у групі переважає система стосунків приятельського рівня; поняття "дружба" в її традиційному розумінні вирушає на задній план; розміри груп приймають значні розміри, що повністю виключає довірчість та різні переживання інтимності (соціальні мережі, кімнати чатів); зв'язки усередині групи подвійні або нейтральні; у стихійно створених багатолюдних групах збирається досить багато підлітків, які реалізують "громадську самоту", або самоту в натовпі; молодіжні групи носять ієрархічний характер, до складу яких входять люди різного віку; негативна поведінка та звички старших стають нормою для всієї групи, що приводить до прискореного розвитку девіантної "кар'єри" молодших; життя груп, а також за її межами, насичено різними конфліктами; дуже часто конфлікти між групами переростають в агресію; у відносинах між групами властива готовність до виконання таких дій як, нетерпимість, відкидання, образ мислення, який ґрунтується на дискримінації і упередженні; дуже характерним для молодіжних груп є питання любовних стосунків; при виборі свого партнера не береться до уваги його причетність до якої-небудь форми девіації, у результаті цього починає швидко поширюватися моментальний секс, який робить негативний вплив в соціальному, психічному і емоційному плані; усередині груп комунікативна система досить мізерна та примітивна; також усередині груп культура смаків виявляється лише зовні – в одязі та зовнішній атрибутиці, музичних пристрастях і тому подібне.

Слід зазначити той факт, що критичним моментом для залучення до адиктивної поведінки, частіше є перехід від підліткового віку до юнацького. Якщо до двадцяти років індивід не отримає досвід патологічної поведінки, що приводить до залежності, то вірогідність того, що він стане адиктом, різко знижується. Досить важливим чинником при формуванні адикції

є цінність здоров'я. Згідно із затвердженнями соціологів сучасна суспільна цінність здоров'я досить висока. Так у популяції з десяти життєвих цінностей після "роботи" та "сім'ї", "здоров'я" – третє, але слід зазначити той факт, що здоров'я цінується як засіб для досягнення матеріальних благ та життєвих цілей, а не як засіб, щоб прожити як можна повноцінно та триваліше. Більш того, те, що здоров'я має такий високий рейтинг, ще не означає обов'язковий самосохранительной поведінки.

Також визначальним чинником, який провокує різні залежності, дуже часто служить вплив середовища мешкання і наявність доступу до об'єкту залежності. Для підлітків при залученні до адиктивної поведінки велике значення грає приклад однолітків. До всього цього, ще одним важливим чинником стає мода. Одним з важливих мотивів залучення до адикції є чинник чекання, що базуються на попередніх враженнях від ефектів, що уживалися раніше. Такі враження бувають прямими, це в тих випадках, коли людина сама має досвід, або непрямыми – це в тих випадках, коли людина отримує інформацію з літератури, програм телебачення, від друзів, які вже мають подібний досвід.

Дослідження причин виникнення залежностей, що проводяться, унаслідок особливостей індивіда, показало, що тут все пов'язано з преморбідними характеристиками особи залежного. Багато дослідників в цій області вважають, що існує якийсь особливий тип особової конституції, а також психічні аномалії, які служать передумовами для формування адикції, як правило це акцентуовані або психопатичні особи. Обстеження хворих показало, що преморбідні девіації в половині випадків були оцінені як акцентуації, а в іншій половині – як яскраво виражені психопатичні прояви з соціальною дезадаптацією. У клінічному дослідженні виявлено, що більшість комп'ютероманів є акцентуованими особами, з високою частотою психічного інфантилізму в преморбідному періоді. Також ці дослідження показали вплив акцентуації особи на можливість формування адикції. Добре відомо, що легко збудливі особи, в більшості випадків, стають залежними. Така картина пов'язана з "патологічною владою потягів", де вирішальними для поведінки та способу життя людини дуже часто є різні потяги, інстинкти і неконтрольовані спонуки. І все те, що підказується тверезим розумом, зовсім не береться до уваги. У житті легко збудливих осіб моральні засади практично не грають помітної ролі. Відмічено, що в багатьох збудливих осіб стан психічного розладу дуже часто носить депресивний характер, що в більшості випадків, приводить їх до адиктивної поведінки. Другим типом акцентуації характеру, який служить також чинником ризику – це демонстративний тип. Демонстративним особам характерна висока здібність до витіснення і можна бачити, що з одного боку, вони досить добре влаштувалися на навколишньому їх світі, а, з іншою, – істеричні риси вдачі великою мірою

сприяють формуванню асоціальної поведінки. У більшості випадків такі особи схильні витісняти різні думки, які спонукали б їх до активних роздумів, оскільки вони взагалі не бажають обтяжувати себе такими діями й така риса сприяє розвитку наркоманії в її найважчій формі. Адже демонстративна особа направить всі свої зусилля лише для того, щоб уникнути усвідомлення тягара свого захворювання.

Відмічено також, що у більшості випадків, гіпертімні підлітки володіють схильністю до адиктивної поведінки. Проте стабільна залежність розвивається в них не дуже скоро, оскільки інтерес до всього незвичайного і нового в житті відволікає їх увагу навіть від об'єкту патологічного потягу. Особливості поведінки в осіб з акцентуацією характеру циклоїдного типу залежать від фази. У гіпертімній фазі воно нічим не відрізняється від поведінки гіпертімних підлітків, але в субдепресивній фазі в них інколи починають виявлятися суїцидальні схильності. Характерним є і те, що у емоційно-лабільних підлітків виявляються афективні реакції інтрапунітивного типу. Адиктивну поведінку вони використовують як засіб відходу від сучасних проблем. Залежність у них розвивається досить швидко, оскільки, виявивши доступний спосіб піднімання настрою штучним шляхом, підлітки удаватимуться до нього все частіше і частіше. Для емоційно-лабільних підлітків емоційне відкидання з боку значимих і близьких людей служить досить сильним ударом, і дуже часто підштовхує їх до поведінки, яка протиріч, щодо існуючих соціальних правил. У таких випадках відхід у залежність може бути "криком про допомогу" або озлобленням на самого себе за нездатність утримати близьку для себе людину. Існує думка, що для шизоїдних підлітків зберігається певний ризик формування залежностей. Особливий інтерес для них має те, що комп'ютероманія сприяє аутистичному фантазуванню та надає можливість полегшити можливі контакти з однолітками. Епілептоїдна акцентуація зумовлює ризик самодеструктивної поведінки. У цьому випадку адиктивна поведінка є одним з проявів самодеструкції. В істеродних підлітків спостерігається схильність до демонстративних акцій та часте повторення таких демонстрацій приводить до того, що вони стають залежними. При нестабільному типі акцентуації характеру в них головною життєвою установкою стає пошук різних задовольень. Саме така установка гедонізму, дуже часто створює умови для формування залежності. Підлітки, що мають сенситивну або психастеничну акцентуацію характеру не проявляють схильності до адиктивної поведінки.

Для більшості людей, які володіють підвищеним ризиком виникнення залежності, дуже характерні такі риси, як егоцентризм, холодність, ворожість та низький самоконтроль. В них постійно присутні стан стресу та тривоги, які викликаються небажаними заборонами або обмеженнями. У більшості випадків чоловік надає опір тиску ззовні, він хоче вільно слідувати лише своїм хворобливим бажанням. У них яскраво вираже-

на мотивація гедонії, схильність до успіху, захоплень, насиченого цікавого життя.

Наркологи та психологи, незалежно від своїх підходів до теми залежності, сходяться у тому, що причини виникнення адикції знаходяться в неправильному розвитку в дитячому віці [5, 9, 10]. Головну увагу приділяючи порушенням спілкування і адаптації, а також впливу соціального середовища, у свою чергу медики свою увагу приділяють фізіологічним та генетичним порушенням, але висновок напрошується один – різні порушення у дитячому віці грають найголовнішу роль у формуванні будь-яких форм дезадаптивної поведінки, у тому числі і комп'ютероманії та інших поведінкових адикцій. В таких ситуаціях все більш зростаюча соціальна нестабільність підсилює негативні тенденції та порушення розвитку особи. Тому ми можемо спостерігати значне зростання залежних від комп'ютеру та Інтернету за останнє десятиліття у нашої країні. Для залежних, найбільш типовими є наступні механізми психологічного захисту:

1. Витіснення – зі свідомості індивіда витісняються не стільки факт залежності, скільки психологічні травматичні обставини, які її супроводять. Більш всього витіснення характерне для індивідів з акцентуацією характеру або психопатією істероїдного типу.

2. Раціоналізація – захисний механізм, який дає можливість пояснити залежність, так би мовити, раціоналізував її та не повністю усвідомлений патологічний потяг.

3. Проекція – в цьому випадку індивід повністю звільняється від відчуття провини та страху, приписуючи свої негативні якості іншим людям. У початкових адиктів, в першу чергу, спостерігається прояв раціоналістичної проекції, залежний приписує подібну поведінку більшості своїх друзів і однолітків.

Як правило, поряд з проявом епілептоїдних меж, в поведінці залежних починає виявлятися і демонстративність, трагічні інтонації в голосі, надмірно виразна жестикуляція, будь-який дрібний конфлікт перетворюється на "проблему життя" починають насторожувати оточуючих, хоча у загальних рисах така поведінка не викликає особливих підозр. Дуже важливе те, що патохарактерологічні розлади носять парціальний характер. У більшості випадків вони виявляються по відношенню до батьків, і у меншій мірі до роботи або школи. У звичному для себе оточенні наркомани поведуться досить природно. В своєму колі вони досить стримані та різні конфлікти і бійки спостерігаються набагато рідше, ніж в звичайних групах. Аналізуючи всі чинники можна сказати, що для комп'ютероманії характерна некерованість психічної діяльності. У емоційній сфері виявляється повна нездатність до дисимуляції навіть у ситуаціях експертизи, нездатність подавити свій страх та інші негативні відчуття, індивід виявляється не в змозі своїм волевим зусиллям змінити вміст змін в галузі сприйняття. У мисленні залежного, вільний і спонтанний перебіг думок, а також асоціацій уривається персеверацией, і починають виникати

думки від яких вже неможливо звільнитися.

Також звертає на себе увагу низька здатність хворих до прояву вольових зусиль в інтелектуальній діяльності. Найчастіше у таких випадках спостерігалась реакція відмови. Продовження роботи та соціальної діяльності відбувалось тільки завдяки постійній стимуляції з боку оточуючих. Ті ж самі хворі у стані ремісії, добре виконували власні обов'язки, демонструючи достатній рівень процесів аналізу, синтезу, узагальнення та абстрагування.

Виявлені чинники ризику формування комп'ютерної залежності нами враховано при побудові профілактичних та лікувально-реабілітаційних програм для вказаного контингенту хворих, що в загальні, надало можливість покращити отримані результати та ефективність медико-соціальних заходів.

Висновки

1. З'ясовано, що чинники ризику розвитку комп'ютерної залежності можливо умовно розподілити на внутрішньосімейні, соціальні (особливо враховуючи підліткове середовище) та особистісні, а також за іншим варіантом на психологічні, соціальні та особистісні.

2. За нашим спостереженням найбільш часто зустрічалися наступні чинники ризику розвитку комп'ютероманії: прояви скептицизму та самовпевненості, низька схильність до дотримання соціальних норм, адиктивно провокуюче середовище, соціальна дезінтеграція, безробіття, матеріальні труднощі, особливості характеру у вигляді гіпертимної, циклотимної, демонстративної та збудливої акцентуації, риси цинічності, нечутливості до себе та оточуючих, деструктивна батьківська родина, негармонійне виховання та конфлікти в сім'ї.

3. Сприяючими чинниками були: молодий вік, схильність до відхиленої поведінки та високий делін-

квентний потенціал, екзистенційний вакуум з відсутністю життєвого сенсу та реальних цілей, домінування серед особистісних властивостей безтурботності, імпульсивності, спонтанності у поведінці, невпевненості у собі, неможливість досягнути бажаного та почасту сфантазованого соціального статусу й положення у суспільстві, розрив соціальних зв'язків, знижена самооцінка із можливістю її компенсації у процесі віртуального спілкування та рольової ігрової діяльності.

Література:

1. Фомичева Ю. В. Психологические корреляты увлеченности компьютерными играми / Ю. В. Фомичева, А. Г. Шмелев, И. В. Бурмистров // Вестник МГУ. – 1991. – Сб. № 14. – С. 27–39.
2. Юрьева Л. Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика / Л. Н. Юрьева Т. Ю. Бобот // Монография. – Днепропетровск: «Пороги», 2006. – 196 с.
3. Аймедов К. В. Клинические аспекты современной адиктологии (литературный обзор) / К. В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії – 2007. – № 1 (11). – С. 136 – 145.
4. Black D. Clinical features, psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior / D. Black, G. Belsare, S. Schlosser // J. Psychiatry. – 1999. – N 7. – P. 839–844.
5. Иванец Н. Н. Психотерапевтически-реабилитационный подход к лечению больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями / Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л., 1989. – С. 11–16.
6. Бобот Т. Ю. Профилактика и коррекция компьютерной зависимости в осіб молодого віку // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2005. – № 2. – С. 139–142.
7. Якушина Е. В. Подростки в Интернете: специфика информационного взаимодействия / Е. В. Якушина // Педагогика. – 2001. – № 4. – С. 55–61.
8. Murray J.B. Computer addictions entangle students / J.B. Murray // APA-Monitor. – 1996. – N 27. – P. 38–39.
9. Електронне джерело: http://zdd.1september.ru/view_article.php.ID=20090403
10. Shotton M. A. Computer Addiction? A study of computer dependency / M. A. Shotton // J. Affective Disorders. – 1998. – N 5. – P. 56–59.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

К.В. Аймедов, В.О. Мельник

В работе авторы представили результаты изучения различных факторов, которые могут приводить к возникновению и формированию компьютерной и Интернет-зависимости, провели их групповое распределение на психологические, личностные и социальные. Полученные данные предоставляют возможность создавать адекватные профилактические программы, для предупреждения комп'ютеромании среди подростков и юношей.

Ключевые слова: компьютерная зависимость, Интернет-зависимость, аддиктивные факторы риска

THE RESEARCH OF RISK FACTORS OF RISK OF ORIGIN AND FORMING OF COMPUTER DEPENDENCE

K.V. Aymedov, V.O. Melnyk

In-process authors gave the results of study of different factors which can result in an origin and forming of computer and Internet-dependence, conducted their over dispersion on psychological, personality and social. Findings give possibility to create the adequate prophylactic programs, for warning of computer dependence among teenagers and youths.

Keywords: computer dependence, Internet-dependence, addictive risk factors

УДК 616.89-615.212.7.099:613.814

А.М. Вісвський

ДОСЛІДЖЕННЯ УЯВЛЕНЬ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЩОДО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ЯК ОСНОВА ЗАХОДІВ ТАРГЕТНОЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: діти і підлітки, вживання психоактивних речовин, медико-соціальна профілактика

За даними ВООЗ, алкоголь є найбільш широко вживаною психоактивною речовиною (ПАР) серед дітей та підлітків в Україні. Кожен четвертий українець, який страждає на алкогольну залежність, є особою у віці до 35 років [1]. Станом на 2010 р. серед дітей до 17 років перебувають на обліку з синдромами алкогольної залежності 39 осіб, а серед молодих людей 15 до 35 років – 136 тисяч 476 осіб [8]. За результатами досліджень, проведених Українським НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, 22% школярів і студентів середніх та вищих навчальних закладів вживають спиртні напої практично щодня, або щонайменше кілька разів на тиждень [2;4].

Результати проведених в Україні досліджень щодо розповсюдження вживання ПАР серед учнівської молоді доводять недостатню ефективність існуючих профілактичних заходів.

Дослідження «Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти», проведене в 2010 році [5], показує, що 9% респондентів віком 15-34 роки мали досвід вживання будь-яких наркотичних речовин протягом життя. Найбільш поширеною, окрім алкоголю, ПАР є марихуана або гашиш – її вживали 8% респондентів. Екстазі вживали 2% респондентів. Перше вживання наркотичних речовин у 32% респондентів відбулось у віці 12-16 років, ще у 32% – від 17 до 18 років, а у віці 19-28 років – 30% молодих людей. Серед чоловіків найбільший відсоток – 34,4% спробували вперше наркотичні речовини у віці від 12 до 16 років, а серед жінок – 44,4% у віці 19-28 років. Тенденція показує, що молоді люди чоловічої статі раніше пробують вживання наркотиків, ніж жінки. Протягом останніх 30 днів перед опитуванням, про вживання наркотичних речовин принаймні один раз на тиждень повідомили 4% тих, хто мав досвід вживання наркотиків та 13% повідомили, що вживали наркотики рідше одного разу на тиждень. Найбільший відсоток виявився серед підлітків 15-17 років – 22,2%. Найменший відсоток, а саме 9,6% – серед молоді 26-30 років.

Результати дослідження серед шкільної молоді «Здоров'я та поведінкові орієнтації дітей шкільного віку» (HBSC) (2010) [7] показують, що 16% всіх учнів в своєму житті мали досвід вживання, окрім алкоголю, марихуани або гашишу. За останні 12 місяців вживали наркотичні речовини 8% учнів. Про досвід вживання наркотичних речовин протягом останніх 30 днів повідомили 4% учнів, серед яких найбільший відсоток спостерігається серед учнів професійно-технічних навчальних закладів (ПТНЗ) та ВНЗ I-III рівня акредитації – по 3%,

а найменший – 1,5% – серед учнів 10-11 класів загальноосвітніх шкіл. В усіх вікових категоріях хлопці вживали наркотики в середньому в 2 рази частіше, ніж дівчата. Суттєва різниця в рівні споживання марихуани виявилась серед дівчат ПТНЗ, в порівнянні з дівчатами загальноосвітніх шкіл того ж віку: про вживання марихуани 1-2 рази протягом життя зазначили 4% дівчат загальноосвітніх шкіл та по 8% дівчат ПТНЗ, ВНЗ I-2 рівня акредитації та 10% дівчат ВНЗ I-III рівня акредитації.

«Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин» (ESPAD), проведене в 2007 році виявило, що з усіх наркотичних речовин, які вживає молодь, найбільш поширеними, крім алкоголю, залишаються марихуана та гашиш. 7,9% учнівської молоді вживали марихуану 1-2 рази впродовж життя, а 0,8% – вживали 40 і більше разів. Результати показують збільшення споживання екстазі (з 0,5% у 1995 р. до 2,5% у 2007р.) [6].

Метою дослідження «Виклики до профілактичних програм, спрямованих на зменшення уразливості молоді в умовах епідемії ВІЛ/СНІД», проведеного в 2009-2010 році, було вивчення ситуації щодо поширеності профілактичних програм із питань формування здорового способу життя в системі ПТНЗ, вивчення поведінкових практик учнівської молоді та розробка втручань задля профілактики ВІЛ [9]. В дослідженні за результатами 1008 інтерв'ю щодо поширення вживання алкогольних напоїв та наркотичних речовин серед учнів ПТНЗ 15-21 років 5 регіонів України (м. Київ, Вінницька, Тернопільська, Хмельницька, Чернівецька області) виявилось, що серед усіх опитаних 17% учнів мали спробу вживання наркотиків протягом життя (принаймні один раз). 2% учнів вказали, що вживають наркотики в даний час. 3% учнів повідомили про вживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом життя та 1% – вживають наркотики ін'єкційним шляхом зараз. 4% учнів серед тих, хто мав практику вживання не ін'єкційних наркотиків зробили це у віці до 11 років, а 20% – до виповнення 15 років. Стосовно початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, то 4 респонденти вперше спробували у віці до 11 років, 12 респондентів – у віці до 15 років, 14 – до 18 років.

За результатами проведеного нами опитування та анкетування дитячих контингентів – учнів шкіл Чернівецької, Київської, Закарпатської областей та м. Києва (кількість обстежених – 1870 осіб), які виявились конгруентними до інших досліджень [3;5;6], виявилось, що 91% опитаних учнів віком 15-16 років хоча б один раз у житті вживали алкогольні напої.

Таким чином, аналіз ситуації щодо наркотичних та алкогольних проблем серед дітей та підлітків вказує на те, що профілактична протиалкогольна та протинаркотична робота повинна починатися раніше того віку, який виявлений у міжнародних дослідженнях, як вік першого вживання. Ефективні профілактичні програми розпочинаються заздалегідь, до проявів ризикової поведінки.

Діти та підлітки проводять значну частину свого життя саме в школі. Тому вона відіграє важливу роль у створенні умов для здобуття ними знань, формуванні ставлень та виробленні навичок, які потрібні, щоб уникнути та запобігти ризиків для власного здоров'я, наприклад, пов'язаних із вживанням ПАР. Шкільне середовище має можливості щодо мобілізації певних ресурсів: кадрове забезпечення, наявність відповідного простору, технічного оснащення, відповідних умов (час, місце, зв'язок з батьками учнів). Школа – це ефективне місце для розробки та впровадження політики щодо алкоголю та наркотиків.

Ефективність профілактичних дій серед учнів пов'язана, передусім, із компетентністю тих дорослих, які знаходяться поряд з ними. Це їхні батьки та персонал школи, в якій вони навчаються. Між тим, не дивлячись на актуальність вищенаведеного, в шкільній системі освіти відсутні систематичні структуровані профілактичні програми, зорієнтовані на батьків учнів 1 - 12 класів і персонал загальноосвітніх навчальних закладів.

З урахуванням вищесказаного, на базі світового досвіду та результатів власних досліджень, нами створена комплексна багаторівнева система медико-соціальної профілактики вживання ПАР у дітей та підлітків, апробована та впроваджена в школах Чернівецької, Київської, Закарпатської областей та м. Києва, основна ідея якої – сформувати в учнів відповідальне ставлення до власного здоров'я у профілактичній співпраці з їх батьками та персоналом школи, що базується на навчанні здоровому способу життя на засадах розвитку життєвих навичок та створення можливостей впливу на основні негативні наслідки вживання дітьми ПАР, а саме – вживання зі шкідливими наслідками.

