

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 19, №4 (71) ' 2012

Заснований у листопаді 1995 р. (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. Бікшасва, Г. Ю. Васильєва, О. М. Дзюба, О. М. Зінченко, Є. Г. Гриневич, В. Р. Ілейко, І. А. Марценковський, І. І. Марценковська, А. В. Каніщев, О. П. Олійник, О. С. Осуховська, М. Ю. Полив'яна, О. А. Ревенок, 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. Євтушенко (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), Т. М. Пушкарьова (Україна), Н. Г. Пшук (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), С. І. Табачников (Україна), О. С. Тіганов (Росія), А. П. Чуприков (Україна), В. В. Шаповалов (Україна), В. О. Шаповалова (Україна), Л. Ф. Шестопалова (Україна), Л. М. Юр'єва (Україна), О. О. Фільц (Україна)

Засновник і видавець:

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Свідцтво про державну реєстрацію КВ№ 16431-4903ІПР від 15.02.2010 р.
Переатестовано Вищою атестаційною комісією України (Постанова ВАК 01-05/04 від 26.05.2010 р.)

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*
Коректор: *О. С. Тараканов*
Комп'ютерна верстка: *В. Ю. Заярний*

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІССПН (протокол засідання № 8 від 5.09.2012 р.).
Здано до набору 20.09.2012 р. Підп. до друку 10.10.2012 р. Формат 60х84/8. Друк офс. Папір офс.
Гарнітура «Times». Обл.-вид. арк. 12,94. Ум.-друк. арк. 12,56. Наклад 500 прим. Зам. № 104.
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

ЗАГАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Л. В. Рахман, М. В. Маркова</i> АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ І ТЕРАПЕВТИЧНИХ АСПЕКТІВ ПАТОМОРФОЗУ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ	5
<i>К. В. Гринь</i> КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СПІВВІДНОШЕННЯ МІЖ ІНДИВІДУАЛЬНИМ БІОРИТМОЛОГІЧНИМ СТАТУСОМ ПАЦІЄНТА ТА СИНДРОМАЛЬНИМ ВАРІАНТОМ ПЕРЕБІГУ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ	9
<i>В. В. Завгородня</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ	12
<i>Д. Ю. Сайко</i> РЕСУРСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА	16
<i>Ю. А. Кушнир</i> К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ	19
<i>Л. В. Степаненко</i> ПОРІВНЯЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АМІНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ СУЧАСНИХ НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГІЧ- НИХ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ ТРОФІНОТРОПІНІВ ЦЕРЕ- БРАЛА ТА АДЕМЕНТА	27

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>В. Ю. Федченко</i> ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНИХ ФАКТОРІВ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ У ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО-ФОБІЧНІ РОЗЛАДИ	37
<i>М. Г. Шекманов</i> ОЦІНКА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО РЕСУРСУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ	41
<i>А. Н. Дзюба, Н. А. Дзеружинская, Е. В. Харчук</i> КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, КОМОРБИДНОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	45
<i>В. Л. Лісовенко</i> ПРОБЛЕМИ ДЕІНСТИТУЦІАЛІЗАЦІЇ ТРАДИЦІЙНИХ АТРИБУТІВ ТА ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ В ПСИХІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ	47
<i>Р. І. Білобровка</i> ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ ТА НЕВРОТИЗУЮЧІ ФАКТОРИ У ЖІНОК ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ В УМОВАХ КРИЗИ	50

CONTENTS

GENERAL PSYCHIATRY

<i>L. V. Rakhman, M. V. Markova</i> CLINICAL AND THERAPEUTIC LEVELS OF PATHOMORPHOSIS OF TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION	5
<i>E. V. Gryn'</i> CLINICAL SIGNIFICANCE OF THE RELATIONSHIP BETWEEN INDIVIDUAL BIOLOGICAL RHYTHMS OF PATIENTS AND SYNDROMAL VARIANTS RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER.	9
<i>V. Zavgorodnya</i> PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS DURING EPILEPSY	12
<i>D. Yu. Sayko</i> RESOURCE-ORIENTED THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE.	16
<i>Yu. A. Kushnir</i> CONCERNING THE QUESTION ABOUT THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC OF POSTSHIZOPHRENIC DEPRESSION	19
<i>L. V. Stepanenko</i> INVESTIGATION OF AMINO ACID COMPOSITION OF NEW DRUGS GROUPS TROFINOTROPINS – CEREBRAL AND ADEMENT	27