Розроблена комплексна система заходів протиалкогольного та протинаркотичного спрямування для шкільної молоді включає в себе щонайменше 3 основні складові. Ці складові направлені безпосередньо на дитячі контингенти, на вчителів і, що є принциповою відмінністю, на батьків. Кожна з даних цільових груп потребує використання власного набору технологічних прийомів, розробка яких можлива тільки на основі поглибленого вивчення умов та механізмів формування навичок вживання ПАР у дітей та підлітків, що й повинні бути мішенями таргетного впливу психопрофілактичних заходів.

Зважаючи на вищенаведене, для ідентифікації патернів дитячої та підліткової алкогольної та наркотичної поведінки, серед обстеженого контингенту, з дотриманням принципів біоетики і деонтології за умови інформованої згоди обох батьків чи опікунів,

було проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 600 дітей, які були розділені на групи дослідження в залежності від шляху отримання першого алкогольного досвіду: 200 осіб – діти, які вперше вжили алкоголь з рук своїх батьків (основна група 1, ОГ–1); 200 осіб – ті, хто зробив це під будь-яким тиском однолітків (основна група 2, ОГ–2) та 200 осіб – діти, чиє перше вживання алкоголю було самостійним та/або випадковим (основна група 3, ОГ–3). Враховуючи вікову, а, отже, біологічну, психологічну та психосоціальну неоднорідність обстежених, кожна група була розділена на три: діти у віці від 7 до 10 років (по 65 осіб), у віці від 11 до 15 років (по 65 осіб) та у віці 16 – 17 років (по 70 осіб). Дизайн дослідження представлений на малюнку 1.

За результатами анамнестичного дослідження та узагальнення літературних джерел із проблеми вживання ПАР дітьми та підлітками, нами встановлено, що ставлення дітей до ПАР, в тому числі, і позитивне, формується у ранньому віці, що у свою чергу, за наявності певних умов, негативно впливає на процес формування й розвитку особистості.

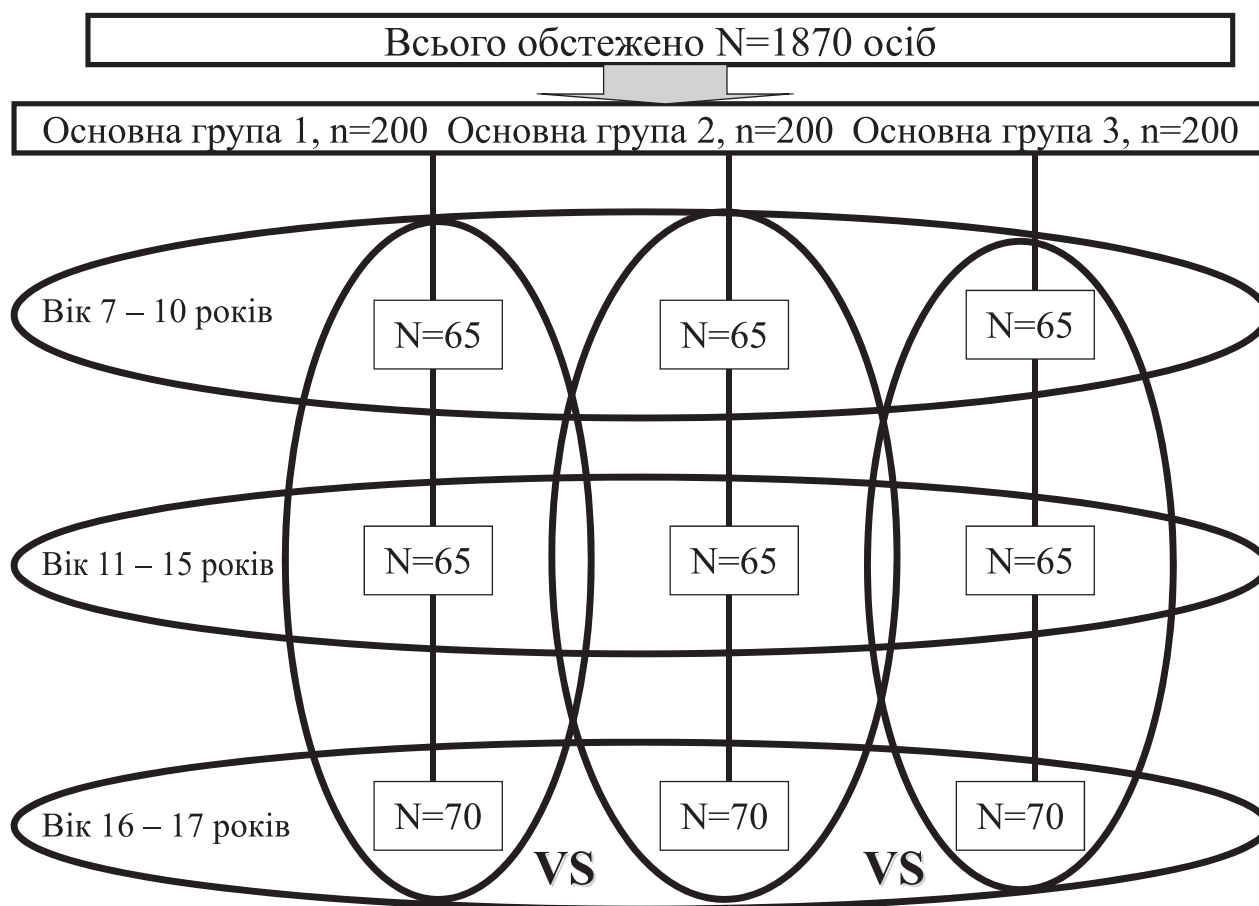
Так, у дітей у віці 5 – 9 років, найчастіше перше уявлення (варіант імпрінтингу) щодо ризикованої моделі поведінки до ПАР складається, насамперед, із:

1. Сприйняття «алкогольної моделі поведінки», сидючи з дорослими за одним святковим столом.
2. Помилкової (хибної) поведінки дорослих, яка є підґрунтям до формування «первинної алкогольної традиції».
3. Формування уявлень про алкогольне застілля як природне та обов'язкове явище.
4. Рання орієнтація на особливе відношення до алкоголю як до обов'язкового елемента життєдіяльності людини.

Наслідком родинного вживання ПАР у вигляді алкоголізації є дитячі ігри із створенням моделі майбутньої алкогольної поведінки, а саме:

1. Ігри із елементами «алкогольного змісту», де важливу роль займає алкоголь.
2. Алкогольні ритуали, що формують та орієнтують у дитини поважне відношення до алкоголю, спрямоване на його споживання.
3. Сприйняття оп'янюючої дії спиртного з одночасним нівелюванням ставлення до нього як до незвичайного поводження.
4. Підвищений інтерес до алкоголю.

У клінічному плані треба зазначити, що вживання алкоголю у дітей та підлітків характеризується швидкістю формування його шкідливих наслідків та прогресивністю захворювання. Порівнюючи із дорослими, формування алкогольної залежності у підлітка відбувається в 4 рази швидше. Виявлено, що саме у підлітка тяга до алкоголю зміщується не в смаку спиртного, а у його оп'янюючій дії. Так, спочатку вживання алкоголю відчувається приплив сил, почуття комфорту, підвищення настрою, пустотливості, відсутності вираженої алкогольної інтоксикації, втрати самоконтролю. Формується переконання до алкоголю як до



Мал. 1. Дизайн дослідження.

«природного явища» в житті. Проте, потреба в спиртному наростає, і в незрілому організмі формується патологічний потяг до алкоголю.

В рамках розробки заходів цільової психопрофілактики вживання ПАР у дітей та підлітків, для розробки адекватних аргументів для ефективного діалогу між компетентним дорослим та дитиною стосовно наслідків вживання ПАР, нами досліджені хибні уявлення дітей та підлітків щодо вживання ПАР (табл. 1).

В результаті аналізу уявлень обстежених дітей та підлітків щодо вживання ПАР, нами були виділені найбільш поширені з них, які були класифіковані на:

1. *індивідуальні хибні переконання*: а) один раз спробую, не сподобається, більше не буду; б) марихуана нешкідлива для здоров'я; в) легкі наркотики допомагають підняти настрій, вони не шкідливі; г) наркотик допоможе втекти від проблем; д) я можу дозволити собі вживати наркотики по святах, або по вихідним заради задоволення; е) пиво – це не алкогольний напій; є) в житті все треба спробувати; ж) вживати алкоголь та палити – це круто;

2. *обумовлені прагненням бути прийнятим значимими іншими*: а) мене ніхто не любить, не поважає; б) якщо я не зроблю це, то буду «білою вороною»; в) я знаю людей, які приймають наркотики і у

них все добре; г) усі щось вживають, а чим я гірше; д) якщо я відмовлю, мене вважатимуть слабаком, боягузом; е) я хочу спробувати наркотик, щоб довести хлопцю, який вживає наркотики, що, від них можна легко відмовитися.

Встановлено, що у дитячому віці серед уявлень стосовно вживання ПАР домінують індивідуальні хибні переконання, а в підлітковому та юнацькому віці преvalюють уявлення, пов'язані з референтним середовищем.

За результатами аналізу хибних уявлень щодо вживання ПАР дітьми та підлітками, викладених у табл. 1, нами розроблені заходи цільової психопрофілактики – аргументи дорослим для діалогу з дитиною про алкоголь та наркотики, а саме:

1. «Чи варто ризикувати? Спробуй перебігти дорогу, де швидко їздять машини. Чи впевнений ти на 100,0 %, що не потрапиш під машину? Це схоже на ризик щодо спроби ПАР».

2. «Ти не гірше, а краще! Перевір, чи насправді всі вживають ПАР, проведи опитування».

3. «Поміркуй, коли ти насправді будеш «білою вороною»: коли відмовишся від ПАР та будеш веселитися з друзями на вечірці, або, коли приймеш його та через деякий час будеш бігати в пошуках ПАР?»

Таблиця 1

Розподіл хибних уявлень щодо ПАР у досліджених групах

Уявлення	Групи	Відповідь / Вік																	
		Так (n;%)						Ні (n;%)						Не знаю (n;%)					
		7-10		11-15		16-17		7-10		11-15		16-17		7-10		11-15		16-17	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Один раз спробую, не сподобається, більше не буду	ОГ-1	35	53,8	23	35,4	28	40,0	21	32,3	25	38,5	18	25,7	9	13,8	17	26,2	24	34,3
	ОГ-2	34	52,3	14	21,5	44	62,9	16	24,6	27	41,5	14	20,0	15	23,1	24	36,9	12	17,1
	ОГ-3	33	50,8	12	18,5	54	77,1	16	24,6	28	43,1	11	15,7	16	24,6	25	38,5	5	7,1
Усі щось вживають, а чим я гірше	ОГ-1	42	64,6	15	23,1	45	64,3	20	30,8	24	36,9	16	22,9	3	4,6	26	40,0	9	12,9
	ОГ-2	43	66,2	12	18,5	53	75,7	15	23,1	27	41,5	15	21,4	7	10,8	26	40,0	2	2,9
	ОГ-3	44	67,7	12	18,5	43	61,4	14	21,5	27	41,5	12	17,1	7	10,8	26	40,0	15	21,4
Якщо я не зроблю це, то буду «білою вороною»	ОГ-1	45	69,2	12	18,5	37	52,9	13	20,0	29	44,6	13	18,6	7	10,8	24	36,9	20	28,6
	ОГ-2	40	61,5	12	18,5	43	61,4	14	21,5	23	35,4	12	17,1	11	16,9	30	46,2	15	21,4
	ОГ-3	34	52,3	15	23,1	45	64,3	16	24,6	26	40,0	14	20,0	15	23,1	24	36,9	11	15,7
Я знаю людей, які приймають наркотики і у них все добре	ОГ-1	34	52,3	14	21,5	44	62,9	15	23,1	25	38,5	14	20,0	16	24,6	26	40,0	12	17,1
	ОГ-2	37	56,9	19	29,2	49	70,0	13	20,0	28	43,1	11	15,7	15	23,1	18	27,7	10	14,3
	ОГ-3	45	69,2	21	32,3	45	64,3	12	18,5	27	41,5	15	21,4	8	12,3	17	26,2	10	14,3
Марихуана нешкідлива для здоров'я	ОГ-1	34	52,3	21	32,3	44	62,9	14	21,5	25	38,5	16	22,9	17	26,2	19	29,2	10	14,3
	ОГ-2	34	52,3	22	33,8	54	77,1	16	24,6	27	41,5	10	14,3	15	23,1	16	24,6	6	8,6
	ОГ-3	33	50,8	23	35,4	45	64,3	17	26,2	28	43,1	12	17,1	15	23,1	14	21,5	13	18,6
Якщо я відмовлю, мене вважатимуть слабаком, боягузом	ОГ-1	32	49,2	14	21,5	46	65,7	11	16,9	29	44,6	14	20,0	22	33,8	22	33,8	10	14,3
	ОГ-2	45	69,2	15	23,1	43	61,4	12	18,5	23	35,4	10	14,3	8	12,3	27	41,5	17	24,3
	ОГ-3	43	66,2	11	16,9	47	67,1	13	20,0	28	43,1	12	17,1	9	13,8	26	40,0	11	15,7
Я хочу спробувати наркотик, щоб довести хлопцю, який вживає наркотики, що, від них можна легко відмовитися	ОГ-1	44	67,7	9	13,8	43	61,4	16	24,6	29	44,6	14	20,0	5	7,7	27	41,5	13	18,6
	ОГ-2	45	69,2	10	15,4	51	72,9	11	16,9	29	44,6	11	15,7	9	13,8	26	40,0	8	11,4
	ОГ-3	40	61,5	23	35,4	44	62,9	16	24,6	24	36,9	16	22,9	9	13,8	18	27,7	10	14,3

Таблиця 1

Розподіл хибних уявлень щодо ПАР у досліджених групах (продовження)

Уявлення	Групи	Відповідь / Вік																	
		Так (n;%)						Ні (n;%)						Не знаю (n;%)					
		7-10		11-15		16-17		7-10		11-15		16-17		7-10		11-15		16-17	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Вживати алкоголь та палити – це круто	ОГ-1	34	52,3	14	21,5	45	64,3	17	26,2	27	41,5	17	24,3	14	21,5	24	36,9	8	11,4
	ОГ-2	34	52,3	12	18,5	49	70,0	15	23,1	28	43,1	16	22,9	16	24,6	25	38,5	5	7,1
	ОГ-3	37	56,9	15	23,1	44	62,9	16	24,6	25	38,5	23	32,9	12	18,5	25	38,5	3	4,3
Мене ніхто не любить, не поважає	ОГ-1	45	69,2	12	18,5	54	77,1	14	21,5	27	41,5	12	17,1	6	9,2	26	40,0	4	5,7
	ОГ-2	34	52,3	12	18,5	45	64,3	17	26,2	28	43,1	12	17,1	14	21,5	25	38,5	13	18,6
	ОГ-3	34	52,3	15	23,1	45	64,3	16	24,6	24	36,9	14	20,0	15	23,1	26	40,0	11	15,7
Легкі наркотики допомагають підняти настрій, вони не шкідливі	ОГ-1	33	50,8	16	24,6	48	68,6	16	24,6	21	32,3	11	15,7	16	24,6	28	43,1	11	15,7
	ОГ-2	32	49,2	15	23,1	43	61,4	16	24,6	25	38,5	16	22,9	17	26,2	25	38,5	11	15,7
	ОГ-3	45	69,2	14	21,5	45	64,3	14	21,5	25	38,5	17	24,3	6	9,2	26	40,0	8	11,4
Наркотик допоможе втекти від проблем	ОГ-1	43	66,2	19	29,2	46	65,7	15	23,1	25	38,5	12	17,1	7	10,8	21	32,3	12	17,1
	ОГ-2	44	67,7	20	30,8	52	74,3	13	20,0	27	41,5	13	18,6	8	12,3	18	27,7	5	7,1
	ОГ-3	45	69,2	21	32,3	53	75,7	14	21,5	28	43,1	12	17,1	6	9,2	16	24,6	5	7,1
Я можу дозволити собі вживати наркотики по святах, або по вихідним заради задоволення	ОГ-1	40	61,5	22	33,8	51	72,9	16	24,6	24	36,9	14	20,0	9	13,8	19	29,2	5	7,1
	ОГ-2	34	52,3	23	35,4	46	65,7	15	23,1	21	32,3	14	20,0	16	24,6	21	32,3	10	14,3
	ОГ-3	34	52,3	14	21,5	38	54,3	13	20,0	27	41,5	11	15,7	18	27,7	24	36,9	21	30,0
Пиво – це не алкогольний напій	ОГ-1	37	56,9	15	23,1	44	62,9	12	18,5	29	44,6	15	21,4	16	24,6	21	32,3	11	15,7
	ОГ-2	45	69,2	11	16,9	51	72,9	14	21,5	23	35,4	16	22,9	6	9,2	31	47,7	3	4,3
	ОГ-3	34	52,3	9	13,8	51	72,9	16	24,6	24	36,9	10	14,3	15	23,1	32	49,2	9	12,9
В житті все треба спробувати	ОГ-1	32	49,2	10	15,4	46	65,7	17	26,2	25	38,5	12	17,1	16	24,6	30	46,2	12	17,1
	ОГ-2	43	66,2	11	16,9	47	67,1	11	16,9	28	43,1	14	20,0	11	16,9	26	40,0	9	12,9
	ОГ-3	34	52,3	21	32,3	48	68,6	12	18,5	27	41,5	10	14,3	19	29,2	17	26,2	12	17,1

Примітки: 1. Кількісний склад: 7–10 років – по 65 учнів; 11–15 років – по 65 учнів; 16–17 років – по 70 учнів кожної групи.
2. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,001$.

4. «Чи дійсно це так, адже ти не живеш з ними? Підтримувати здоровий вигляд допомагає лише час та гроші. І те і інше минає, а залишається одне – бажання вжити ПАР».

5. «Тоді чому її заборонили вживати? Щоб перевірити це, краще обери метод читання та знайди інформацію про наслідки її вживання. Тоді і роби висновки».

6. «А якщо ти не відмовиш, але потім станеш залежним, чи вважатимуть тебе тоді слабаком? Для того, щоб відмовити, потрібна сила та хоробрість!»

7. «Більшість дівчат, які намагались таким способом допомогти коханому, потрапляли до залежності від ПАР, а потім ще й отримували ВІЛ-інфекцію. Чи варте це твого здоров'я та життя?»

8. «Вживання ПАР не вражає оточуючих. Насправді, круто та модно вважається підтримувати здоровий спосіб життя., адже це викликає захоплення оточуючих».

9. «Щоб остаточно в цьому переконатися, треба запитати про це у тих людей, яких Ти любиш та поважаєш».

10. «Щоб упевнитися в цьому, треба знайти повну та достовірну інформацію про наслідки їх вживання. Тоді матимеш вибір: вживати чи не вживати».

11. «Забути про них на деякий час – так, а втекти від них – ні. І ще на додачу – принесе нові проблеми».

12. «Ніхто не планує вживати ПАР кожен день та ще й заради зняття ломки. Але ПАР сильніше, тому що він вміє контролювати бажання людини, а людина його – ні».

13. «250 мл пива = 40 мл горілки = 150 мл вина. Якщо ти вип'єш велику кількість пива, обов'язково настане сп'яніння, а разом з ним і наслідки...»

14. «Не все варто пробувати, тому що це може стати останньою приємною річчю в твоєму житті».

Запропоновані аргументи щодо наслідків вживання ПАР – це приклад ефективного діалогу з дитиною чи підлітком. Можна навести інші варіанти так званих «контраргументів», але у рамках саме такого стилю

спілкування, та використовуючи тільки правдиву інформацію.

Треба зазначити, що профілактичне інформування і формування навичок профілактичної протиалкогольної та протинаркотичної спрямованості, що складають основу практичної частини розробленої нами системи, здебільшого знаходиться в площині первинної профілактики і зорієнтовані, в першу чергу, на здорові (з наркологічної точки зору) загальні контингенти школярів. Разом з тим, напрацьовані практичні прийоми та впливи виявились ефективними і для особливо актуальних з соціально-медичної точки зору контингентів дітей зі вживанням ПАР з негативними наслідками та інших ризикових контингентів і є важливим інструментарієм для вторинної профілактики алкогольних та наркотичних проблем та розладів.

Література:

1. Аналітично-статистичний довідник 1990—2008 рр. Епідемії алкоголізму та наркотоксикоманій в дзеркалі медичної статистики МОЗ України. – Х.: Плеяда, 2009. – 168 с.
2. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні / С. І. Табачников, Д. С. Лебедев, Г. Є. Трофімчук, Ю. Ю. Мартинова // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, № 1 (56). – С. 81 – 88.
3. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк [та ін.]. – Київ, 2011 – 22 с.
4. Медико-соціологіческие аспекты характеристики токсикоманий у лиц подросткового и молодого возраста / С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, Г. А. Приб [и др.] // Архив психиатрии. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 61 – 66.
5. Молодь та молодіжна політика в Україні: Соціально-демографічні аспекти / За ред. Е.М. Лібанової – К.: Інститут демографічних та соціальних досліджень ім. М.В. Птахи НАН України, 2010. – 129 с.
6. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України / Балакірєва О. М. (кер. авт. кол.), Бондар Т. В., Рингач Н. О. [та ін.] – К.: УІСД ім. О. Яременка, 2008. – 152 с.
7. The Health Behaviour School-aged Children study. – Електронний ресурс: www.hbsc.org
8. <http://education.unian.net/ukr/detail/191348>
9. www.uisr.org.ua

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОТНОСИТЕЛЬНО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ КАК ОСНОВА МЕРОПРИЯТИЙ ТАРГЕТНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

А.Н. Виєвський

В работе освещены результаты изучения представлений детей и подростков об употреблении психоактивных веществ в свете разработанной системы медико-социальной профилактики употребления психоактивных веществ у детей и подростков, направленной на формирование у учащихся ответственного отношения к собственному здоровью в профилактическом сотрудничестве с их родителями и персоналом школы, базирующимся на обучении здоровому образу жизни на основе развития жизненных навыков и создание возможностей влияния на основные негативные последствия употребления детьми психоактивных веществ, а именно - употребление с вредными последствиями, что достигается воздействием в разных направлениях профилактической работы: ориентированной непосредственно на детские контингенты (дифференцированные в зависимости от возрастной группы), на их родителей и персонал общеобразовательных школ.