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>V. Yu. Fedchenko</i> PECULIARITIES OF FACTORS OF MENTAL TRAUMA IN PATIENTS WITH ANXIETY-PHOBIC DISORDERS	37
<i>M. G. Shekmanov</i> ASSESSMENT OF PSYCHOSOCIAL RESOURCE AND QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS	41
<i>A. N. Dzyuba, N. A. Dzeruzhinskaya, E. V. Harchuk</i> COGNITIVE IMPAIRMENT IN PARANOID SCHIZOPHRENIA PATIENTS WHICH COMORBIDED WITH ARTERIAL HYPERTENSION	45
<i>V. L. Lisovenko</i> PROBLEMS OF DEINSTITUTIONALISATION OF TRADITIONAL ATRIBUTES AND STEREOTYPES IN PSYCHIATRIC PRACTICE	47
<i>R. I. Bilobryvka</i> PSYCHOEMOTIONAL PROBLEMS AND FACTORS OF NEUROTIZATION IN WOMEN WITH MENTAL DISORDERS AND THE WAYS OF THEIR OVERCOMING IN CASE OF ECONOMIC CRISIS	50

Є. М. Харченко, М. І. Продан
ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПЕРСОНАЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО
ПЕРСОНАЛУ З ПРОФЕСІЙНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ, ЩО
ПРАЦЮЄ ІЗ ХВОРИМИ НА ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНІ
ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ 52

М. А. Соловьева, И. Я. Пинчук
ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ
ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ
ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ
РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ФИНАНСОВО-
КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ 58

В. Ю. Омельянович
ВЛИЯНИЕ АКЦЕНТУИРОВАННЫХ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ
НА ДИНАМИКУ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
ВЫГОРАНИЯ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ЗАЩИТЫ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ
ДЕЛ И КУРСАНТОВ ВУЗОВ СИСТЕМЫ МВД 61

В. В. Волобуев
ИЗМЕНЕНИЕ ПОЗИЦИИ СУБЪЕКТА ПРИ НЕПСИХОТИ-
ЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ПОСТРА-
ДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И
КАТАСТРОФ 66

А. К. Напреенко, Г. М. Зильберблат, Н. Е. Иващенко
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С
СИМПТОМАМИ ДЕПРЕССИИ. 69

E. M. Kharchenko, M. I. Prodan
PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPERSONALOGICAL
FEATURES NURSING STAFF WITH PROFESSIONAL
EXCLUSION, WORKING WITH PATIENTS
WITH ESPECIALLY DANGEROUS INFECTIOUS
DISEASES. 52

M. A. Solovieva, I. Ya. Pinchuk
ADVERSE EFFECTS ON THE FORMATION OF
PSYCHOSOCIAL FACTORS PRENOSOLOGICAL
NEUROSIS DISORDERS
IN EMPLOYEES OF FINANCIAL AND CREDIT
INSTITUTIONS 58

V. Yu. Omelyanovich
EFFECT OF PERSONALITY ACCENTUATED CHARAC-
TERISTICS ON DYNAMICS OF EMOTIONAL BURNOUT
SYNDROME AND PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHA-
NISMS AMONG INTERNAL AFFAIRS BODY EMPLOYEES
AND HEI CADETS OF THE MIA SYSTEM. 61

V. V. Volobuyev
CHANGE OF A POSITION OF THE SUBJECT IN
SURVIVORS OF TECHNOGENIC CATASTROPHES
AND ACCIDENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL
DISORDERS 66

O. K. Napryeyenko, G. M. Zilberblat, N. Y. Ivashchenko
REHABILITATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH
SYMPTOMS OF DEPRESSION 69

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

О. В. Пiontkovskaya
ДИТЯЧА ПСИХООНКОЛОГІЯ: ПРОБЛЕМИ ТА
ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ 76

CHILD'S PSYCHIATRY

O. V. Piontkovskaya
CHILDREN PSYCHOONCOLOGY: PROBLEMS
AND SOLUTIONS 76

НАРКОЛОГІЯ

И. С. Рыткис
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ЛИЧНОСТНЫХ
ОСОБЕННОСТЕЙ И ДОМИНИРУЮЩИХ МОТИВОВ
КУРЕНИЯ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ 84

Н. В. Побережная
ФАКТОРЫ РИСКА, ВЕДУЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПИВНОГО
АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 87