Ключевые слова: дети и подростки, употребление психоактивных веществ, медико-социальная профилактика

THE CHILDREN'S DRUG USE VISION STUDY AS A BASIC FOR THE PREVENTION PROGRAM

A.M. Viyevskiy

The article describes the results of the children's drug use vision study in connection with the new comprehensive multidimensional medical and social substance use prevention system for I – III levels' children and adolescents general schools population. This prevention system's goal is to develop the pupils' self-responsible healthy style position based on their cooperation with parents and teachers and life skills development. At the same time the system is elaborated to upgrade the potential to influence the most actual consequences of the children's psychoactive substances use, and the harmful use, first of all. The integrated prevention activities combine the direct interventions for school children contingents (in different age groups), parents and school staff.

Keywords: children and adolescents, psychoactive substances use, medical and social prevention

УДК 616.89-008.441.33-85:612.822.1

**І.К. Сосін, О.Ю. Гончарова, Ю.Ф. Чусь,
В.В. Шаповалов (мол.), М.О. Овчаренко, О.В. Друзь**
**ІННОВАЦІЙНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ В
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОПІОЇДНОЇ ТА КОАКСИЛОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**
Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: мембранний плазмаферез, лазерна терапія, лікування, синдром опіоїдної залежності, синдром коаксильової залежності

Вступ

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 та поведінкових 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 та ендогенної інтоксикації, що безпосередньо зумовлене хронічним зловживанням психоактивними речовинами і фізичною залежністю від них, їх аномально високими дозами (мегадозами), диссоційованими співвідношеннями концентрацій продуктів метаболізму в організмі наркозалежних, а також імунологічними порушеннями, зростанням рівня середньомолекулярних пептидів як відображення токсикозу, порушеннями нейромедіаторного обміну (наприклад, високий вміст дофаміну), тощо [8].

За останні роки в сучасній клінічній наркології суттєвим кроком вперед стало застосування методу мембранного плазмаферезу [4;5;6;7].

Дане дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи кафедри наркології ХМАПО «Об'єктивізація діагностики та нові підходи до лікування і реабілітації патологічної залежності та коморбідних станів в наркології», № держреєстрації 0108 U 002113, з метою поширення позитивного досвіду купірування невідкладних наркологічних станів з використанням методу мембранного плазмаферезу, які включають асоційовані в стандартні алгоритми медикаментозні та немедикаментозні складові терапевтичного втручання. Дослідженнями встановлено, що метод мембранного плазмаферезу, який відповідає критерію нових медичних та інженерних нанотехнологій, є ефективним, добре поєднується в так званих тандемних еферентних терапевтичних заходах, дозволяє синхронізувати лікувальні ефекти з методами лазерної терапії, а також потенціює дію препаратів транквілізуючої, антиконвульсивної, анальгезуючої та ноотропної дії, і приводить до мінімізації їх загальнопризначених дозировок [9,10].

Інноваційні підходи авторів при розробці та адаптації методу мембранного плазмаферезу до лікування опіоїдної залежності виконані на рівні державної

новизни і підкріплені низкою Патентів України на протязі останніх 2008-2011 років [1;2;3].

Плазмаферез належить до спеціалізованих методів медичної допомоги й визначається як адресна детоксикація й корекція гомеостазу. Метод мембранного плазмаферезу (МП) оснований на перфузії крові в замкнутому екстракорпоральному контурі, що складається із кровопровідних магістралей і плазмодіалізатора, у якому відбувається розподіл крові. Рідка частина крові - плазма відділяється від формених елементів і видалюється через мембрану фільтра з контуру крові, формені елементи залишаються в контурі й повертаються пацієнтові. Ефект плазмаферезу полягає не тільки в безпосередньому видаленні токсинів та імунних комплексів, але й у загальній неспецифічній стимулюючій дії на обмін речовин, імунний статус, мікроциркуляцію й метаболізм кисню в тканинах, що призводить до підвищення чутливості хворого до проведеної фармакотерапії й відповідно до скорочення тривалості й інтенсивності гострих станів, зменшення ризику виникнення ускладнень, істотного поліпшення суб'єктивного самопочуття хворих і об'єктивних клінічних показників.

Базовий принцип методу оснований на видаленні плазми, що містить токсини, з адекватним заміщенням різними інфузійними середовищами (фізіологічний розчин, кристалоїди, колоїди, донорська плазма, альбумін). При цьому видаляються речовини різної молекулярної маси від низько - до великомолекулярних структур: антигени, антитіла, циркулюючі імунні комплекси, медіатори запалення, надлишок фібриногену, бактерії та їхні токсини, продукти розпаду тканин і клітин.

Один з істотних механізмів лікувальної дії плазмаферезу пов'язаний із загальною реакцією організму на ексфузію крові. Як реакція на гіповолемічну ситуацію, запускаються механізми активації захисних сил організму: змінюються обмінні процеси між водними секторами, мобілізуються тканинний білок, стимулюється гемопоез із прискоренням дозрівання клітин у кістковому мозку. Має значення також розведення крові консервантом, гемодилуція інфузійними середовищами, деплазмування еритроцитів та інших клітин.

При проведенні МП усі згадані вище механізми забезпечують: 1) деблокування рецепторів і підвищення функціональної активності кровотворних, фагоцитуючих, імунокорекційних клітин; 2) імунокорекцію

та стимуляцію імунотенезу; 3) поліпшення реології, мікроциркуляції й системної гемодинаміки; 4) проти- запальний ефект; 5) видалення продуктів розпаду тка- нин і клітин (при гемолізі, міоглобінемії), мікробів, отруйних речовин, токсинів і метаболітів наркотично- го походження, у тому числі, пов'язаних з білками; 6) очищення плазматичної мембрани формених елемен- тів; 7) підвищення коефіцієнту пружності мембрани клітин крові; 8) нормалізацію кисневого метаболізму і тканинного дихання; 9) стимуляцію антитромбінової активності, фібринолізу; 10) нормалізацію проникно- сті базальної мембрани клубочків нирок, зниження протеїнурії, нормалізацію протеїнограми; 11) захист від кінцевих продуктів перекисного окиснення ліпідів і продуктів інтоксикації; 12) нормалізацію гормональної функції гіпоталамуса, гіпофіза, надниркової систем.

Для проведення плазмаферезу необхідно підготувати:

1) Апарат для мембранного плазмаферезу (напри- клад, апарат АМПЛд-ТТ «Гемофенікс»); 2) Плазмо- фільтр мембранний одноразовий стерильний ПФМ-01- ТТ «РОСА»; 3) Магістраль кровопровідну одноразово- го застосування КМАП-01 «Новопласт»; 4) Терези із кронштейном для їхнього кріплення; 5) Флакони (паке- ти) з ізотонічним розчином натрію хлориду й антикоа- гулянтном (глюгіцер, індар, сангвіс, синтез, що включа- ють натрію гідроцитрат 20 г/л і декстрозу 30 г/л); 6) Гепарин; 7) Внутрішньовенний катетер; 8) Укладку зі стерильними пристосуваннями (стерильна «підклад- на», ножиці, затиски Бильрота, стаканчик зі спиртом, марлеві кульки й тампони, бинт, стерильні рукавички, лейкопластир); 9) Тонометр.

Враховуючи механізм і патогенетичну спрямова- ність дії лікувальних факторів плазмаферезу при нар- кологічних захворюваннях, до основних показань при призначенні даного методу терапії слід віднести такі клінічні ситуації в рамках синдрому залежності: гостра інтоксикація психоактивними речовинами (ПАР), вживання ПАР зі шкідливими наслідками, стан відміни, стан відміни із пределієм, запійні форми алкогольної залежності, алкогольні поліневропатії, інші соматичні й неврологічні постінтоксикаційні ускладнення, тривожно-депресивні розлади алкоголь- ного та наркотичного генезу.

При призначенні МП важливо враховувати не тіль- ки загальний стан пацієнта, специфіку патологічного процесу в клініці наркологічного захворювання, його клінічних проявів, стадій і форми захворювання, тен- денцій розвитку, але й супутніх коморбідних захворю- вань, постінтоксикаційних ускладнень, статевих, віко- вих, професійних шкідливостей пацієнта. Найбільш результативним МП виявляється при комплексному і диференційованому підході до оцінки всіх згаданих вище факторів.

Протипоказання до проведення методу МП можна умовно розділити на абсолютні й відносні. До абсо- лютних протипоказань належать: 1) необоротні ушко- дження головного мозку й інших життєво важливих органів; 2) термінальні стани; 3) внутрішня кровотеча;

4) гнійні захворювання (абсцеси, флегмони тощо).

Відносними протипоказаннями є: 1) підвищена кровоточивість або високий ризик кровотеч (при виразковій хворобі або ерозіях шлунково-кишкового тракту); 2) нестабільність гемодинаміки; 3) гіпопроте- їнемія (необхідно компенсувати об'єм, що видається, донорською плазмою, білковими препаратами або колоїдними плазмозамісними розчинами); 4) гострі інфекційні захворювання; 5) менструація.

З метою підвищення ефективності лікування запро- поновано інноваційні модифіковані варіанти МП (ком- біноване застосування з іншими терапевтичними під- ходами - фармакологічними препаратами та біофізич- ними лікувальними факторами). Терапевтичні зусилля на даному етапі повинні бути спрямовані на поліпшен- ня параметрів загальної гемодинаміки, на інтенсифіка- цію мікроциркуляції, ліквідацію гіпоксії, превентивне попередження рецидиву абстинентної симптоматики, ознаки якої спостерігаються через 12 – 14 годин після першого сеансу МП.

Метою цього дослідження було вивчення терапев- тичних можливостей лікувального курсу МП при опіо- їдній та коаксильній залежності на основі аналізу даних динамічної оцінки клінічних проявів синдрому відміни (СВ) і ступеня редукції основних психопатоло- гічних і соматоневрологічних корелятивів стану відміни

Матеріал і методи. Нами було проліковано 182 хворих, що поступили в Харківський та Луганський обласні наркологічні диспансери. Діагностика осьових синдромів залежності проводилася по МКХ-10. У дос- лідження включалися хворі з встановленим діагнозом «опіїдна (коаксильова) залежність, синдромом відмі- ни». Для купірування стану відміни у 115 пацієнтів (основна група, ОГ), використаний метод мембранно- го плазмаферезу. З метою вивчення особливостей редукції психопатологічної симптоматики (швидкість, інтенсивність) в групу спостереження (ГС) були вклю- чені 67 пацієнтів з аналогічними віковими та клініко- динамічними характеристиками наркозалежності. Всі пацієнти чоловічої статі. Вік хворих становив від 18 до 35 років, середній вік - 24,18±4,56 роки в ОГ, у ГС 23,38±4,91 роки ($p>0,5$).

У всіх хворих визначалася сформована клінічна картина опіїдної (коаксильової) залежності, що вклю- чала виражену психічну й фізичну залежність, важкий синдром позбавлення, високу толерантність, соматич- ні, неврологічні та психопатологічні наслідки хроніч- ної інтоксикації, десоціалізацію і криміногенність, морально-етичне зниження, деградацію, ауто-і гетеро- агресивність, збочений інстинкт самозбереження. Три- валість захворювання варіювала від 2 до 10 років. Добові дози (по «вуличним» уявам та міркам) скла- дали від 5 до 15 і більше мл кустарного опію, або від 0,5 до 1,5 г героїну, або 20-40 кодеїнівмісних таблеток, або 60-100 таблеток коаксилу на добу. Всі хворі приймали наркотичні суміші, виготовлені за кустарної техноло- гії, виключно ін'єкційно, велика частка з них мали в анамнезі багато спроб лікування в різних наркологіч-

них клініках. Аналіз клініко-динамічних особливостей становлення опіїдної залежності показує, що основна група і група спостереження істотно не різнилися між собою за віком, тривалістю формування психічної та фізичної залежності, першому досвіду наркотизації опіїдами, давності захворювання, тривалістю безперервної наркотизації, добовою дозою споживаного наркотику, тривалістю спонтанних і лікувальних ремісій в анамнезі, установкою на лікування.

З дослідження виключалися хворі з: супутніми ендогенними психічними захворюваннями; вираженими неврологічними і соматичними ускладненнями; інфекційними захворюваннями в стадії загострення (гепатити В і С, СНІД); хронічними соматичними хворобами в стадії загострення (захворювання серця, печінки, нирок та ін.)

Перед початком дослідження хворим основної і контрольної груп проводився електрокардіографічний (ЕКГ), електроенцефалографічний (ЕЕГ) і реоенцефалографічний (РЕГ) моніторинг, клінічний аналіз крові, сечі, аналіз крові на цукор, протромбіновий індекс, біохімічні показники крові (АлАТ, АсАТ, білірубін, тимолова проба, в-ліпопротеїди, ГГТ, амілаза крові).

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний та статистичний. Ефективність МП оцінювалася у хворих основної групи, а отримані результати порівнювали з такими в групі спостереження, в яких лікування проводилось у відповідності зі стандартами надання медичної допомоги (Наказ МОЗ України від 21.09.2009 № 681 Про затвердження Інструкції клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Наркологія»).

Для контролю за перебігом СВ в процесі лікування використовувалися індивідуальні карти динамічного спостереження, в які були включені найбільш інформативні ознаки, що зустрічаються при цих станах. Обстеження хворих здійснювалося в день надходження, через 8-10 годин перебування хворого в умовах лікувальної депривації, а в подальшому на 3-й, 5-й, 14-й та 21-й дні, які були найбільш інформативні по динаміці, глибині та структурі редукції СВ.

Клінічне дослідження проводилося з використанням спеціально розробленого Протоколу, який максимально відповідає міжнародним вимогам GCP. Протокол включав в себе інформовану згоду пацієнта на участь у запланованому клінічному дослідженні і підтвердження дослідником такої згоди. З кожним пацієнтів попередньо була проведена бесіда з поясненням мети дослідження, роз'ясненням механізму дії МП, інформуванням про можливі побічні ефекти лікування, а також про термін дослідження. Кожному учаснику клінічного випробування була надана можливість задавати будь-які питання, що стосуються дослідження. Таким чином, були дотримані всі етичні вимоги до проведення клінічного дослідження.

Клінічна частина протоколу складалася з докладної характеристики соціального статусу та фізичного стану кожного хворого, клініко-динамічних характери-

стик захворювання та обсягу проведеної терапії.

Статистична обробка отриманих результатів проводилася з використанням комп'ютерної програми Microsoft Excel 2010.

У зв'язку з поставленими завданнями встановлювалася достовірність відмінностей в динаміці змін психопатологічних і соматоневрологічних розладів при терапії МП в порівнянні з традиційною терапією. Відмінності між середніми величинами визначались достовірними при рівні значимості $p < 0,05$. Кількісні показники порівнювалися за допомогою t-критерію Стьюдента.

В роботі запропонований авторами-розробниками опис наступних трьох модифікацій мембранного плазмаферезу (МП), які захищені Патентами України на корисну модель [1;2;3]: 1) Спосіб комплексної нанотехнологічної детоксикації при опіїдній залежності; 2) Спосіб купірування рецидивуючого больового синдрому у хворих на опіїдну залежність; 3) Спосіб інтегрованого купірування синдрому відміни при залежності від коаксилу.

1. Спосіб комплексної нанотехнологічної детоксикації при опіїдній залежності. Серед визнаних напрямків пошуку більш ефективних методів лікування невідкладних станів наркотичного генезу є еферентна терапія, в арсеналі якої найбільш адекватним для наркології є плазмаферез в комплексному застосуванні з іншими екстракорпоральними методами детоксикації.

В основі розробки 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» - по нашій термінології).

По-перше, цієї вимозі відповідає сучасний МП, 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 ексфузійного видалення плазми крові.

По друге, це застосування в детоксикаційній наркології таких нанотехнологічних біофізичних факторів, які визивають прискорені терапевтичні експрес-ефекти. Це лазерне опромінювання інфрачервоного діапазону (довжина хвилі 860 нм), патогенетичні ефекти якого здійснюються у постійному магнітному полі фізіологічної інтенсивності (потужність 50-100 мТл).

Магнітно-лазерному впливу підлягають рефлексогенні зони та крапки акупунктури (згідно патогенетично підбраного акупунктурного рецепту), які розташовані (або прилегли) в зонах болючих ділянок у хворих

на опіюїдну залежність (ОЗ). Згідно методики, яка рекомендується, магнітно-лазерній експозиції при ОЗ найбільш часто підлягають зони ліктьових та колінних суглобів, грудний та поперековий відділ хребта.

Суть нашого методу. З метою прискореної і якісної елімінації токсичних речовин, підвищення клінічної ефективності та скорочення терміну лікування, здійснюють МП 1–2 сеанси з інтервалом в 3 дні з обсягом дозованої експузії 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 контактено-пресорним способом (1 раз на день, на протязі 3-5 днів) трансдермальне опромінювання локальних больових зон і точок акупунктури, комбінованою магнітно-лазерною методикою з параметрами: експозиція на одну крапку – 2-2,5 хв., 4-6 крапок 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.

Під нашим спостереженням знаходились 96 пацієнтів на ОЗ у стані відміни (F 11.30 за МКХ-10). 64 хворих було віднесено до основної групи (ОГ), до комплексної терапії яких додавалося лікування за запропонованим методом. 32 пацієнти увійшли до групи спостереження (ГС), детоксикація в якій проводилася відповідно до загальноприйнятих терапевтичних стандартів клінічної наркології.

З метою поглибленого вивчення ефективності впливу запропонованого методу лікування на психологічний статус пацієнтів всім хворим було проведено експериментально-психологічне тестування за допомогою методики «САН» («Самопочуття (С), Активність (А), Настрій (Н)»). Тестування проводили до, під час та після лікування. Усереднені результати тестування обох груп до лікування склали С - 3,2±0,02 бали, А - 3,4±0,04 бали, Н - 1,3±0,01 бали. Всі показники значно нижче норми, однак найменший за шкалою «-Настрій». Після лікування психологічний статус був кращим у пацієнтів ОГ (С - 4,6±0,1 бали, А - 3,9±0,06 бали, Н - 3,7±0,07 бали, різниця з першим тестуванням достовірна для трьох показників, (p<0,01). В ГС (С - 3,4±0,3 бали, А - 3,6±0,2 бали, Н - 2,7±0,1 бали, різниця для трьох показників з першим тестуванням достовірна, (p<0,001), з ОГ – достовірна (p<0,01).

Таким чином, під час лікування відмічалася покращення психологічного статусу пацієнтів, особливо в ОГ, однак показники не сягнули нормальних значень, особливо в ГС по шкалі «Самопочуття» та «Настрій», що підтверджувалося клінічними спостереженнями та потребувало додаткового призначення знеболюючих та антидепресантів.

За результатами лікування у хворих ОГ відбулося суттєве зниження активності цитолітичних ферментів АлАТ (0,88±0,09 ммоль/гЧл), АсАТ (0,67±0,06 ммоль/гЧл), що вірогідно нижче ГС - АлАТ (1,63±0,06 ммоль/гЧл), (p<0,001), АсАТ (0,98±0,06 ммоль/гЧл), (p<0,001).

Для більш детального аналізу проведеного дослідження в якості критерію ступеня важкості ураження печінки ми застосували один з лабораторних маркерів цитолітичного синдрому - коефіцієнт де-Рітиса, який є відношенням активності сироваткових аспарт-аміно-трансферази (АсАТ) до аланін-амінотрансферази (АлАТ) в співвідносних показниках. Про ефективність запропонованого методу свідчить достовірне зростання коефіцієнту де-Рітиса, який був значно знижений у пацієнтів обох груп до лікування ОГ 0,64±0,04 та ГС 0,62±0,03, різниця між групами не достовірна (p>0,05). Після лікування коефіцієнт де-Рітиса склав в ОГ 0,84±0,03, в ГС 0,69±0,06, (p<0,001).

Після лікування рівень загальних ліпідів знизився у хворих, які отримували МП та МЛТ з 5±0,12 ммоль/л (до лікування) до 4,82±0,12 ммоль/л (після лікування), (p<0,001). У хворих ГС навпаки, ми спостерігали підвищення рівня загальних ліпідів з 5,18±0,09 (до лікування) до 5,37±0,07 ммоль/л (після лікування).

При порівнянні інтенсивності впливу запропонованого методу та загальноприйнятої детоксикаційної терапії було встановлено, що в ОГ було значне зниження показників холестатичного синдрому, що верифікується зменшенням активності лужної фосфатази до 1,38±0,07 ммоль/гЧл та ГГТ до 627,5±42,3 ммоль/гЧл, на відміну від ГС 1,6±0,06 ммоль/гЧл, (p<0,01) та 741,1±35,5 ммоль/гЧл, (p<0,01).

Тимолова проба у хворих ОГ під час лікування достовірно (p<0,01) знизилася з 3,36±0,4 од до 2,59±0,16 од. В ГС ми спостерігали підвищення цього показника з 3,26±0,28 од (до лікування) до 3,51±0,19 од (після лікування), (p<0,01).

Таким чином, проведення МП та короткостроково-го застосування МЛТ на фоні традиційної медикаментозної терапії є новим ефективним підходом в купірующей детоксикаційній терапії невідкладних станів при ОЗ, який забезпечує більш якісне купірування синдрому відміни. Застосування комплексу нанотерапевтичних підходів дозволяє на протязі 3-4 днів покращити психоневрологічні та соматичні прояви абстинентної симптоматики, стабілізувати антинаркотичні мотивації.

2. Спосіб купірування рецидивуючого больового синдрому у хворих на опіюїдну залежність. Диференціально-діагностичні ознаки больового синдрому відміни, який унеможливує припинення пацієнтом наркотизації і є головними факторами ризику рецидивів при ОЗ, наступні: а) типова локалізація больових відчуттів (в м'язах, суглобах верхніх і нижніх кінцівок, спині); б) висока інтенсивність больових відчуттів; в) біль майже ніколи не буває ізольованим (моносимптомним); г) посилення больової симптоматики генерує зростання психопатологічних порушень (як складових синдрому відміни), усвідомленого (самоідентифікованого) компульсивного потягу до наркотику; підсилення занепокоєння, дратівливості, нервової напруги, тривоги, ажитації; практично завжди – диссомнічних розладів.

У зв'язку з цим, сучасні стандарти надання наркологічної допомоги даному контингенту хворих обов'язково включають детоксикаційні та знеболювані терапевтичні заходи, які спрямовані на невідкладне та інтенсивне усунення абстинентних розладів інтоксикаційного генезу та купірування клінічних проявів больової складової синдрому відміни.

Серед відомих в сучасній наркології патогенетичних медикаментозних ненаркотичних анальгетиків одним з препаратів, який відповідає критерію безпеки лікування, є Кетанов. Сферою застосування Кетанову є купірування гострого больового синдрому середньої та сильної інтенсивності при артралгіях, міалгіях; нетривале знеболювання при таких станах як больовий синдром відміни наркотиків.

Суть нашого методу. Спосіб купірування рецидивуючого больового синдрому відміни у хворих на ОЗ при якому здійснюють МП - один сеанс у 3 дні, на курс до 3 сеансів, додатково, через 12-14 годин після процедури МП при ознаках рецидиву больового синдрому та інших складових синдрому відміни, додатково проводять внутрішньосудинне лазерне опромінювання крові червоним діапазоном (довжина хвилі 0,63 мкр), потужність 1,5-2,0 мВт, експозиція 20-30 хвилин, курс лікування 3-5 сеансів, при цьому лазерну терапію поєднують з внутрішньом'язовим ін'єкційним введенням 1,0 мл Кетанову щоденно один раз впродовж 2-3 днів.

У дослідженні приймали участь 60 хворих на ОЗ, у структурі синдрому відміни яких домінував больовий синдром (F 11.30 за МКХ-10). 35 хворих увійшли до основної групи (ОГ), яких лікували запропонованим методом, та 25 пацієнтів – до групи спостереження (ГС), які отримували стандартну терапію.

Під час лікування інтенсивність болю вимірювали за Візуально-аналоговою шкалою інтенсивності болю Scale в балах від 0 до 10, де 0 – біль відсутній, 10 – біль нестерпний. До лікування показник болю серед пацієнтів обох груп склав $8,2 \pm 1,06$ бали. Після першого сеансу МП показник болю у пацієнтів ОГ значно знизився до $5,6 \pm 0,8$ балів, різниця достовірна, ($p < 0,01$), тоді як в ГС цей показник на 2 день лікування продовжував зростати до $8,3 \pm 0,9$ балів, різниця не достовірна ($p > 0,05$). Після лікування рівень болю вірогідно знизився в ОГ до $1,6 \pm 0,05$ балів, ($p < 0,01$), та в ГС до $4,2 \pm 0,8$ балів, ($p < 0,01$). Різниця між показниками ОГ та ГС після лікування достовірна, ($p < 0,01$).

Стан хворих, як правило, значно поліпшувався безпосередньо після першої процедури МП: з'являвся апетит, підвищувався настрій, редукувалися та зникали прояви дисфорії та агресивної поведінки.

Для оцінки інтенсивності прозапальних процесів в сироватці крові у хворих на ОЗ визначали вміст інтерлейкінів (ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-1в), фактора некрозу пухлини (ФНП-6) та інших цитокінів. При порівнянні рівня цитокінів в сироватки крові хворих ОГ та ГС нами встановлено, що до лікування вірогідних відмінностей між ними не було. Зокрема, вміст ФНП-6 в ОГ складав

$85,0 \pm 5,2$ пг/мл, в ГС $90,4 \pm 3,9$ пг/мл, за критерієм Mann-Whitney не має вірогідних відмінностей ($p > 0,5$); ІЛ-1в в ОГ $97,4 \pm 10$ пг/мл, в ГС $109,2 \pm 6,0$ пг/мл, ($p > 0,05$); ІЛ-6 в ОГ $135,9 \pm 12,7$ пг/мл, в ГС $129,2 \pm 9,4$ пг/мл, ($p > 0,5$); ІЛ-8 $63,8 \pm 5,1$ пг/мл, в ГС $61,9 \pm 3,5$, ($p > 0,05$).

Аналізуючи вплив запропонованого способу лікування, встановлено, що в ОГ відбулося зниження вмісту ФНП-6 з $85,0 \pm 5,2$ пг/мл до $62,8 \pm 3,7$ пг/мл, ($p < 0,001$) за Wilcoxon. В ГС вміст ФНП-6 в сироватці крові практично не змінювався і складав $90,8 \pm 3,2$ пг/мл, ($p > 0,05$).

В основній групі після проведеного лікування відбувалося вірогідне зменшення вмісту ІЛ-1в до $57,1 \pm 5,1$ пг/мл, ($p < 0,01$); ІЛ-6 до $90,5 \pm 6,0$ пг/мл, ($p < 0,01$); ІЛ-8 до $41,6 \pm 3,3$ пг/мл, ($p < 0,01$). В ГС після лікування мало місце вірогідне по зрівнянню з показником «до лікування», зниження ІЛ-1в до $82,2 \pm 4,6$ пг/мл, ($p < 0,01$); ІЛ-6 практично не мав вірогідних відмінностей до та після лікування $145,5 \pm 7,4$ пг/мл, ($p > 0,05$); ІЛ-8 практично не змінювався протягом лікування $72,1 \pm 3,2$ пг/мл, ($p > 0,05$).

Проведена купіруюча терапія з застосуванням мембранного плазмаферезу, лазерної терапії, препарату Кетанов (на фоні традиційної та симптоматичної медикаментозної терапії у зменшених дозах препаратів) дозволяє впродовж трьох днів забезпечити більш якісне та ефективне (в 2,5 рази) купірування больового синдрому відміни у хворого на ОЗ.

3. Спосіб інтегрованого купірування синдрому відміни при залежності від коаксилу. Зловживання препаратом Коаксил (Тіанептин) з метою наркотизації відноситься до нових, надзвичайно злоякісних і терапевтично резистентних форм аддикції молодого віку, яка веде до швидкої інвалідації.

До безперечних клініко-діагностичних ознак залежності від коаксилу відноситься: а) наявність специфічної картини психоактивної інтоксикації, яка приваблює його споживачів; б) типове зростання толерантності до мегадоз; в) патологічне ваблення до стану коаксильового одурманення; г) абстинентний синдром; д) хронічне зловживання препаратом; е) резидуальні психічні розлади, тощо. Крім класичних ознак спостерігаються й особливі для даної форми залежності токсичні незворотні ураження очного дна та судин кінцівок.

Проблема лікування пацієнтів з коаксильовою залежністю пов'язана не тільки з тим, що важче та довше протікає абстинентний синдром, але й наявністю специфічних розладів психіки при даній формі залежності (тяжка тривога, занепокоєння, нервозність). При коаксильовій залежності практично відсутні ремісії. Відсутні також усвідомлені мотивації на лікування з метою позбавлення від даної форми наркозалежності.

Суть методу. Спосіб інтегрованого купірування синдрому відміни при коаксильовій залежності методом фармакологічної терапії, при якому додатково здійснюють мембранний плазмаферез 1–3 сеанси з інтервалом в 3 дні з обсягом дозованої ексфузії плазми

крові в об'ємі від 600,0 до 1000,0 мл, а фармакологічну терапію диференційовано доповнюють антидепресантом Депривокс 50,0–100,0 мг перорально 1–2 рази на день, на курс до 3-х місяців, гепатопротектором Дарсил (1-2 таблетки - 35-70 мг силімарина, 3 рази на день, на курс до 3-х місяців), трансцеребральним електрофорезом за біполярною методикою Анальгін (0,5% розчин, з катоду) та Димедрол (2,5% розчин з аноду) щоденно, 1 раз на день, експозиція 25–30 хвилин, на курс 3-5 сеансів.

На стаціонарному лікуванні перебували 26 хворих на ОЗ, які вживали коаксил внутрішньовенно в середньому 60-100 таблеток, розтертих та розчинених у звичайній воді. Всі хворі перебували у стані абстиненції. В основній групі (ОГ) 16 хворих отримували лікування за допомогою запропонованого методу фармакологічної терапії на фоні стандартного лікування. В групі спостереження (ГС) 10 хворих отримували лише стандартне лікування.

Показник болю серед пацієнтів обох груп до лікування характеризувався хворими як «нестерпний, викручуючий, роздираючий, розриваючий м'язи, наче шолом залізний на голові», усереднений показник за Візуально-аналоговою шкалою інтенсивності болю Scale для обох груп склав $8,7 \pm 1,54$ бали. Безпосередньо після проведення першого сеансу плазмаферезу в ОГ значно зменшилися болючі відчуття в м'язах і суглобах, майже припинився головний біль, показник болю $4,2 \pm 1,2$ бали, різниця достовірна, ($p < 0,01$). У хворих ГС показник болю знижувався досить повільно, на 3 день лікування – $8,4 \pm 1,3$ бали, різниця не достовірна з показником цієї ж групи до лікування, ($p > 0,05$) та достовірна в порівнянні з ОГ ($p < 0,01$). Після лікування пацієнти ОГ практично не скаржилися на біль, інколи вранці був головний чи м'язовий біль, пацієнти ГС майже постійно відчували біль в суглобах, м'язах, попереку. Рівень болю вірогідно знизився в ОГ до $2,7 \pm 0,8$ балів, ($p < 0,01$), та в ГС до $5,6 \pm 0,3$ балів ($p < 0,01$). Різниця між показниками ОГ та ГС після лікування достовірна, ($p < 0,01$).

В усіх пацієнтів лабораторний маркер цитолітичного синдрому - коефіцієнт де-Рітиса був знижений, що на наш погляд обумовлено токсичним впливом коаксилу на стан печінки (до лікування $0,52 \pm 0,07$ в обох групах). В процесі терапії відбулася позитивна динаміка коефіцієнту де-Рітиса у всіх групах хворих, найбільш суттєвою вона була у хворих ОГ $0,76 \pm 0,03$, різниця достовірна ($p < 0,01$). В ГС усереднений показник коефіцієнту де-Рітиса склав $0,65 \pm 0,01$, різниця між показниками «до лікування» та з ОГ достовірна ($p < 0,01$). Але ні в одній групі не досягнуті нормальні значення, що потребувало подальшого лікування гепатопротектором Дарсил.

Висновки

Таким чином обґрунтовані та впроваджені сучасні модифікації мембранного плазмаферезу, що передба-

чають диференційоване асоційоване використання в лікувальних програмах медикаментозних і немедикаментозних засобів корекції (методи лазерної терапії, трансцеребральний електрофорез, препарати антидепресивної, анальгетичної, гепатопротекторної дії), які виявили високу ефективність (у 2,5 рази) купірування стану відміни у хворих на опіоїдну залежність по зрівнянню зі стандартними схемами терапії. За результатами лікування виявлено позитивний вплив інноваційних методів мембранного плазмаферезу на стан детоксикаційних систем організму, відбулося суттєве зниження активності цитолітичних ферментів, позитивна динаміка коефіцієнту де-Рітиса. Застосування інноваційних модифікацій мембранного плазмаферезу дозволило вірогідно знизити вміст прозапальних цитокінів в сироватці крові, найбільший вплив на ІЛ-1в та ІЛ-8, вплив в меншій мірі на вміст ІЛ-6.

Отримані результати клінічного дослідження дозволяють рекомендувати застосування інноваційних модифікацій мембранного плазмаферезу при лікуванні невідкладних станів в клініці опіоїдної та коаксильової залежності.

Література:

1. Патент 52855 Україна, МПК (2009) А61М 1/36 А61Н 39/00. Спосіб комплексної нанотехнологічної детоксикації при опіоїдній залежності / Сосін І.К., Шаповалов В.В., Гончарова О.Ю., Шаповалова В.О., Чуєв Ю.Ф., Шаповалов В.В., Черних В.П., заявник та власник: Харківська медична академія післядипломної освіти. - и201003564; заявл. 29.03.2010; опубл. 10.09.2010, Бюл. №17.
2. Патент 53586 Україна, МПК (2009) А61М 1/36, А61Н 39/00. Спосіб купірування рецидивуючого больового синдрому відміни у хворих на опіоїдну залежність / Сосін І.К., Шаповалов В.В., Гончарова О.Ю., Шаповалова В.О., Чуєв Ю.Ф., Шаповалов В.В., Черних В.П., заявник та власник: Харківська медична академія післядипломної освіти. - и201004584; заявл. 19.04.2010; опубл. 11.10.2010, Бюл. № 19.
3. Патент 56682 Україна, МПК (2011.1) А61К 31/00, А61М 1/36. Спосіб інтегрованого купірування синдрому відміни при залежності від коаксилу / Сосін І.К., Шаповалов В.В., Гончарова О.Ю., Шаповалова В.О., Чуєв Ю.Ф., Шаповалов В.В., Сорокін О.І., Курижєва О.О., Сквіра І.М., Друзь О.В., заявник та власник: Харківська медична академія післядипломної освіти. - и2010 07748; заявл. 21.06.2010; опубл. 25.01.2011, Бюл. № 2.
4. Воинов В.А. Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез. - М.: «Новости», 2009. - 304 с.
5. Малов А.А., Борисов А.С., Жидкова О.В., Нишатаева Е.А. Дифференцированное применение модификаций плазмафереза. - Новосибирск, 2007. - 16 с.
6. Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю., Карачевський А.Б. Лікувальний плазмаферез в терапії абстинентного синдрому у хворих на опійну наркоманію. Методичні рекомендації. - Київ: УНДІ ССПН, 1998. - 12 с.
7. Постников А.А. . Издательство: , 2008. - 224 с.
8. Сосін І.К., Чуєв Ю.Ф. Наркология. Харьков, «Коллегиум». - 2005. - 800 с.
9. Сосін І.К., Чуєв Ю.Ф., Гончарова О.Ю., Куренков 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., Шаповалов В.В., Чуєв Ю.Ф., Овчаренко М.О. Застосування інноваційних модифікацій мембранного плазмаферезу при опіоїдній залежності. Методичні рекомендації. - Київ, 2011. - 20 с.

**ИННОВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ОПИОИДНОЙ И КОАКСИЛОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ****И.К.Сосин, Е.Ю. Гончарова, Ю.Ф.Чуев, В.В.Шаповалов (мл), Н.А.Овчаренко, О.В.Друзь**

Изучена клиническая эффективность инновационных модификаций мембранного плазмафереза, tandemно примененных с лазерной терапией, трансцеребральным электрофорезом и современными препаратами фармакотерапевтического действия в комплексной терапии синдрома отмены опиоидов и коаксила. В исследование были включены 182 больных. Результаты исследования показали, что мембранный плазмаферез обладает выраженным купирующим действием на соматоневрологические и психопатологические расстройства в структуре синдрома отмены, превосходящие по итоговой результативности традиционный детоксикационный комплекс, используемый в наркологии. Наиболее выраженное влияние инновационных модификаций мембранного плазмафереза выявлено в первые 3-4 дня синдрома отмены. Рекомендованы апробированные схемы терапии.

Ключевые слова: Мембранный плазмаферез, лазерная терапия, лечение, синдром опиоидной зависимости, синдром коаксильной зависимости

**INNOVATIVE ASPECTS OF MEMBRANE PLASMAPHERESIS IN COMPLEX TREATMENT
OF OPIOID AND COAXIL DEPENDENCE****I.K.Sosin, E.Yu. Goncharova, Yu.F.Chuev, V.V.Shapovalov, N.A.Ovcharenko, O.V.Druz**

Studied the clinical efficacy of innovative modifications of membrane plasmapheresis, applied to laser therapy, transcerebral electrophoresis and pharmacotherapeutic action of modern drugs in the treatment of opioid and coaxil withdrawal. The study involved 182 patients. The results showed that the membrane plasmapheresis has a pronounced effect on the cropped somatic and neurological and psychiatric disorders in the structure of the withdrawal syndrome, superior to the traditional detoxification efficiency of the final complex used in the Addictions. The most pronounced effect of innovative modifications of membrane plasmapheresis identified during first 3-4 days of withdrawal. Recommended the testing regimen of therapy.

Keywords: membrane plasmapheresis, laser therapy, treatment, opioid dependence, coaxil dependence

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК: 616.89–008.442–06:616.89

В.В. Златковский

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АДДИКЦИИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: зависимость, наркомания, психотерапия, медико-психологическая реабилитация

Проблема наркоманий является одной из наиболее актуальных как для здравоохранения, так и для общества в целом. В настоящее время потребление психоактивных веществ распространилось во всех странах. Прошедшее десятилетие характеризуется ухудшением наркологической ситуации и в нашей стране. По данным источников, количество наркоманов за последние годы возросло до 3,5 млн. человек [1]. Рост показателей распространенности наркоманий характерен как для городского, так и для сельского населения, причем не только среди мужчин, но и среди женщин, и, что особенно настораживает, преимущественно среди лиц молодого возраста.

В настоящее время в Украине и мире наблюдается тотальное увеличение количества лиц, страдающих зависимостью от различных видов психоактивных веществ (ПАВ) [1-5].

Терапия и реабилитация при психических и поведенческих расстройствах в результате наркозависимости приобретает все большую актуальность в отечественной наркологии, особенно в свете относительно недавних исследований, убедительно продемонстрировавших низкую эффективность только детоксикационных мероприятий [2;3]. Показано, что лица с зависимостью от психоактивных веществ, получавшие только медикаментозную помощь в объеме, достаточном для купирования острого абстинентного синдрома, практически в 100% случаев возвращаются к употреблению наркотиков в течение года [4;5]. Результативность лечения существующими на данный момент медицинскими и психотерапевтическими методами не превышает 3-5% от общего числа пролеченных больных.

До настоящего времени методы лечения наркомании во многом ограничивались преимущественно медико-биологическими способами воздействия на больного. За последние годы акцент существенно переместился в сторону терапевтических или реабилитационных программ [6]. Лечение при наркомании – это комплексный процесс по осуществлению диагностики, помощи и поддержки в отношении лица, имеющего проблемы, вызванные употреблением любого ПАВ. В то же время реабилитация – процесс, в результате которого индивид достигает оптимального состояния здоровья, психологического функциониро-

вания и социального благополучия [7].

Общая психопатология наркоманий представляется достаточно изученной. Тем не менее, недостаточным остается изучение некоторых; прежде всего эмоциональных; поскольку среди мотиваций к употреблению ПАВ гедонистическая мотивация играет ведущую роль уже в силу существования потребностного цикла с гедоническим компонентом. То же справедливо и в отношении социального компонента подражательной мотивации. Выявление главного этиопатогенетического звена подобного плана является необходимым для целей последующей психотерапии в реабилитации [6;7], поскольку в настоящее время в терапии зависимостей именно мотивационным системам отводится ведущая роль

Традиционная клиническая классификация нарушений эмоций и чувств, подразумевающая категории патологических усиления и ослабления, а также нарушения подвижности и адекватности, не отражает полноты изменений эмоциональной сферы при наркоманиях.

Недостаточно полно изучен вопрос специфичности структуры эйфории, в зависимости от различных видов ПАВ, невзирая на наличие некоторых общих для них свойств (за исключением компонентов эмоциональной приятности и подъема, это неуправляемость, произвольность собственной психической деятельности, интрапсихическая диссоциация, протопатичность, корреляция с уровнем активности сознания). В специальной литературе зачастую речь идет о формировании особого, специфического «наркоманического дефекта» или «наркоманической личности» [9], что указывает на вовлечение разных психических сфер, образующих новую личностную констелляцию. Аддиктивная патология, включающая специфическое мировоззрение и связанное с ним поведение и стилистику жизни лиц с наркотической зависимостью, основанные на патологических установках, включает как психопатологическую, так и личностную составляющие. В настоящее время в числе значимых факторов наркотизации особая роль отводится отношениям созависимости [8], под которыми понимается специфическое состояние, характеризующееся сильной поглощенностью и озабоченностью другим человеком, а также крайней зависимостью (прежде всего эмоцио-

нальной и социальной) от него. Полагается, что созависимость родственников препятствует выздоровлению лица с зависимостью от ПАВ, то есть служит фактором подкрепления и воспроизводства, а иногда и провокации аддиктивного поведения. Более того, многие участники реабилитационных программ, построенных по традиционному «12-ти шаговому» принципу, оказываются неспособными покинуть свое терапевтическое сообщество и после прохождения курса лечения. Этот факт дает основание для предположения о переносе созависимых отношений из сферы внутрисемейных в сферу межличностных в терапевтическом сообществе; при этом основные свойства созависимости не разрушаются, а претерпевают определенные изменения и продолжают существовать.

Все вышеизложенное определило проведение настоящего исследования, целью которого явилась разработка принципов и системы психотерапии и медико-психологической реабилитации лиц с зависимостью от различных видов ПАВ на основании сравнительного клинико-психопатологического, медико-психологического и клинико-психосоциологического анализа выявленных у них эмоциональных нарушений и сопряженных расстройств. С соблюдением условия информированного согласия и в соответствии с принципами доказательной медицины было обследовано 203 лиц, страдавших различной формой наркотической зависимости, среди которых были выделены основные контингенты (143 лиц) с зависимостью: от опиоидов (63 больных); психостимуляторов (70 больных) и группа сравнения с зависимостью от этанола (60 больных). Данные три группы были выбраны в силу следующих критериев: широкой распространенности употребления данных видов ПАВ в популяции; социальной значимости (тяжелые социально-экономические потери; высокая вовлеченность лиц молодого, трудоспособного возраста; выраженная криминогенность); «модельности» этих групп зависимостей по многим параметрам в отношении изменений процессов эмоциогенеза и, в частности, проявлений эмоциональных нарушений и сопряженных расстройств; наличия четких клинических критериев и официально установленного диагноза; возможности отграничения их в качестве «мононаркоманических» форм. Анализ результатов проведенных исследований в совокупности с данными литературы позволил выделить ряд существенных составляющих, подлежащих компаративному анализу по различным видам зависимости от ПАВ[11]. Эти позиции касались нарушений в эмоциональной сфере и сопряженных расстройств. Объединение нарушений и расстройств из различных психических сфер носит концептуальный характер и продиктовано требованиями клинической практики, поскольку изолированных эмоциональных расстройств в чистом виде при наркоманиях не встречается. В силу этого при оценке психопатологического влияния каждого ПАВ необходимо учитывать не только характер эмоциональных изменений и нарушений, но также специ-

фику расстройств восприятия, изменения мышления, форму и глубину нарушения сознания. При зависимости от ПАВ состояние эмоционального гомеостаза нарушается: с одной стороны, возникает постоянное побуждение к повторению опыта эмоционального удовольствия, эйфории, с другой — стремление вернуться к обычному уровню эмоционального равновесия. Вышеуказанные позиции, объединенные в несколько крупных групп, которые фактически являются этиопатогенетическими векторами формирования зависимости от ПАВ и ее клинико-психопатологических последствий, образуют своеобразную совокупность эмоциональных нарушений при различных видах химической зависимости [6].

К первой группе была отнесена составляющая структуры эйфории. Во вторую группу вошли составляющие: характер симптоматики, скорость развития эмоциональных нарушений и отношение с иными расстройствами психики и поведения. Третья группа включала составляющую оценку формирования дефицитарности эмоциональной сферы, способность к эмпатии наличие критики к собственному состоянию.

Четвертая группа была образована составляющей патологического гедонического компонента — фиксация позитивного опыта. Клинико-психопатологическое изучение составляющих наркотического расстройства психики у лиц с зависимостью от ПАВ показала специфичность структуры [7]:

Эмоциональная сфера при зависимости от алкоголя характеризуется стереотипностью, однородностью структуры эйфории, медленным формированием и умеренной выраженностью онтогенетического гедонического компонента, умеренной скоростью формирования дефицитарности эмоциональной сферы, низкой скоростью развития эмоциональных нарушений, стереотипностью и компактностью симптоматики, низкой скоростью формирования «гомеостатического плато», нерезким снижением способности к эмпатии, наличием критики к собственному состоянию;

Эмоциональная сфера при зависимости от опиоидов отличается монотонностью структуры эйфории в сочетании с гипокинезией, быстрым формированием и сильной выраженностью онтогенетического гедонического компонента, высокими скоростями формирования дефицитарности эмоциональной сферы и развития эмоциональных нарушений, наличием сопряженности с иными составляющими расстройствами (прежде всего волевыми), выраженным снижением способности к эмпатии, отсутствием критики к собственному состоянию;

Эмоциональная сфера при зависимости от психостимуляторов проявляется полиморфностью структуры эйфории в сочетании с гиперкинезией и патологической продуктивностью, мгновенным формированием и исключительно сильной выраженностью онтогенетического гедонического компонента, очень высокой скоростью формирования дефицитарности эмо-

циональной сферы и развития эмоциональных нарушений, наличием сопряженности с иными «сферными» расстройствами (прежде всего волевыми), резким снижением способности к эмпатии, отсутствием критики к собственному состоянию.

Наши данные показали, что в результате употребления различных видов ПАВ формируются четыре иерархически организованных составляющих патогенеза [9]: эмоциональный: эйфория различной структуры и частоты возникновения в результате применения наркотического средства; поведенческий: реализация эмоционального переживания; личностный: эмоциональная дефицитарность; дефицитарный: клиширование эмоциональных переживаний. К выявленным особенностям эмоциогенеза лиц с зависимостью от ПАВ относятся: сохранность основных процессов и стадий эмоциогенеза (при зависимости от алкоголя); нарушения основных процессов и относительная сохранность стадий эмоциогенеза (при зависимости от опиоидов); нарушения основных процессов и стадий эмоциогенеза (при зависимости от психостимуляторов) [11].

На основании результатов исследований были разработаны принципы психотерапии — эмотивности; стрессорности; интрузивности; конгруэнтности; нарастающей массивности; полифокальности; мультиобъектности; социометричности. Установлено, что психотерапия лиц с зависимостью от ПАВ должна базироваться на тщательном анализе выявленных клинико-психопатологических и медико-психологических характеристик эмоциональных нарушений и сопряженных расстройств, специфики патофизиологии и особенностей эмоциогенеза. Обязательным является учет особенностей психофеноменологического статуса пациента.

Особенностями клинико-психофеноменологического статуса при зависимости от опиоидов являются: уменьшение выраженности воротных феноменов; затрудненность формирования трансперсональных феноменов при легкости возникновения феноменов конформных (индукционных). Клинико-психофеноменологический статус при зависимости от психостимуляторов формируют: снижение убеждаемости; абортность саногенных феноменов; трудность достижения групповых феноменов; высокий процент интеркуррентных феноменов и артефактов. Разработанная на основании проведенных исследований система психотерапии включает следующие компоненты (табл. 1).

Структурно – алгоритмизированное построение системы медико-психологической реабилитации

Главный принцип реабилитации состоит в необходимости однонаправленности психотерапевтических, психокоррекционных и реабилитационных мероприятий в отношении лица с зависимостью от ПАВ и лиц (членов семей или близкого окружения), находящихся с ним в отношениях созависимости. Кроме того, необходимо соблюдать следующие рамочные условия: массивность интенсивных, плотно заполняющих график воздействий; преследуются цели активации, мотивации, контроля и пр. Обязательность паритетности отношений (что не исключает использования директивных, авторитарных, патерналистских и других элементов в психотерапевтических и реабилитационно - ресоциализационных стратегиях). Обязательность пропорционального и конгруэнтного распределения ответственности за конечный результат терапии внешняя и внутренняя транспарентность Открытость, прозрачность отношений, четкое декларирование

Таблица 1

Этапы системы психотерапии лиц с зависимостью от ПАВ

Этап	Компонент*	Содержание
Диагностический		Идентификация нормальной и клинической психотерапевтической феноменологии и оценка психофеноменологического статуса больного
Начальный терапевтический	Эмотивный (в психотехнической проекции); телесно- ориентированный	Подбор, апробация, модификация и использованием психотехнического арсенала «первого выбора» императивно-суггестивно-аверсионной направленности
Основной терапевтический	Личностно-реконструктивный; мотивационный; эмотивный (в персонологической проекции)	Воздействие на патофизиологические особенности и формирование мотивации к лечению; позитивное восприятие состояния физиологической абстиненции
Семейный	Семейный	Воздействие на отношения созависимости в семье и ближайшем окружении
Заключительный	Конативный (во внешней и внутренней проекциях)	Формирование и закрепление абстинентного модусаповедения (во внешней и внутренней проекциях)
Суппортивный		Оценка результатов и эффективности проведенной терапии

целей, задач и методов терапии и сотрудничества

Воздействие на выявленные и идентифицированные у больных в процессе исследования психопатологические и патопсихологические особенности и нарушения, прежде всего эмоциональной сферы, за счет эмотивного компонента (в клинической проекции).

Введение и использование личностно-реконструктивного, мотивационного и эмотивного (в персонологической проекции) компонентов с учетом выявленных патоперсонологических особенностей и параметров нарушений эмоциогенеза.

«Аутогенизация» массива психотехнического воздействия и перманентное повышение «аутогенной компетентности» больного (аутогенный компонент).

Воздействие на отношения со-зависимости (семейный компонент) дифференцированно с учетом следующих параметров: вектора, формы и уровня; применяются разнообразные формы семейной терапии, принадлежащие к различным психотерапевтическим парадигмам.

Таким образом, в результате проведенных исследований была решена актуальная проблема разработки принципов и эффективных систем психотерапии и реабилитации лиц с зависимостью от различных видов психоактивных веществ на основании сравнительного анализа выявленных у них эмоциональных нарушений и сопряженных расстройств, а также отношений со-зависимости в их семьях.

Литература:

1. Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А. Психология наркотической зависимости и созависимости.—М.: МПА, 2001.— 213 с.
2. Дереча В. А., Дереча Г. И., Постнов В. В. Психология зависимо-го развития личности и созависимостей //Клиническая психология и практическое здравоохранение: Сб. материалов науч.-практ. конф.— Самара, 2002.— С. 29–32.
3. Козлов А. А., Рохлина М. Л. «Наркоманическая» личность // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2000.— № 7.— С. 23–27.
4. Клиника, патогенез и лечение зависимости от психостимуляторов, получаемых путем кустарной химической модификации некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры / И. К. Сосин, И. В. Линский, Ю. Ф. Чуев и др. // Арх. психиатрии.—2001.— № 4.— С. 117–122.
5. Линский И. В. Метод оценки предрасположенности психическим и поведенческим расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ // Укр. вісн. психоневрології.— 2000.— Т. 8, вип. 1.— С. 60–63.
6. Линский И. В., Минко А. И., Первомайский Э. Б. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине // Наркология.—2005.— № 4.— С. 12–17.
7. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркомания.— Л.: Медицина, 1991.—304 с.
8. Мінко О. І., Гегешико В. В. Проблема когнітивних розладів у осіб, залежних від психоактивних речовин // Матер. ІХ Української науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів «Довженківські читання: Актуальні питання соціальної і клінічної наркології» (Харків, 8–9 квітня 2008 р.).— Харків, 2008.— С. 261–263.
9. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей.— М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2008.— 640 с.
10. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов.— Харьков: Око, 2002.— 768 с.
11. Combining medication and psychosocial treatments for addictions: the BRENDA approach / J. R. Volpicelli, H. M. Pettinati, A. T. McLellan, C. P. O'Brien.— N. Y. —L.: The Guilford Press, 2001.— 208 p.

ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ СИСТЕМИ МЕДИКО - ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ АДИКЦІЇ

В.В. Златковський

Проведено аналіз емоційних порушень у хворих з різними формами хімічної залежності. Вказана загальна характеристика і деякі сучасні уявлення, а також клінічно адаптовані варіації психотерапії і реабілітації осіб, що зазнають хімічну залежність.

Ключові слова: залежність, наркоманія, психотерапія, медико - психологічна реабілітація

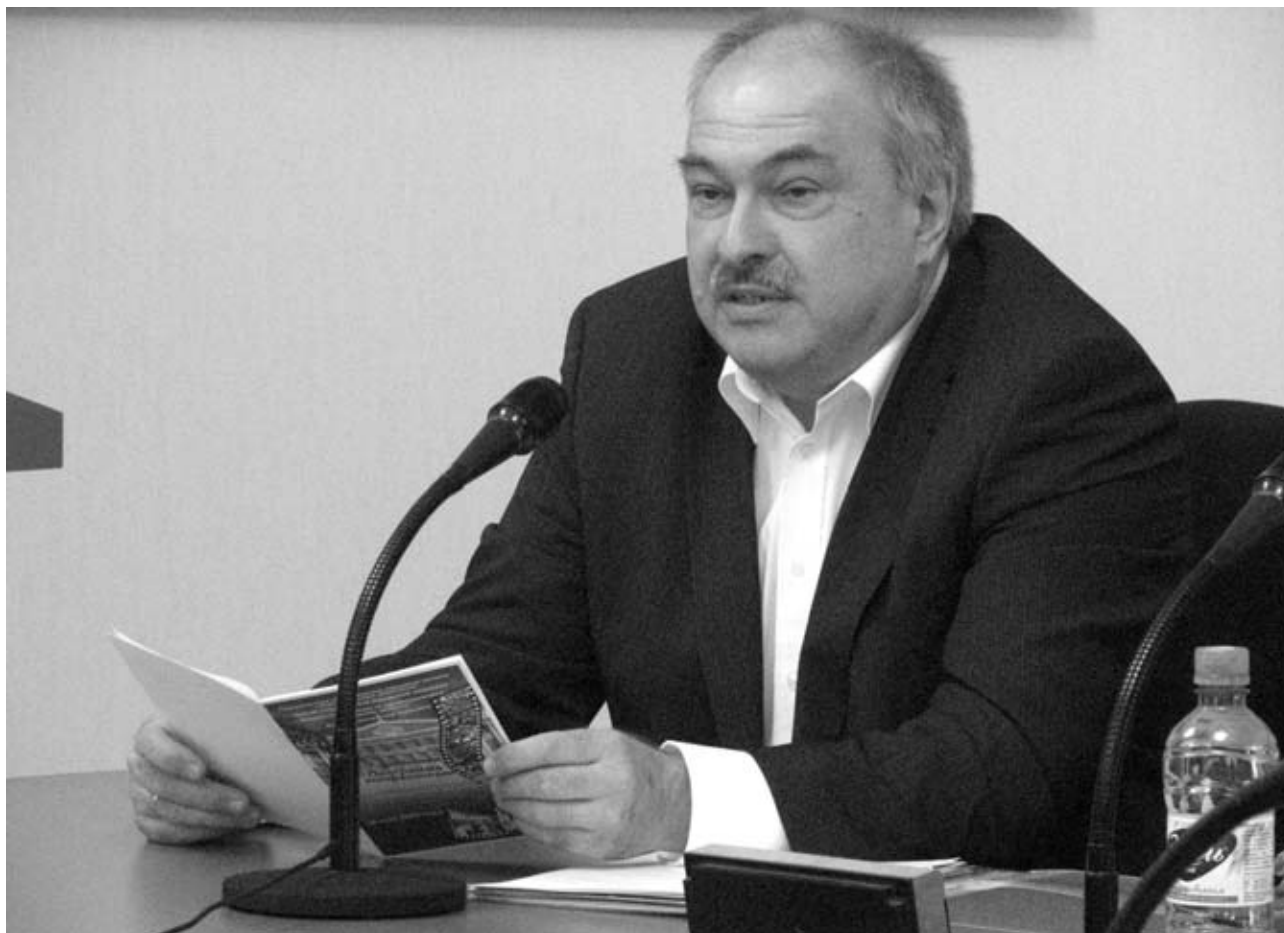
CONSTRUCTION PRINCIPLES OF MEDICAL PSYCHOLOGICAL REHABILITATION SYSTEM OF PATIENTS WITH VARIOUS FORMS OF ADDICTION

V.V. Zlatkovskiy

Was made the analysis of emotional disorders among patients with various forms of chemical addiction. Listed general description and some modern ideas, as well as clinically adapted variations of psychotherapy and rehabilitation of individuals experiencing chemical dependency.

Keywords: addiction, drug addiction, psychotherapy, medical - psychological rehabilitation

К юбилею профессора А.В. Погосова



Погосов Альберт Вазгенович – доктор медицинских наук, профессор, академик Российской академии естественных наук, почетный академик Академии высшего образования Украины, руководитель Курского регионального отделения «Российского общества психиатров», врач-психиатр высшей категории, «Отличник здравоохранения» – один из известных в России ученых, с трудами которого знаком широкий круг специалистов, практикующих в области психиатрии и наркологии. Воспитанник известной в СССР психиатрической школы члена-корреспондента РАМН, профессора Минхожа Гулямовича Гулямова.

А.В. Погосов в 1976 году закончил лечебный факультет Таджикского государственного медицинского института. Еще в студенческие годы заинтересовался психиатрией, работал фельдшером психиатрической бригады скорой медицинской помощи. После завершения учебы в институте на протяжении ряда лет А.В. Погосов работает в практическом здравоохранении – участковым врачом-психиатром, заведующим оргметодотделом республиканского психоневрологического диспансера, главным врачом республиканско-

го наркологического диспансера. С 1981 года он продолжает свою профессиональную деятельность на кафедре психиатрии Таджикского государственного медицинского университета в должности ассистента, а с 1986 года – доцента. В 1992 году в НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН А.В. Погосов защищает докторскую диссертацию на тему: «Опийные наркомании (клинический, патохимический и терапевтический аспекты)». В 1994 году он приглашен на работу профессором кафедры психиатрии Курского государственного медицинского университета. С января 2003 года, назначен заведующим кафедрой психиатрии и клинической психологии (в настоящее время кафедра психиатрии и психосоматики).

На протяжении многих лет А.В. Погосов активно сотрудничает с видными учеными в области психиатрии и наркологии. Он и его ученики находят поддержку и понимание коллег ведущих научных центров Российской психиатрии, в том числе Томского научного центра СО РАМН – НИИ психического здоровья. Результаты его научных трудов известны и широко обсуждаются среди коллег в содружественной нам

Украине, где он является членом редакционного совета журналов «Архив психиатрии», «Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал».

Научные интересы А.В. Погосова направлены на изучение клинико-патогенетических и терапевтических аспектов различных форм зависимости от психоактивных веществ; невротических и соматоформных расстройств; коморбидных состояний в психиатрии и наркологии. Он является автором более 300 научных публикаций, в том числе 11 монографий, 75 журнальных статей, 17 учебных пособий, 22 методических рекомендаций для практического здравоохранения. В 2007 году А.В. Погосов вошел в коллектив авторов «Руководства по аддиктологии» (СПб, изд.: «Речь»), в 2008 году – «Национального руководства по наркологии» (М., ГЕОТАР-МЕДИА). Под его научным руководством защищено 12 кандидатских диссертаций. В настоящее время он консультирует и руководит выполнением докторских и кандидатских диссертаций.

Научные исследования А.В. Погосова нельзя рассматривать в отрыве от практической деятельности. В качестве консультанта он оказывает большую научно-

методическую помощь медицинским учреждениям, принимает активное участие в проведении антиалкогольных и антинаркотических мероприятий в Курской области. В 2010 году А.В. Погосов награжден за вклад в подготовку высококвалифицированных медицинских и научно-педагогических кадров области, многолетний добросовестный труд почетной грамотой Губернатора Курской области. А.В. Погосов пользуется авторитетом и уважением сотрудников Курского государственного медицинского университета. Справедливость, тактичность, требовательность к себе и окружающим позволила ему сплотить вокруг себя хороший коллектив единомышленников. Под его руководством кафедра в течение ряда лет занимает первые-вторые призовые места по итогам рейтингового контроля деятельности кафедр.

Коллеги поздравляют Альберта Вазгеновича с юбилеем и желают ему дальнейших творческих успехов, счастья и крепкого здоровья.

Коллектив кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, Курск.

**ТЕЗИ
ДО НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ
ТА СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ В УКРАЇНІ»
19-20 квітня 2012р., м. Донецьк**

**А. В. Бессмертный
О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИИ ПАМЯТИ БОЛЬНЫХ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Запорожский государственный медицинский университет

Под памятью в психологии принято понимать психическую функцию, выражающуюся в запечатлении, удержании, воспроизведении и забывании единиц информации. Большинство мнестологических исследований говорят об этих четырех характеристиках.

Память больных шизофренией до настоящего времени не подвергалась подробным психологическим исследованиям. Представления о ней отталкивались от клинично-психопатологических стереотипов об прогрессирующих нарушениях мышления, эмоций, воли данного контингента. Также были сформулированы принципы патопсихологической диагностики, находящиеся в рамках шизофренической регистрационной и не учитывающие изменений мнестической организации у пациентов.

На сегодняшний день, на основе контент-анализа научных источников, данных теории информации, нейролингвистики, нейрофизиологии, нейропсихологии, ассоциативной психологии, клиники психодисциплин, имеются результаты, позволяющие говорить о специфических изменениях всей психики больных шизофренией, в том числе и памяти.

Среди концепций, которые могут быть задействованы в качестве тезауруса и клинично-психологического осмысления изменений памяти у больных шизофренией, предложено использование одной из альтернативных парадигм психотерапии – мнестологической

(психометодологии), основанной на понимании памяти во всем многообразии её проявлений. Основы психометодологии использовались в качестве описания тех феноменов памяти, которые мы отмечали в ходе реализации методик, направленных на исследование памяти.

Для вспомогательной концепции исследования была использована концепция Э. А. Костандова о значении эмоций в процессе запоминания.

Так, на выборке 90 пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении в условиях психиатрического стационара на этапе формирования ремиссии типа «С», нами были реализованы методики: «Пиктограмма», произвольное запоминание по А. Н. Леонтьеву, запоминание 10 слов по А. Р. Лурия, запоминание рядов цифр, а также были использованы фрагменты схемы исследования «внутренней картины болезни» по Н. П. Татаренко с целью изучения воспоминаний пациента о пережитом в психозе и анализе их интроспективного опыта.

В результате были получены данные о снижении качественных и количественных показателей воспроизводимой текущей информации, а также о повышенном воспроизведении эмоционально окрашенных «следов» памяти ассоциированных с пережитым в продуктивной психотической симптоматике.

**И.А. Франкова
СИНДРОМ ОСТРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ**

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

С 2000 года в общественных организациях проблем психического здоровья синдром острой социальной изоляции или Hikikomori (Sakamoto, Martin, Kumano, Kuboki, & Al-Adawi, 2005) среди молодежи в Японии вызывает заметное беспокой-

ство. Психиатры различных стран воспринимают Hikikomori как синдром, который может возникнуть в любой культурной среде. Он может быть индикатором пандемии психологических проблем, из-за глобального пользования Интернетом, с кото-

рыми обществу придется столкнуться в ближайшем будущем.

Выделены следующие диагностические критерии синдрома острой социальной изоляции: большую часть дня и почти каждый день человек в данном состоянии проводит дома, в отдельной комнате. Отмечается явное и стойкое избегание ситуаций социальных контактов и социальных отношений. Данные симптомы характерны для лиц в возрасте менее 18 лет, продолжительность изоляции не менее 6 месяцев. Социальная изоляция служит сильным препятствием для личностного и социального функционирования в профессиональной,

академической, общественной деятельности или межличностных отношениях. (Alan Teo, 2010)

Дифференциальная диагностика исключает возникновение социального отчуждения по причинам других психических расстройств, таких как: социальная фобия, большое депрессивное расстройство, шизофрения, избегающее расстройство личности.

Не смотря на то, что социальная изоляция это поведение, которое можно увидеть в самых разных условиях, распространенность, степень нарушения и продолжительность симптомов выступают за более внимательное рассмотрение этого психического состояния.

А.Н.Дзюба, О.С.Орлова

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

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

Характерной чертой современного общества является увеличение длительности жизни. 44% мирового населения проживает в странах с рождаемостью ниже уровня, обеспечивающего простое воспроизведение, что приводит к увеличению в структуре населения лиц пожилого и старческого возраста. Соответственно, наблюдается рост заболеваний, связанных с особенностями патологического старения человека. Проблема когнитивных и аффективных расстройств признана наиболее актуальной и значимой с медико-социальной точки зрения, учитывая выраженное инвалидизирующее течение тяжелых форм данных расстройств, а также большие экономические затраты на их лечение и уход.

По данным ВОЗ в 2005 году деменцией страдали 0,379% мирового населения (в 2006 году общемировая заболеваемость составляла 26,6 млн), а прогноз на 2015 год достигает значения 0,441% и еще больший

процент населения 0,556% может быть поражен болезнью до 2030 года. В Украине по данным официальной статистики Министерства Здравоохранения зарегистрировано 62 180 пациентов со всеми видами деменции, что составляет 133,8 на 100 тысяч населения.

Дальнейшее развитие концепции додементных когнитивных расстройств позволит усовершенствовать подходы к ранней диагностике прогрессирующих нейродегенеративных и цереброваскулярных заболеваний, сделает более точным прогноз заболевания и обеспечит возможности своевременной симптоматической и нейропротективной терапии на ранних этапах, когда терапевтические возможности наиболее велики.

Целью нашего научного исследования является разработать и ввести в практику врачей первичной медико-санитарной цепи диагностический алгоритм, позволяющий выявлять ранние когнитивные и аффективные нарушения на их додементной манифестации.

А.Н.Дзюба, Е.А.Хаустова, О.В.Прохорова

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Цереброваскулярная патология является одной из самых актуальных проблем в мире, а учитывая интенсивный процесс алкоголизации населения, нездоровое питание, табакокурение, недостаток физической активности дают основания полагать, что заболеваемость данной патологией будет расти.

В десятку ведущих причин инвалидности сейчас входит также и депрессия, сообщает Центр новостей ООН. По данным ВОЗ, каждый четвертый-пятый

житель Земли страдает психическими расстройствами, а к 2020 году депрессия выйдет на первое место заболеваемости. Эксперты также рассказали о существующей региональной, возрастной и гендерной статистике. Согласно поло-возрастной пирамиде постоянного населения Украины на начало 2050 г. (Либанова Е.М., 2006.) прогнозируется значительное преобладание женщин в возрасте 55-65 лет. Хорошо известно, что женский пол относится к фак-

тору ризика, передиспозагаючого к розвитку депресії.

Депресія зв'язана з измененієм гормонального фона, приводящего к підвищенію секреції кортико-стероїдов, следствием чего являється підвищення АД, атрофія гіпокампа и легкіє когнітивніє нарушенія. Формируется порочний круг в котором судинніє захворюванія, депресія и легкіє когнітивніє нарушенія являються взаємодіючими факторами. Поэтому изученіє коморбидності даних патологій, разработка алгоритмов діагностики и лечения актуально на сьогоднішній день.

Виділеніє следующие діагностическіє критерії субкортикальної ішемическої депресії (васкулярної депресії): впервые возникает депресія после 60 лет в сочетании с АГ и/или ТИА или васкулярної

патологією, требующей хирургического вмешательства; ассоциирована с депрессивной идеацией, психомоторной ретардацией, отсутствием ответа на терапію антидепрессантами и наличием когнитивной дисфункцией в виде подчеркнутой исполнителности; на МРТ - підвищення інтенсивності сигналу в глибоких отделах белого вещества фронтальной области и скорлупе. (Alexopoulos, J Am Ger Soc 2003, Krishnan, Biol Psychiatry 2004).

Ранняя діагностика субкортикальної ішемическої депресії дає можливість применения различных групп лекарственных препаратов и влияние их на феномен нейропластичности на ранних этапах захворювання, и выступает за более внимательное рассмотрение данной патологии.

І.Ф. Здорик

ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ПОЄДНАНІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

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

В закордонній науковій літературі можна знайти дані про велику кількість тестів, опитувальників та шкал, які використовуються для виявлення та оцінки когнітивних порушень. Проте на наш погляд, важливо запропонувати клініцисту доступний набір тестів, який дозволить за короткий час отримати базові уявлення про стан когнітивних функцій.

Виражені когнітивні порушення призводять до змін якості життя пацієнта. При порушенні когнітивного функціонування раніше починають страждати навички високого рівня, такі як використання побутових пристроїв, управління автомобілем, ведення фінансових справ, дотримання режиму лікування, що стає все більш помітним в порівнянні з такими як приготування їжі, ходьба, особиста гігієна та контроль сфінктерів.

В ході дослідження ментального (психічного) статусу прийнято характеризувати зовнішній вид і поведінку, орієнтацію, увагу і концентрацію, емоційний стан, мислення та пізнавальні процеси (пам'ять, здатність до логічних суджень, мову, сприйняття, праксис та виконавчі функції).

Обстеження пацієнтів проводилося на базі Національного наукового центру «Інституту кардіології ім. ак. М.Д. Стражеска». Для дослідження афективних порушень використовувалися госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS). Оцінка когнітивних функцій проводилася в рамках бесіди за пацієнтом з використанням набору тестових методик (Монреальського когнітивного тесту, коректур-

ної проби, тесту «шифровка», методики «запам'ятовування 10 слів», відшукування цифр по таблицях Шульте, методики «класифікації предметів»).

Основними скаргами пацієнтів були зниження працездатності, підвищена втомлюваність, відчуття внутрішнього напруження, порушення сну, зниження пам'яті. Відзначалася фіксація на соматичному стані (порушеннях з боку серцево-судинної системи). Зміни емоційного стану відзначала незначна частина респондентів (менше чверті обстежених).

При більш детальному аналізі афективної сфери, у 70% виявлялися афективні порушення субдепресивного та депресивного рівнів, що часто поєднувалися з високим балом по шкалі особистісної тривожності. В статусі когнітивних порушень переважали зниження уваги, порушення до концентрації, зниження швидкості сенсомоторних реакцій, виснаженість психічних процесів, порушення пам'яті у вигляді порушень довільної репродукції, недостатньої ретенції при відносно збереженій здатності до запам'ятовування. Відзначалося зниження здатності до засвоєння нового матеріалу. Об'єм добре знайомого набору виконавчих функцій та обов'язків залишався майже змін; зростав час, необхідний для виконання «звичних» задач.

Таким чином, виявлені порушення когнітивного функціонування у жінок, які страждають на депресивні розлади поєднані з гіпертонічною хворобою потребують подальшого вивчення з метою встановлення закономірностей їх розвитку та розробки диференційного підходу до терапії таких порушень. Корекція когнітивних порушень у даної категорії

пацієнтів потребує пильної уваги та участі спеціалістів різних профілів, що дозволить оптимізувати терапію афективних розладів поєднаних з артеріаль-

ною гіпертензією та покращити якість життя та прогноз захворювання в цілому.

О.А. Ревенюк, Н.Ю.Васильєва

СТАН АЛКОГОЛЬНОГО СП'ЯНІННЯ У ЖІНОК, ЯК ПРОВОКУЮЧИЙ ФАКТОР У СКОЄННІ ТЯЖКИХ ЗЛОЧИНІВ ПРОТИ ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Київський міський центр судово-психіатричної експертизи

З метою вивчення стану алкогольного сп'яніння, як провокуючого фактора в скоєнні жінками тяжких злочинів проти життя і здоров'я на базі Київського міського центру судово-психіатричної експертизи було проаналізовано дані, щодо кримінальної поведінки жінок, яким проводились стаціонарні судово-психіатричні експертизи. Період вибірки склав 5 років. Кількість відібраних випадків – 124.

Встановлено, що з усіх досліджених осіб 40,3% (50 спостережень) обвинувачувались в скоєнні тяжких злочинів проти життя та здоров'я. Причому динаміка зростання вищезазначеного криміналу характеризувалась його збільшенням з року в рік у геометричній прогресії.

У стані алкогольного сп'яніння було вчинено 29,8% (37 випадків) усіх суспільно небезпечних дій.

Характерним є те, що 74% з усіх скоєних жінками в стані алкогольного сп'яніння правопорушень - злочини проти життя і здоров'я.

Аналіз соціально-демографічних та індивідуально-психологічних характеристик досліджуваних показує, що в 33,3% спостережень злочини скоїли жінки віком від 18 до 29 років. У віці 29 – 40 років їх було 22,2 %. До 18 років і після 60 років – 3,7% і 7,4% відповідно. За освітою переважали жінки з середньою – 44,4%, початковою - 11%, середньою спеціальною – 33,6%, вищою і незакінченою вищою – 11% освітою.

Характеризуючи жінок які скоїли тяжкі злочини проти життя і здоров'я можна сказати, що 40,7% з них були заміжні (при цьому в 100% випадків потерпілими є чоловіки), 29,6 % - розлучені, або в шлюбі не перебували.

Серед досліджуваного контингенту жінок раніше притягувалися до кримінальної відповідальності 18,5%.

За наявними даними, в 88,8% досліджених осіб переважав збудливий тип реагування та емоційна нестійкість. При цьому стан алкогольного сп'яніння підвищував емоційність сприйняття подій та імпульсивність реагування на них.

В докримінальній ситуації в 62,9% випадків у обвинуваченої та потерпілих мали місце конфліктні відносини, причому в 51,8% потерпілі своїми діями провокували вчинення протиправних дій та в 77,7% перебували в стані алкогольного сп'яніння.

В якості знарядь злочину жінками використовувалися предмети домашнього вжитку, зокрема, кухонні ножі (40,7% випадків) або предмети "випадкового" характеру (палиці, поліна, каміння, залізні пруті, молотки, шнури, сокири) (33,3%). В 26% випадків вбивства і тяжкі тілесні ушкодження здійснювалися без використання будь-яких предметів.

За нозологічними формами жінки, які вчинили тяжкі злочини проти життя і здоров'я розподілилися наступним чином: органічні ураження головного мозку – [F 06 - F 07] (11% випадків), шизоафективні розлади – [F 25] (3,7% випадків), розлади особистості та поведінки – [F 60 - F 69] (18,5% випадків), розумова відсталість – [F 70 - F 79] (3,7% випадків), алкоголізм - [F 10.2] (22,4% випадків), без психічної патології – 40,7%.

Слід зазначити, що 29,6% обвинувачених до моменту скоєння злочину перебували під наглядом психіатра і лише 3,7 % – нарколога.

Проведене нами вибіркове попереднє дослідження дає можливість стверджувати, що стан сп'яніння у жінок є серйозним провокуючим моментом у скоєнні тяжких злочинів проти життя та здоров'я. Отримані дані можуть бути спрямовані на нівелювання цього фактора та розробку певних соціально-профілактичних заходів.

Н.О. Должикова

СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ АЛКОГОЛІЗМІ

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

При проведенні судово-психіатричного обстеження особи, що зловживає алкоголем, в першу чергу, експертному аналізу підлягає когнітивна (інтелектуально-мнестична) та емоційно-вольова сфери психіки.

Судово-психіатричні експертизи (СПЕ) відносно осіб, що зловживають психоактивними речовинами, є взагалі досить складними, з урахуванням того, що наявні у них психічні порушення далеко не завжди виразно позначаються на інтелектуальній або вольовій складовій юридичного критерію дієздатності, тобто здатності особи усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними.

Слід зазначити, що на сьогодні поняття когнітивних розладів може трактуватись як у широкому розумінні: від легких зворотних когнітивних порушень при соматичних астенізуючих захворюваннях до глибокої деменції, так і у вузькому, суто психіатричному контексті, як легкий когнітивний розлад, що порушує пізнавальні процеси, зачіпаючи передвісники інтелекту (увагу, пам'ять, мислення, мову), не порушуючи власне інтелектуальних функцій.

Когнітивні порушення слід розуміти як зниження пам'яті, розумової працездатності та інших когнітивних функцій у порівнянні з вихідним рівнем (індивідуальної нормою). Когнітивними (пізнавальними) функціями називаються найбільш складні функції головного мозку, за допомогою яких здійснюється процес раціонального пізнання світу і забезпечується цілеспрямована взаємодія з ним: сприйняття інформації; обробка та аналіз інформації; запам'ятовування і зберігання; обмін інформацією і побудова та здійснення програми дій.

Когнітивні порушення є поліетіологічним станом: причинами їх можуть бути велика кількість різних по етіології та патогенезу захворювань (неврологічних, психічних, онкологічних, метаболічних і т. п. розладів). Виділяють легкі, помірні і тяжкі когнітивні порушення.

Історично проблеми когнітивних розладів вивчалися переважно в рамках деменції. Лише згодом велику увагу стали приділяти також і менш вираженим розладам. Помірні когнітивні порушення (*mild cognitive impairment*, MCI) представляють собою моно- або поліфункціональні когнітивні розлади, які явно виходять за рамки вікової норми, але не обмежують самостійності і незалежності, тобто не викликають дезадаптації в повсякденному житті. Помірні когнітивні порушення, як правило, відображаються у скаргах

індивідуума і звертають на себе увагу оточуючих; можуть перешкоджати найбільш складних форм інтелектуальної активності. Поширеність помірних когнітивних порушень серед літніх осіб досягає, за даними досліджень, 12-17%. Серед неврологічних пацієнтів синдром помірних когнітивних порушень зустрічається в 44% випадків. Відповідно до критеріїв МКБ-10 для постановки діагнозу помірних когнітивних розладів необхідна наявність скарги пацієнта на підвищену стомлюваність при виконанні розумової роботи, зниження пам'яті, уваги або здатності до навчання, які не досягають ступеня деменції, мають в основі органічну природу і не пов'язані з делірієм. При легких когнітивних порушеннях показники психометричних шкал можуть залишатися в межах середньостатистичної вікової норми або відхилятися від неї незначно, однак хворі усвідомлюють зниження когнітивних здібностей у порівнянні з преморбідним рівнем і висловлюють занепокоєння з цього приводу. Легкі когнітивні порушення відображаються в скаргах хворого, але не звертають на себе увагу оточуючих, не викликають труднощів у повсякденному житті, навіть у найбільш складних її формах.

За даними американських дослідників чоловіки більш схильні до розвитку когнітивних розладів, ніж жінки, особливо в похилому віці. Це може виступати фактором ризику розвитку деменції.

Ряд вітчизняних дослідників здавна вивчали інтелектуально-мнестичні порушення у хворих на алкоголізм (Е.К. Андреева, 1965; Т.К. Чернаєнко, 1970; Э.И. Лапинский, 1974 та ін.). Для когнітивної сфери таких хворих характерні порушення пізнавальних процесів, в першу чергу, уваги та пам'яті (від порушень запам'ятовування до ослаблення логічно-змістовної пам'яті). Складність формування когнітивних порушень при алкоголізмі пов'язана як із самим інтоксикаційно-деструктивним впливом алкогольних напоїв на ЦНС, так і з можливістю супутнього травматичного, судинного, дисметаболічного генезу цих розладів в осіб, що зловживають алкоголем.

З огляду на поширеність в Україні дитячого та підліткового алкоголізму за рахунок слабоалкогольних та енергетичних напоїв, слід припустити, що когнітивні розлади при алкоголізмі на сьогодні мають певні особливості клініки, перебігу та прогнозу, а їх експертна оцінка лишається мало вивченою, що визначає актуальність роботи та перспективи наукових досліджень в цьому напрямку.

С.С. Шум, О.О. Суховій, В.А. Сидоров
ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ
МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ В УКРАЇНІ, РОСІЙСЬКІЙ ФЕДЕРАЦІЇ ТА ПРИМУСОВИХ
ЗАХОДІВ БЕЗПЕКИ ТА ЛІКУВАННЯ В РЕСПУБЛІЦІ БІЛОРУСЬ

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

Судово-психіатрична профілактика є окремим розділом судової психіатрії, завдання якого полягає в проведенні широкого комплексу превентивних, лікувально-діагностичних, реабілітаційних та охоронних заходів для попередження суспільно небезпечних діянь (СНД), що можуть бути скоєні психічно хворими. Профілактика повторних СНД є одним із головних завдань судової психіатрії. Основним шляхом реалізації заходів судово-психіатричної профілактики є застосування до осіб, що скоїли СНД, примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) – в Україні та Російській Федерації (РФ), або примусових заходів безпеки та лікування (ПЗБЛ) – в Республіці Білорусь (РБ).

В результаті проведеного нами дослідження було здійснено порівняльний аналіз Кримінального Кодексу (КК) України з КК РФ та КК РБ, стосовно застосування ПЗМХ та ПЗБЛ. Деякі результати аналізу наведені нижче.

По-перше, КК РФ та РБ не містять законодавчого **визначення** ПЗМХ (ПЗБЛ), на відміну від КК України, який дає визначення ПЗМХ в ст. 92, згідно з якою ПЗМХ – є надання амбулаторної психіатричної допомоги, поміщення особи, яка вчинила СНД в спеціальний лікувальний заклад з метою її обов'язкового лікування, а також запобігання вчиненню нею СНД.

По-друге, **мета** ПЗМХ, зазначена в КК України, передбачає обов'язкове лікування особи, яка вчинила СНД, а також запобігання вчиненню нею нових СНД (ст. 92 КК України); мета застосування ПЗМХ до осіб, що скоїли СНД, в РФ – «излечение..., или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний» (ст. 97 КК РФ); КК РБ визначає необхідність застосування ПЗБЛ до осіб, що скоїли СНД, з метою «предупреждения со стороны этих лиц новых общественно опасных деяний, охраны и лечения таких лиц» (ч. 1 ст. 100 КК РБ). Таким чином, вказуючи мету ПЗМХ (ПЗБЛ), законодавство України акцентує увагу переважно на процесі лікуван-

ня, законодавство РФ – на результаті лікування, а законодавство РБ – на попередженні скоєння вказаними особами СНД та охороні таких осіб.

По-третє, **вибір виду** ПЗМХ, згідно з законодавством України, залежить від характеру та тяжкості заворювання, тяжкості вчиненого діяння, з урахуванням ступеня небезпечності психічно хворого для себе або інших осіб (ч. 1 ст. 94 КК України); КК РФ та РБ не містять загальних формулювань критеріїв вибору виду ПЗМХ (ПЗБЛ). Критерії надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку (АПДПП) в Україні не відрізняються від таких в РФ та РБ, і базуються на відсутності потреби у госпіталізації особи до психіатричного стаціонару (за станом її психічного здоров'я). Критерії вибору одного з трьох стаціонарних видів ПЗМХ (ПЗБЛ) є досить умовними та суперечливими – як в українському законодавстві, так і в КК РФ та КК РБ. Варто звернути увагу, що госпіталізація до психіатричного закладу із суворим наглядом в Україні (відповідні терміни: в РФ – «спеціалізованого типу с интенсивным наблюдением», в РБ – «со строгим наблюдением») застосовується щодо психічно хворих, які вчинили СНД, пов'язані з посяганням на життя інших осіб (ч. 5 ст. 94 КК України). Це відрізняє КК України від КК РФ (ч. 4 ст. 101) та КК РБ (ч. 4 ст. 103), котрі не обмежують застосування вказаного виду ПЗМХ (ПЗБЛ) ступенем тяжкості скоєного СНД.

Зважаючи на спільний історичний розвиток судової психіатрії в порівнянних державах та підсумовуючи дослідження законодавчого регулювання ПЗМХ (ПЗБЛ) в Україні, РФ та РБ, варто зазначити, що застосування ПЗМХ (ПЗБЛ) з метою судово-психіатричної профілактики СНД та забезпечення охорони суспільства від скоєння СНД психічно хворими, потребує особливої уваги законотворчих органів внаслідок високого соціального, морально-етичного та юридичного впливу судово-психіатричної профілактики на функціонування сучасного суспільства.

А. В. Каніщев
ОСНОВНІ НЕДОЛІКИ ПРИЗНАЧЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-
ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ У КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

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

Призначення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи (КСППЕ) традиційно вважається досить відповідальним процесуальним рішенням

(Ф. С. Сафуанов, 1997; Й. А. Кудрявцев, 1999). Найважливішим аспектом у цьому відношенні є визначення та обґрунтування необхідності застосування як психіа-

тричних, так і психологічних спеціальних знань. Разом із тим існуюча судово-слідча практика виявляє певні недоліки та спірні питання у призначенні КСППЕ, які свідчать про те, що призначення таких експертиз не завжди обумовлюється інтересами справи.

Нами було вивчено 70 випадків стаціонарної КСППЕ, проведеної у відношенні неповнолітніх підекспертних. У 67 випадках така експертиза була призначена постановою слідчого, у 3 випадках — постановою суду.

У 42 випадках постанова про призначення експертизи не містила вказівки на її комплексний характер. У 12 постановах замість психолого-психіатричної призначалась однорідна, судово-психіатрична експертиза (при тому що на вирішення експертів ставилися питання як психіатричного, так і психологічного характеру). Ще у 7 випадках, незважаючи на призначення КСППЕ, перед експертами не ставилося жодного психологічного питання.

Експертні питання психологічного характеру часто формулювалися неточно, підбиралися недиференційовано, без врахування конкретних обставин справи та процесуального статусу підекспертної особи. Зустрічалися випадки механічного перенесення у постанову майже усіх можливих психологічних питань, передбачених відповідними науково-методичними рекомендаціями Мін'юсту України.

Так, у 26 випадках ставилися питання щодо впливу певних психологічних особливостей на правильне сприйняття обставин справи та можливість давати про них показання. Тобто йшлося про питання, більш адекватні та доречні у відношенні свідків, а не обвинувачених. Слід зазначити, що у жодному з цих випадків нам не вдалося знайти даних, які б свідчили про сумнівів судово-слідчих органів щодо якихось конкретних свідчень цих обвинувачених.

У 15 випадках ставились питання про фізіологічний афект або інші емоційні стани під час скоєння правопорушення. Між тим в усіх цих 15 випадках обставини справи не давали приводу для припущення про наявність таких станів (чіткі корисливі мотиви правопорушень, вживання значної кількості алкоголю тощо), що свідчило про необґрунтованість самої постановки питання про афект або інший виражений емоційний стан.

У 9 випадках судово-слідчі органи ставили перед експертами питання про конкретний вік, якому відповідає психічний розвиток неповнолітнього обвинуваченого, у 5 випадках — про те, чи досяг обвинувачений віку, з якого починається кримінальна відповідальність.

Таким чином, як свідчать наведені дані, слідчі та судді у цілому мають недостатньо чіткі уявлення щодо завдань КСППЕ та підстав для її призначення. Причому найчастіше плутанина виникає стосовно меж компетенції судово-психологічної експертизи та кола вирішуваних нею питань. Це призводить до надмірного, екстенсивного призначення КСППЕ, замість якої у багатьох випадках доцільно було б обмежитися однорідною судово-психіатричною експертизою. Очевидно, у працівників судово-слідчих органів існує переконання про начебто більшу доказову вагу КСППЕ; відтак психологічна складова експертизи додається «про всяк випадок», у якості своєрідного психологічного «профілактичного огляду».

Необґрунтоване призначення КСППЕ, здійснюване без достатніх підстав, може призводити до порушення прав учасників процесу, затягування строків розслідування кримінальних справ та безпідставного збільшення навантаження на експертів. Уявляється доцільним регулярний аналіз недоліків, що допускаються у цьому напрямку, з метою удосконалення судово-слідчої практики та підвищення обґрунтованості постанов про призначення КСППЕ.

А.А. Ревенок, О.П.Олейник **СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАВИСИМЫХ СОСТОЯНИЙ** **В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Под «зависимыми состояниями» принято понимать состояния зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Данный термин получил свое распространение после введения Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Хотя согласно канонам отечественной психиатрии под зависимыми состояниями подразумевается, прежде всего, алкоголизм, наркомания и токсикомания. Особое место занимает лекарственная зависимость, в частности от наркотических анальгетиков, транквилизаторов, снотворных препаратов. В последнее время внимание исследовате-

лей привлекает проблема компьютерной, игровой зависимости или гемблинг (лудомания), широко распространенная среди молодого (подросткового) населения в силу доступности виртуальных игр по сети интернет или в специальных игорных заведениях. О значимости игромании и ее негативных последствиях свидетельствует государственный запрет на деятельность заведений с игровыми автоматами, введенный в Украине с 2009 года. Впрочем, возросшая проблема игромании актуальна не только для Украины. Так, американский национальный центр ответственного отно-

шения к игре (NCRG) в 2009 году объявил об образовании двух научных центров, которые будут заниматься исключительно исследовательской деятельностью в области гемблинга. Первый научный центр открылся в Ельском Университете в штате Коннектикут, второй – в Университете Миннесоты. Среди прочих исследований, для лечения гемблинг зависимости в центрах проводится апробация препарата налтрексон, применяемого сейчас в лечении алкоголизма.

Однако, несмотря на распространенность новых зависимостей, в нашей стране свою первостепенную актуальность по-прежнему сохраняет проблема алкоголизма. Согласно статистическим данным различных исследований, Украина входит в пятерку самых «пьющих» наций. За последние годы количество украинцев, злоупотребляющих алкоголем, возросло в три раза, преимущественно за счет детского, подросткового и молодежного «пивного» и «слабоалкогольного» алкоголизма. По данным официальной статистики хроническим алкоголизмом страдает около 1 млн. населения Украины. Алкоголиком становится 1 из 10 украинцев, употребляющих спиртные напитки. Смертность от алкоголизма составляет более 40 тыс. случаев в год. Однако, по мнению наркологов, официальные данные существенно отстают от реальной ситуации в стране.

Распространенность алкоголизма и других зависимостей сказывается на увеличении количества судебно-психиатрических экспертиз в отношении лиц, злоупотребляющих ПАВ в рамках гражданского процесса. В изменившихся экономических условиях участились случаи нарушения гражданских прав лиц, злоупотребляющих ПАВ, а также членов их семей. Находясь под воздействием ПАВ, эти лица оказываются неспособными отстаивать свои имущественные интересы, а их психическое состояние в последующем оказывается предметом судебно-психиатрического экспертного исследования в рамках судебного разбирательства.

Судебно-психиатрические экспертизы (СПЭ) в отношении лиц, злоупотребляющих ПАВ, являются достаточно сложными, с учетом того, что имеющиеся у них психические нарушения далеко не всегда сказываются на интеллектуальной или волевой составляющей юридического критерия дееспособности, т.е. способности лица осознавать значение своих действий и руководить ими. Посмертные СПЭ являются наиболее сложными ввиду необходимости ретроспективного анализа психического состояния лица, злоупотреблявшего ПАВ. В этих случаях проведение экспертизы усложняет отсутствие лица, в отношении которого решается вопрос дееспособности, недостаточность и противоречивость объективных данных о его психическом состоянии на период юридически значимой ситуации.

В гражданском процессе вопрос дееспособности / ограниченной дееспособности / недееспособности лиц, злоупотребляющих ПАВ, может рассматриваться в рамках ст. 36-42, ст. 225 Гражданского кодекса Украины (ГКУ). Лицам, злоупотребляющим спиртными

напитками, наркотическими средствами, токсичными веществами уделено особое внимание в некоторых частях этих статей.

Таким образом, в гражданском процессе в отношении лица, злоупотребляющего ПАВ, при жизни подэкспертного, могут решаться вопросы ограничения его дееспособности, если злоупотребление спиртными напитками, наркотическими средствами, токсичными веществами и т.п. ставит в затруднительное материальное положение самого зависимого, его семью, а также других лиц, которых он по закону обязан содержать (ч. 2 ст. 36 ГКУ). Для ограничения дееспособности лица согласно этой части 36 статьи ГКУ обязательным условием является причинно-следственная связь между фактом злоупотребления лицом тем или иным психоактивным средством и тяжелым материальным положением его семьи, поскольку, основной целью признания лица ограниченно дееспособным является защита интересов семьи, которая материально от этого лица зависит. С момента вступления решения суда в силу над лицом, злоупотребляющим ПАВ, устанавливается попечительство.

С другой стороны на СПЭ в рамках гражданского процесса могут решаться вопросы психического состояния лица, злоупотребляющего ПАВ, на момент совершения конкретных юридических сделок. В этих случаях экспертному исследованию подлежит оценка влияния имеющихся психических расстройств на способность лица осознавать свои действия и руководить ими на момент совершения сделки, т.е. сопоставление медицинского и юридического критериев дееспособности. С экспертной точки зрения, имеющиеся психические нарушения могут: 1) существенным образом влиять на способность сознавать значение своих действий и (или) руководить ими (ч. 1 ст. 36 ГКУ – ограничение дееспособности); 2) лишать способности сознавать значение своих действий и (или) руководить ими (ч. 1 ст. 39 ГКУ – признание недееспособным); 3) не влиять на способность лица, злоупотребляющего ПАВ, сознавать значение своих действий и (или) руководить ими (сохранение полной гражданской дееспособности).

При определении способности понимать фактический характер своих действий и руководить ими у лица, злоупотребляющего алкоголем, наркотиками и т.п., экспертной оценке подлежит сохранность интеллектуально-мнестических функций, эмоционально-волевой сферы, критических, адаптационных и прогностических способностей.

Лица в состоянии простого алкогольного опьянения или непсихотической формы наркотического опьянения сохраняют возможность понимать значение своих действий и руководить ими.

Амнестические состояния; корсаковский и другие алкогольные и наркотические психозы; когнитивные расстройства в рамках алкогольной деградации, с органическим снижением личности, алкогольной энцефалопатией, грубыми эмоционально-волевыми наруше-

ниями; состояние алкогольной деменции; тяжелого абстинентного синдрома с психотическими нарушениями, существенно нарушают способность лиц, злоупотребляющих ПАВ, осознавать свои действия и (или) руководить ими.

На данном этапе развития судебной психиатрии, в соответствии с существующей в Украине законода-

тельной базой, более полно разработаны экспертные подходы к оценке психических нарушений при алкоголизме, частично при наркоманиях (в частности опиоидной зависимости). Экспертная оценка психических расстройств при других видах зависимых состояний остается мало изученной, что определяет перспективы научных исследований в этом направлении.

О.В. Радзевілова

РОЛЬ ПСИХОЛОГА У ПРОВЕДЕНІ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ

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

Широка розповсюдженість осіб, які зловживають алкоголем зумовлює збільшення судових спорів щодо здатності останніх до адекватного волевиявлення при вчиненні правочинів. При проведенні посмертних СПЕ виникають складності проведення аналізу стану хворого на алкоголізм, що зумовлені відсутністю особи, у відношенні якого вирішується питання дієздатності, невідповідності медичної документації показам свідків. Як відомо, головним порушенням при алкоголізації особи є формування органічного психосиндрому. Однак, даний психічний розлад є глибинним та більш характерним для осіб, що тривалий час зловживають алкоголем. На ранніх стадіях формування алкогольної залежності порушення стосуються пізнавальних процесів, в пергу чергу, уваги та пам'яті (від порушень запам'ятовування до ослаблення логічно-змістовної пам'яті). Виходячи з цього, судово-психіатрична оцінка таких осіб ускладнюється тим, що не завжди психічні порушення виражено позначаються на інтелектуальній або вольовій сфері особистості (тобто, на критеріях, що визначають дієздатність – здатність особи повною мірою усвідомлювати значення своїх дій та / або керувати ними).

При формуванні залежності від алкоголю вже на початкових стадіях виникають порушення у вольовій та мотиваційній сферах особистості.

Алкоголізація значним чином впливає на цілеспрямовану діяльність особистості. Вольовий компонент містить у собі цілеспрямований дійовий акт для досягнення поставленої мети. При постійному прийомі алкоголю поведінка особи змінюється у бік формування патологічної залежності. У мотиваційній сфері залежних від алкоголю спостерігається зміна ієрархії мотивів та потреб. Другорядна потреба в алкоголі виступає на перших план, обумовлюючи діяльність

людини. Значення раніше домінуючих потреб знижується, поступово змінюється ціннісні орієнтації аж до деградації особистості. Поведінка особи підкорена єдиній потребі — потребі в прийомі алкоголю; мотив «алкоголь» стає смислоутворюючим. З початком алкоголізації спостерігається втрата самоконтролю; наростає тривога, виявляється нестійкість емоцій, роздратованість; з'являються нав'язливі думки про спиртне, що актуалізуються під впливом неприємних для хворого обставин; втрата контролю за кількістю випитих спиртних напоїв.

Зловживання алкоголем позначається на особистості в цілому. На перший план виступають: полегшене ставлення до свого теперішнього та майбутнього; викривлене самосприйняття; психологічні механізми захисту мають виражений характер (особливо витіснення та заперечення шкоди пов'язані із матеріальним благополуччям сім'ї) та впливають на критичність оцінки ситуації, зумовлюють появу специфічного алкогольного гумору; порушення міжособистісних відносин; звуження кола спілкування; розрив наявних соціальних зв'язків.

Всі вищезазначені зміни можуть відбуватись на фоні формально збережених когнітивних функцій та здатності до розумової діяльності, тому актуальними є питання щодо здатності прогнозувати та оцінювати змістовий бік ситуації, вибору адекватних засобів для досягнення поставленої мети, з урахуванням виникнення порушень вольової сфери. Для всебічного та повного аналізу експертна оцінка осіб, які зловживають алкоголем, потребує вивчення мотиваційної сфери особистості. Це вимагає патопсихологічного дослідження із залученням психологів до експертного дослідження і обумовлює доцільність призначення комплексних судових психолого-психіатричних експертиз.

Л.О.Кригіна
ОСОБЛИВОСТІ ШКІЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У НЕПОВНОЛІТНІХ ЗЛОЧИНЦІВ
З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

З метою розробки індивідуалізованих медичних та психолого-педагогічних реабілітаційних підходів проаналізовано підґрунтя шкільної дезадаптації у 103 неповнолітніх, яким при проходженні стаціонарної судово-психіатричної експертизи встановлені діагнози психічних розладів неспихотичного рівня (органічні психічні розлади, розлади поведінки; особи з розумовою відсталістю з дослідження виключені).

У цілому більш ніж в половині випадків (54,3%) неповнолітні виявляли середній рівень інтелектуального розвитку. Більш ніж у третини підлітків (37,9%) діагностовано «низьку норму» інтелекту. В 6,8% спостережень інтелектуальний розвиток досягав високого рівня.

Аналіз причин шкільної неуспішності, як базису шкільної дезадаптації, виявляє, що в переважній більшості випадків (81,5% спостережень) на початковому етапі навчання діти в цілому успішно засвоювали програмний матеріал, їх знання оцінювались як «хороші» (63,0%) та «задовільні» (18,5%)

Майже в п'ятій частині спостережень (18,5%) незадовільна успішність виявлялась з молодшої школи (в 13,6% - з першого класу, в 5,9% - з 2-го, 3-го). При цьому тільки в 12,6% вибірки вона була обумовлена труднощами в засвоєнні навичок читання та письма. В 11,7% спостережень діти залишались на повторний курс навчання. Індивідуалізованої медичної психолого-педагогічної допомоги вони не отримували.

В 61,1% спостережень в пубертатному періоді виявилось різке погіршення навчання (в 32,0% в 12-13-літньому віці, в 29,1% - в 14-16-літньому). Переважали «незадовільні» оцінки (75,7%). Тільки в 17,5% вибірки успішність підлітків оцінювалась як «задовільна», в 6,8% - як «хороша».

Аналіз підґрунтя зниження успішності навчання в пубертатний період виявляє, що серед ряду чинни-

ків найбільша питома вага відсутності зацікавленості щодо навчання (64,1%). Вагомий внесок також порушень інтелектуально-мнестичних процесів - особливостей уваги, пам'яті - (26,2% вибірки) та наявності інших інтересів, захоплень (17,5%). Питома вага емоційно-вольових особливостей порівняно незначна (8,7%).

При цьому виявляються характерні специфічні відмінності в допубертатному та пубертатному періодах. Якщо порушення інтелектуально-мнестичних процесів (як складова причин поганої успішності) суттєво не змінюється (допубертат 19,4%, пубертат - 26,2%, різниця статистично недостовірна), то питома вага відсутності зацікавленості щодо навчання зростає більш ніж в два рази (допубертат 26,2%, пубертат - 64,1%, $p < 0,0001$), наявності інших інтересів, захоплень - більш ніж втричі (допубертат 4,9%, пубертат - 17,5%, $p = 0,004$). Питома вага емоційно-вольових особливостей в підґрунті шкільної дезадаптації зменшується більше ніж удвічі (допубертат 19,4%, пубертат - 8,7%, $p = 0,03$).

Таким чином, шкільна дезадаптація (неуспішність) неповнолітніх з психічними розладами неспихотичного рівня зумовлена як біологічними (особливості інтелектуально-мнестичної та емоційно-вольової сфери), так і соціально-психологічними (відсутність інтересу до навчання, направленість на іншу діяльність) чинниками. В допубертатному періоді переважають біологічні чинники шкільної дезадаптації. При відсутності їх адекватної корекції та правильного психолого-педагогічного підходу з пубертатного періоду на перший план виходять соціально-психологічні причини неуспішності. Неповнолітні потребують комплексної медико-психолого-педагогічної корекції, з розробкою індивідуальних програм допомоги.

В.В. Куницкая, Ю.В. Соколов, К.В. Аймедов
МОББИНГ. ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ АГРЕССИВНОСТИ
 Одесская обласная клиническая психиатрическая больница № 1

Проблемы подростковой агрессивности, детской, вернее сказать «недетской» жестокости – явления отнюдь не редкие в практике судебно-психиатрической экспертизы. Но сегодня нельзя не заметить шокирующий рост удельного веса агрессивных подростковых правонарушений с проявлениями изощренной жестокости и цинизма, эмоциональной холодности и неспособ-

ности к эмпатии, как на индивидуальном уровне, так и на уровне социальной группы. По материалам амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы прослеживается существенное увеличение количества случаев т.н. моббинг-правонарушений или, что более привычно нашему менталитету, травли – как формы психологического насилия в социально-общественных формациях.

Наиболее активное применение моббинг получил в школах — среди субъектов с несформированной психикой и ярко выраженным стремлением к исключительности. Последние годы наблюдается распространение особо изощренных форм моббинга - снятых на фотокамеру издевательств над жертвой в Интернет сети с демонстрацией унижений, жестоких избиений, сексуальных истязаний, распространения порочащих честь и человеческое достоинство клеветнических провокаций и нападок. Моббинг (mobbing) в переводе на обычный бытовой язык (от английского слова mob – толпа) – это травля, психологическое насилие, террор, систематически повторяющееся враждебное и неэтичное отношение одного или нескольких людей, направленное против другого человека.

Причины моббинга разнообразны: это и элементарная зависть, и конкуренция, и желание показать свою власть и силу, компенсировать низкую самооценку, самоутвердиться за счет унижения слабого, заявить о собственной исключительности. Так, несовершеннолетняя испытуемая Н., 1996 года рождения, потерпевшая по уголовному делу, возбужденному по ст. 187 ч.2 УК Украины была освидетельствована амбулаторной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизой (АКСППЭ). Испытуемая Н. переехала проживать на Украину летом 2011 года, была зачислена в 9-й класс общеобразовательной школы. До этого училась в Кадетском лицее г. Москвы, планировала поступать в институт МВД. Из школьной характеристики усматривалось, что проявила она себя в новой школе, как вежливая, внимательная к старшим и учителям ученица, уравновешенная, спокойная, дружелюбная, «умеет ладить с одноклассниками, умеет дружить». Несмотря на это, подэкспертная не «понравилась» обвиняемой по настоящему уголовному делу, которая училась в этой же школе, и сразу же стала вымогать у потерпевшей деньги. Поскольку «рэкет» не удался, т.к. Н. категорически отказалась платить, обвиняемая с помощью других «нейтральных» одноклассниц заманила Н. в парк, где с помощью ещё троих мальчиков стали жестоко избивать, унижать, мучить девочку. Ей поджигали волосы, заставили раздеться догола, тушили об неё окурки, бросали в грязь, били ногами в живот, грудь, голову, оскорбляли и смеялись, потешаясь над её муками, состоянием страха, ужаса, стыда и невыносимой душевной боли, отобрали деньги, телефон и золотые украшения. Описывая свое эмоциональное состояние в исследуемой ситуации, подэкспертная отмечает, что испытывала сильный страх, стыд, унижение, беспомощность, боялась, что её изуродуют, могут убить. Обвиняемые же подростки, мучившие Настю, объясняя своё поведение, ссылались на то, что «было прикольно», жалости к потерпевшей они не испытывали, как, впрочем, и стыда за свои действия, и только иницилирующая исследуемую в деле криминальную ситуацию обвиняемая говорила о том, что потерпевшая дескать сама виновата, т.к. плохо о ней отзывалась. Экспертная комиссия пришла

к заключению, что испытуемая Н., 1996 года рождения, каким-либо хроническим психическим заболеванием, слабоумием не страдала. В момент совершения с ней преступных действий она находилась в состоянии дистресса, выраженного нервно-психического напряжения, сопровождавшегося чувством растерянности, страха за свою жизнь, ощущением ужаса происходящего и чувством собственной беспомощности, что существенно снижало её способность к оказанию сопротивления. В настоящее время обнаруживает признаки посттравматического стрессового расстройства, что находится в прямой причинной связи с исследуемой по делу криминальной ситуацией. Рекомендовано наблюдение и лечение у райпсихиатра по месту жительства. В поведении подростков, участников исследуемого моббинга, ведущей и шокирующей особенностью являлась жестокость как свойство личности, заключающееся в безразличии к страданиям человека и в стремлении к их причинению.

Агрессия и жестокость представляют собой проявления насилия, и исследование сути жестокости, глубины, мотивационной направленности в структуре поведения подростков при совершении инкриминируемых им деяний всё чаще становится фокусом запроса правоохранительных органов и судов при назначении АКСППЭ. Жестокость — особое качество агрессивности, поскольку далеко не всегда агрессивные действия носят жестокий характер, в то же время, любая жестокость агрессивна. И если агрессия и агрессивность имеют природный характер, то жестокость — явление социального происхождения, присущее лишь человеку, продукт именно человеческих противоречий и страстей, обусловленных воспитанием и условиями жизни. Представляется, что жестокость можно рассматривать и как самостоятельный мотив преступного поведения. Тип жестокости в отношении потерпевшей у обследованных подростков – инструментальный, направленный на достижение преступной цели, но в данном случае субъекты были ориентированы на достижение с помощью жестокости не только преступной, но и личностно значимой цели. Их жестокость также была результатом групповой солидарности, реализующей стремление сохранить или повысить свой престиж в группе. Характерно, что участники исследуемого моббинга были лишены чувства стыда, как во время совершения деяния, так и при АКСППЭ. В нашей культуре переживание стыда является важным для созревания личности, в том случае, если стыд ситуативен и выполняет регулирующую функцию в осознании границ свободы, участвуя в формировании того, что принято называть совестью. Думается, что общество, в котором граждане не испытывают гордости за уважение к правам других и стыда за попираание этих прав, права будут защищаться лишь в тех крайне редких случаях, когда те, кто обладает богатством и влиянием, будут доказывать эти права в суде. В фильме Андрея Тарковского «Солярис» есть фраза: «Стыд — вот то чувство, что спасёт человечество». Спасет ли?

Т. В. Синіцька

ЩОДО ПИТАННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЇ В ЛІКУВАННІ АЛКОГОЛЬНОЇ ТА ІГРОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У СТУДЕНСЬКОЇ МОЛОДІ

Харківська медична академія післядипломної освіти

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

В епоху швидкого розвитку науково-технічного прогресу в розповсюдженості хвороб залежності як хімічного, так і нехімічного генезу спостерігається невинне зростання, з'являються нові форми залежностей. Особливо це стосується поєднаних форм залежностей, таких як алкогольна та ігрова залежність.

Метою нашого дослідження була розробка ефективних способів лікування хворих з ігровою та алкогольною залежностями.

В основну групу увійшли 30 пацієнтів (27 чоловіків, та 3 жінки віком $21,9 \pm 4,7$), проходили лікування у зв'язку з алкогольною та ігровою залежностями в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Після етапу розвернутого клінічного, психодіагностичного дослідження та офіційної діагностики хвороби їм призначалася посиндромна психофармакотерапія (антидеприсанти, антипсихотики та тимостабілізатори), на фоні якої проводилася психокорекція. Застосо-

вані техніки когнітивно-поведінкової, сімейної психотерапії, символдрами, НЛП, логотерапії. 35 пацієнтів контрольної групи (31 чоловік та 4 жінки віком $22,3 \pm 5,2$) отримували лише психофармакотерапію. Обидві групи пацієнтів на момент звернення до УНДІ ССПН були студентами ВУЗів м. Києва.

Під час катамнестичного дослідження пацієнтів, що проводилося через 12 місяців, показники утримання від участі в азартних іграх або вживання алкоголю становили 39% в основній групі, 25% - у контрольній.

Таким чином, лікування ігрової та алкогольної залежностей повинно бути комбінованим та складатися як з фармакологічного так і з психокорекційного втручання. Психокорекція вимагає тривалого впливу індивідуально або в групі. Мета її повинна включати: підвищення самооцінки і самосвідомості хворого, посилення контролю над імпульсами, збільшення стабільності міжособистісних відносин, а також соціальну адаптацію.

О.О. Хаустова, О.Ю. Жабенко

ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ ПСИХОЕНДОКРИННОГО ТА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМІВ

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

Метою цієї роботи було вивчення загальних принципів терапії психоендокринного та метаболічного синдромів.

Матеріали дослідження. Нами було обстежено 142 пацієнта, з них 74 страждали на психоендокринний синдром та 68 мали метаболічний синдром. Дане дисертаційне дослідження показало, що нервові процеси при ендокринному психосиндромі переважно здійснюються за гальмівним типом, а при метаболічному синдромі - за збудливим.

Результати. Відповідно типам нервових процесів, передбачається різна тактика терапії синдромів: при ендокринному психосиндромі в першу чергу вона спрямована на подолання астеничних розладів і аспонтанності; при метаболічному синдромі - на подолання патопсихологічних феноменів ларвірованої депресії, стресових розладів (що показано в цьому дослідженні), тривоги, агресії, алекситимії (що демонструють попередні дослідження).

Висновки. Результати дослідження демонструють клінічне співвідношення метаболічного та психоендокринного синдромів з різною тактикою лікування. Таким чином, лікування при психоендокринному синдромі починають з соматотропного лікування (глюкозознижуючих препаратів) та продовжують психотропною терапією стимулюючого ряду, антиастеничними препаратами, терапією способом життя (дієтою, контролем ваги) та когнітивно-поведінковою терапією. Лікування ж метаболічного синдрому починають з психотропної терапії (антидепресивна терапія седативного ряду та анксиолітична терапія), продовжують терапією зміни способу життя (зниження ваги тіла на 7-10% упродовж першого року, дієта, регулярна фізична активність), когнітивно-поведінкова терапія та соматотропна терапія у вигляді антигіпертензивної терапії.

В.И. Очколяс

ПСИХОТЕРАПИЯ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Николаевская областная психиатрическая больница №1

В течение 2010-2011 гг. на базе лечебных учреждений г. Николаева было обследовано 120 мужчин в возрасте 41-80 ($62,8 \pm 1,3$) лет с диагнозом доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), у которых нами выявлены не психотические психические расстройства, клиника которых была представлена расстройствами адаптации в виде пролонгированных тревожных, тревожно-депрессивных, апатических депрессивных, ипохондрических, тревожно-фобических, тревожно-субдепрессивных реакций с полиморфным психопато-подобным поведением, тревожных реакций с конверсионными симптомами. В ходе обследования были применены клинико-психопатологические, психометрические и статистические методы.

Психотерапевтическая программа состояла из трех этапов.

На *первом этапе* – вводном (1-2 сеанса), устанавливался эффективный терапевтический контакт, и проводилась мотивация пациента на психотерапию.

На *втором этапе* – собственно психотерапия (5-7 сеансов), устранялись болезненные симптомы и страх перед операцией, пациента обучали навыкам саморегуляции. Применялись техники нейролингвистического программирования (рефрейминг, коллапс якорей, линии времени и изменение личной истории), гештальттерапии (превращение чувств в образы, абреакция неприятных эмоций, два стула). Обучение навыкам саморегуляции проводилось при помощи техник самогипноза по методике «4-3-2-1» М.Спаркс (1999).

Третий этап – контрольный. Повторное клинико-психопатологическое и психометрическое обследование пациентов после окончания психотерапии и спустя 6 месяцев, показало статистически достоверное снижение уровня депрессии и тревоги, а также существенную редукцию ипохондрических и конверсионных симптомов, что позволяет рекомендовать разработанную программу для оказания психотерапевтической помощи больным ДГПЖ в структуре комплексного лечения.

В.И. Очколяс

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Николаевская областная психиатрическая больница №1

В течение 2010-2011 гг. на базе лечебных учреждений г. Николаева было обследовано 120 мужчин в возрасте 41-80 ($62,8 \pm 1,3$) лет с диагнозом доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), у которых нами выявлены не психотические психические расстройства (НПР): 60 – получающих консервативную терапию (1 группа) и 60 – готовящихся к оперативному лечению (2 группа).

Критериями отбора были: достоверно установленный диагноз ДГПЖ, а так же наличие не психотических психических расстройств. В процессе отбора для исследования в 1 группе НПР выявлены у 84,5%, а во 2-й – у 89,5% человек. Наиболее представленными в обеих группах были пролонгированные тревожные и тревожно-депрессивные реакции – соответственно 23,3% и 18,3% в первой группе, 27,5% и 23,3% – во второй. Апатическая депрессивная и ипо-

хондрическая реакции встречались одинаково часто – в 8,3% в 1 группе, в 15,0% и 8,3% случаев во второй. Тревножно-фобическая и тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопатоподобным синдромом встречалась только в первой группе: в 16,7% и 13,3% случаев.

Таким образом, в общей сложности из НПР у больных ДГПЖ наиболее часто встречаются пролонгированная тревожная и тревожно-депрессивная реакция (50,8% случаев). Сказанное свидетельствует о необходимости применения в структуре комплексного лечения назначения антидепрессантов анксиолитиков и атарактиков, а также применения индивидуальной психотерапии, направленной на снижение уровня тревоги и обучение пациентов саморегуляции на основе эриксоновского гипноза, как наиболее простого, доступного и высокоэффективного метода.

Ю.А. Войтенко
ВПЛИВ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ
НА РОЗВИТОК ШИЗОФРЕНІЇ

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

На сьогоднішній день шизофренія розглядається як складний психоневрологічний розлад, що залежить як від генетичних чинників так і від впливу навколишнього середовища. Сучасні літературні дані епідеміологічних, клінічних та інструментальних досліджень наводять низку доказів того, що внутрішньоутробне інфікування вносить значний вклад в етіологію шизофренії (Brown A. S., 2011). Згідно з даними проведених досліджень, ризик розвитку шизофренії зростає в 7 разів у тих осіб, матері яких піддавалися впливу вірусу грипу в першому триместрі вагітності. Відповідні дані отримано щодо впливу вірусу простого герпесу, цитомегаловірусу, токсоплазмозу та краснухи.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу інфекційних факторів (зокрема вірусу грипу) у внутрішньоутробному періоді у хворих на шизофренію. В якості методів дослідження використовувались структуроване інтерв'ю в рамках клініко-психопатологічного підходу та статистичний метод.

Проведено обстеження 64 хворих на шизофренію, які не відрізнялися між собою за віковими та гендерними показниками. В процесі обстеження проводився детальний збір анамнестичних даних, спрямований на виявлення достовірних фактів перенесених інфекцій у внутрішньоутробному періоді.

У 13 (20,31 %) хворих шизофренією виявлено факти перенесених інфекцій у внутрішньоутробному періоді. Серед обстеженої групи було 5 випадків (25%), де вплив вірусу відбувався в першому триместрі вагітності, у порівнянні з контрольною групою 4 (11%). Щодо впливу інфекції на другому та третьому триместрі не було доведено достовірної різниці отриманих результатів. Крім того, виявлено, що народжен-

ня в зимові і весняні місяці та в міських районах, було пов'язано з підвищеним ризиком захворювання. Це дозволяє припустити, що інфекції, які варіюють в залежності від сезону і поширюються швидше в містах, можуть внести вклад в можливість розвитку шизофренії. Таким чином, ризик розвитку шизофренії значно зростає у випадках, коли захворюванню вірусом грипу піддаються матері в першому триместрі вагітності.

Таким чином, встановлено анамнестичний зв'язок впливу інфекційних факторів у внутрішньоутробному періоді на ризик розвитку шизофренії. Враховуючи, що вплив мікробних агентів можна запобігти або лікувати, припускають, що втручання, спрямоване на зменшення поширення інфекції під час вагітності, має потенціал щодо зниження помітної частки випадків шизофренії.

Аналізуючи отримані висновки, виникає необхідність з'ясування нервових механізмів, за допомогою яких інфекції або інші передбачувані фактори ризику можуть збільшувати сприйнятливість до шизофренії. Враховуючи, що вірус грипу не проникає через гематоенцефалічний бар'єр, малоімовірно, що ефект можна пояснити прямим порушенням мозку плоду цими агентами. Тому очевидним стає той факт, що це явище зумовлено іншими патогенетичними механізмами. Добре відомо, що практично всі інфекції викликають вивільнення цитокінів, молекул, які керують імунною відповіддю. До них відносяться протизапальні цитокіни, такі як інтерлейкін-6 (IL -6), IL-8 і фактор некрозу пухлин (TNF-alpha). Дана гіпотеза підтверджує, що ці молекули можуть опосередковано впливати на ризик розвитку шизофренії.

С.В. Бургонская
СТРЕСОСТІЙКІСТЬ ЯК ПЕРЕДУМОВА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ
У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

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

Стрес може спровокувати початок практично будь-якого захворювання. Представники різних наукових дисциплін інтенсивно досліджують стрес і його значення для хворої і здорової людини.

Більшістю дослідників стресостійкість розглядалась як генетично успадкована властивість людини, що закономірно визначило розробку відповідних методів її дослідження й способів оцінки. Однак результати досліджень останніх років показують, що стресостій-

кість також формується в процесі діяльності, залежить від здатності людини адаптуватися і змінювати себе та від вже наявного соматичного захворювання.

Зарубіжні дослідники узагальнивши наявні в літературі клінічні та наукові дані, перераховують соматичні захворювання, на походження, загострення і протікання яких впливають психологічні чинники. Серед них - карієс і запалення ясен.

Емпіричне дослідження проводилось впродовж

2011 р. Різними видами дослідно-експериментальної роботи було охоплено 60 хворих стоматологічного профілю, які проходили лікування у лікарів-стоматологів клінічної бази кафедри стоматології (київської міської стоматологічної поліклініки) Національної Медичної Академії Післядипломної Освіти імені П.Л.Шупика, за адресою вул. Пимоненка 10-а.

Емпіричне дослідження показало, що переживання стресу у психосоматичних хворих є диференційованим навіть в специфіці одного захворювання. Ми довели значиму різницю між стресостійкістю в групах досліджуваних стоматологічних хворих.

Дослідження виявило суттєву різницю між групами стоматологічних хворих стоматологічних хворих в безпосередньому переживанні стресу і у психологічних характеристиках стресостійкості.

Отримано статистично значиму різницю в копінг стратегіях 2 груп. У досліджуваних з групи із каріозною хворобою середні показники за копінг стратегією «Планування та рішення проблеми» є вищими ніж у групі із захворюваннями пародонту.

Також була виявлена наявність статистично значимих відмінностей в суб'єктивній оцінці досліджуваними ставлення до стресової ситуації та об'єктивній оцінці лікарів ставлення до стресової досліджуваними.

Гіссенський опитувальник показав різницю ставлення до хвороби у групах хворих. У хворих із каріозною хворобою відсутні шлункові скарги, болі в різних частинах тіла, серцеві скарги та скарги на тиск, але присутні в малій кількості скарги на загальне виснаження організму. У групі із захворюваннями пародонту присутні всі види скарг в рівній мірі.

О.А. Панченко¹, В.В. Плохих², М.В. Гаража³
АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ ГОРОДСКОГО
ПАССАЖИРСКОГО АВТОТРАНСПОРТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького¹

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»,
г. Константиновка, Донецкая обл.²

Украинская инженерно-педагогическая академия, г. Харьков³

Дорожно-транспортные происшествия в настоящее время продолжают занимать первое место среди причин травматизма. Ежедневно на дорогах Украины в дорожно-транспортных происшествиях погибает от 13 до 20 человек, и еще более 100 травмируются. В современных условиях дорожного движения значительно возрастают требования, предъявляемые к психике человека, элементами которой являются: восприятие, внимание, память, мышление, навыки, эмоции, мотивация, свойства личности. При управлении автомобилем каждая из этих составных частей психики может быть источником ошибочных действий.

Анализ водительской деятельности показывает, что она сопряжена с большими нервно-психическими и энергетическими затратами, наличием значительного числа непредвиденных, быстроизменяющихся ситуаций, с опасностью и высоким риском, которые могут способствовать возникновению пограничных и непсихотических психических нарушений.

Цель работы. Анализ психического состояния водителей с целью выявления «группы риска» и профилактики психических расстройств.

Материалы и методы. В ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины» обследовано 36 водителей маршрутных автобусов. Применялись психологические и психофизиологические методики: «Отыскивание чисел с переключением» (красно-черная таблица), «10 слов», «Компасы», «Теппинг-тест», методика для определения динамиче-

ских характеристик субъекта (свойства темперамента по Стреляу), метод цветowych выборов Люшера, методика изучения фрустрационных реакций С.Розенцвейга, методика изучения доминирующей стратегии поведения в конфликте К.Томаса, тест дифференциальной самооценки функционального состояния «Самочувствие, активность, настроение» (САН), методика определения мотивации к достижению успеха и избеганию неудач Т.Элерса, компьютеризированный тест «Зрительно-моторные реакции» (ЗМР), компьютеризированная методика «Скорость оценки формирования установки на действие».

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования установлены лица с низким уровнем распределения и переключения внимания, низкими способностями к ориентации в пространстве, слабым типом нервной системы, что свидетельствует о низком уровне вхождения в рабочее состояние. Нарушений мнестических функции не установлено.

Эмоциональная неустойчивость выявлена практически у 40% обследованных водителей. Снижение работоспособности отмечается у 60% испытуемых. Установлено наличие низкого уровня социальной адаптации и преобладание импунитивной реакции с фиксацией на самозащите. Среди обследуемых обнаружено преобладание конструктивных форм поведения в конфликте. Низкая мотивация к достижению успеха проявляется в безинициативном поведении при

решении сложных задач, пассивной позиции, бездействию в ситуации осознанного риска. Все испытуемые считают собственное самочувствие и настроение хорошим, 77% отметили у себя удовлетворительный уровень активности.

Выводы.

В результате исследования установлено, что 44% обследованных водителей маршрутных такси имеют нарушения показателей психофизиологического, психоэмоционального и функционального состояния, что обуславливает низкую психологическую надежность их профессиональной деятельности.

Водители с нарушениями вышеперечисленных показателей составляют «группу риска», как в связи с повышенной вероятностью ошибочных действий, так и в плане возникновения психических нарушений, т.к. они являются наименее устойчивыми к воздействию негативных факторов профессиональной деятельности.

Эффективная организация проведения медико-психологических исследований, а также адекватные меры, принятые по их результатам, являются одним из ключевых звеньев профилактики психических расстройств у самих водителей, возникновения дорожно-транспортных происшествий, экономического ущерба и залогом психологического благополучия в обществе.

О.А. Панченко¹, Т.Э. Чумак², Л.В. Панченко²

БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССАМИ РАССТРОЙСТВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького¹

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»,
г. Константиновка, Донецкая обл.²

В методике биоакустической коррекции (БАК) на основе компьютерного преобразования осуществляется отображение параметров биоэлектрической активности головного мозга в параметры звуковых стимулов.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения метода БАК в системе реабилитации невротических и связанных со стрессами расстройств.

Материалы и методы. Лечение проводилось в дневном стационаре психоневрологического отделения ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины». Были выбраны больные с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40-F48 – 50 человек). Исследования проводились с помощью аппарата «Синхро-С» (г. Санкт-Петербург).

До начала и по окончании курса проводилась многомерная экспресс-оценка психоэмоционального состояния пациентов с использованием методик субъективного опроса, психологического и психофизиологического тестирования. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета статистических программ Med Stat (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., 2006).

Лечение включало фармакотерапию (антидепрессанты СИОЗС и СИОЗС Н, адаптогены, нейрометабо-

лические препараты, ноотропы); психотерапию (рациональная, групповая, телесно-ориентированная, гипносуггестивная, аутогенная тренировка); физиотерапию; БАК.

Результаты и их обсуждение. После проведения реабилитационных мероприятий с применением метода БАК отмечалось снижение уровня тревожности, фрустрации, депрессии, напряжения, эмоционального стресса; положительная динамика когнитивных показателей. Субъективные ощущения эффективности воздействий подтверждались и данными электрофизиологического обследования. В процессе проведения сеансов у всех пациентов происходило улучшение восприятия звукового образа посредством перестройки спектральных характеристик ЭЭГ, вследствие чего создавалось новое функциональное состояние ЦНС.

На фоне положительной динамики большинства исследуемых показателей отмечалось достоверное улучшение показателей качества жизни (энергичность, качество сна, эмоциональные реакции, физическая активность).

Выводы

Метод биоакустической коррекции является современным эффективным, безопасным, немедикаментозным средством коррекции нервно-психических нарушений.

Я.С. Песиков, А.Э. Гатицкая

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Медицинский центр "Медицина тонких энергий", г. Донецк

Ушная раковина - это, в далеком прошлом, жабры рыб, которые, как жизнеобеспечивающий орган, были наделены природой уникальной иннервацией четырьмя черепно-мозговыми нервами: тройничным, лицевым, языкоглоточным и блуждающим. Ни один орган в природе не имеет подобную нервную систему.

Эволюционировав и потеряв все функции, ушная раковина сохранила иннервацию жабер, т.е. она имеет уникальное нервное обеспечение.

Кроме этого, на ушной раковине располагается более 160 точек акупунктуры, которые через черепно-мозговые нервы и мозговые структуры связаны абсолютно со всеми органами человека. При этом очень важно отметить, что один из черепно-мозговых нервов — блуждающий нерв, иннервирующий только внутренние органы, в единственном месте выходит на ушную раковину. Отсюда через точки акупунктуры уха можно воздействовать практически на все внутренние органы.

Панические состояния характеризуются полисимптомными проявлениями, при которых жалобы могут касаться многих функционально нарушенных внутренних органов. В этом случае воздействие на акупунктурные точки, связанные с функцией блуждающего нерва, могут оказать выраженный лечебный эффект.

Ушная иглотерапия является патогенетическим лечением всех форм панических состояний, т.к. на ушной раковине имеется множество точек, непосредственно воздействующих на центральные мозговые структуры и центральные структуры гормональных систем.

Лечению панических состояний методом рефлексотерапии нет альтернативы. В вышедшей в свет монографии Табачникова С.И., Филатовой О.А., Песикова Я.С., Гатицкой А.Э. «Панические состояния. Психотерапия и рефлексотерапия» представлен самый широкий спектр рефлексотерапевтических методов лечения панических состояний.

М.Ю. Полив'яна

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ЯК ПРЕДИКТОР ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИПСИХОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

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

На даний час змінилося розуміння та сприйняття шизофренії. Все більше уваги приділяється оцінці суб'єктивного благополуччя та якості життя хворого. Активна участь пацієнтів у власному лікуванні впливає не тільки на перебіг хвороби, але й дозволяє прогнозувати успіх терапії та частоту регоспіталізацій.

Одним із важливіших параметрів суб'єктивного ставлення до хвороби є прихильність до лікування, яку визначають як ступень прийому пацієнтами препарату за певний проміжок часу. Низка прихильності до медикаментозного лікування призводить до суттєвого погіршення перебігу захворювання та значного зростання витрат на лікування.

Хворі на психічні розлади зазвичай мають труднощі із дотриманням схеми лікування, однак саме забезпечення прихильності до терапії дає їм найбільшу користь. В якості інструменту для оцінки прихильності нами апробовано опитувальник, який складається з двох частин: «Важливість лікування» і «Точність виконання лікарських рекомендацій». За допомогою опиту-

вальника проведено обстеження 62 хворих на параноїдну шизофренію (36 чоловіків і 26 жінок) у віці від 24 до 53 років, які знаходились на амбулаторному лікуванні і отримували антипсихотичні препарати. Рівень прихильності до терапії склав від 51,6 до 96,3 % (в середньому – 73,9 %). Отримані показники комплаєнтності є недостатніми в плані очікування максимального ефекту від терапії. У відповідях на питання хворі вказували на такі причини пропуску прийому препарату: забудливість (30,6 %); інші пріоритети (14,5 %); власне рішення пропустити прийом дози (11,3 %); недостатність інформації (9,7 %); емоційні фактори (16,1 %); 11 (17,7 %) респондентів не вказали причину поганої прихильності до лікування.

Попередні результати дослідження свідчать про важливість інформації про дотримання хворим приписів лікаря і потребують проведення подальших розробок в даному напрямку, тому що добра прихильність до терапії, в кінцевому випадку, є предиктором позитивного виходу лікування.