О. В. Друзь
ДИНАМІКА АФЕКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ОСІБ,
ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПІОЇДІВ, ПРОТЯГОМ
ДЕТОКСИКАЦІЇ 90

Г. А. Приб, І. Я Пинчук
ОСОБЛИВОСТІ АДІКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ
БЕЗРОБІТТЯ (ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ) 98

NARCOLOGY

I. Rytkis
ASESSMENT THE RELATIONSHIP PERSONALITY
CHARACTERISTICS AND DOMINATING SMOKING
MOTIVES IN STUDENTS 84

N. V. Poberezhnaya
GENERAL CHARACTERISTIC AND METHODS JF RESEARCH
OF BEER YOUNG PEOPLE WAS REVEALED. 87

O. V. Druz'
DYNAMICS OF AFFECTIVE SYMPTOMATOLOGY IN
OPIOID ADDICTED PERSONS, DURING
DETOXICATION 90

G. Prib, I. Pinchuk
FEATURES ADIKTIVNOGO BEHAVIOR IN
UNEMPLOYMENT (GENDER ASPECT). 98

ПСИХОТЕРАПИЯ

А. Е. Табачников

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ. ЛЕКЦИЯ

ВТОРАЯ. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ И

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ. 103

ТЕЗИ

А. Н. Дзюба, О. С. Орлова

КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ.

ПРОБЛЕМА РАННЕЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ

ИНТЕРВЕНЦИИ. 107

PSYCHOTHERAPY

A. Tabachnikov

TRANSACTIONAL ANALYSIS. LECTURE

2: THE PSYCHOPATHOLOGICAL AND THE

PSYCHOTHERAPEUTIC CONCEPTS. 103

THESES

A. N. Dzuba, O.S. Orlova

COGNITIVE AND AFFECTIVE DISORDERS.

THE PROBLEM OF EARLY MEDICAL

INTERVENTION. 107

ЗАГАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК: 616.89-008.19:615.015.46:614.253.8

Л. В. Рахман¹, М. В. Маркова²АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ І ТЕРАПЕВТИЧНИХ АСПЕКТІВ ПАТОМОРФОЗУ
ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙЛьвівський національний медичний університет ім. Д. Галицького¹Харківська медична академія післядипломної освіти²**Ключові слова:** терапевтично резистентні депресії, патоморфоз, клініка, терапія

Проблема резистентності депресивних станів до терапії, що проводиться є в наш час надзвичайно актуальною. Із зростанням розповсюдженості депресивних розладів загалом, за даними багатьох авторів, в 40-60% випадків спостерігається стійкість депресивної симптоматики до лікування, що в свою чергу призводить до істотного зниження якості життя осіб, збільшення періоду тимчасової втрати працездатності, а нерідко і стійкого зниження суспільного функціонування. Тому в даний час питання резистентності депресивних розладів до терапії представляють собою значний науково-практичний інтерес. На сучасному етапі загальноприйнятою є наступна класифікація резистентності:

- первинна (істинна) терапевтична резистентність. Така резистентність пов'язана з несприятливим перебігом захворювання та залежить від різноманітних біологічних факторів. Первинна резистентність обумовлена генетичними причинами, є індивідуальною чутливістю пацієнта до лікування та зустрічається в клінічній практиці вкрай рідко.
- вторинна терапевтична резистентність (відносна резистентність). Дана резистентність обумовлена розвитком так званого феномену адаптації до психофармакотерапії, тобто є набутим синдромом, сформованим внаслідок прийому препаратів та адаптації рецепторів до дії лікарських середників. У випадку наявності вторинної резистентності терапевтична відповідь розвивається повільно, редукуються лише окремі елементи психопатологічної симптоматики.
- псевдорезистентність. Зазначений вид резистентності як правило пов'язаний з неадекватною антидепресивною терапією і становить 50–60% всіх випадків ТРД (неточність вибору препарату, недостатня його доза, доза, розрахована без урахування інших захворювань).
- інтолерантність (негативна резистентність). Це підвищена чутливість до розвитку побічних ефектів, вираженість яких перевищує основну психотропну дію призначених препаратів та, як наслідок, неможливість застосування адекватних доз та неспроможність досягнути бажаного терапевтичного ефекту. Водночас існують наукові підтвердження про взаємодію різних видів резистентності. Тому генез резистентності депресивних розладів до терапії, що проводиться представляє собою багатофакторну

модель. Виходячи з цього, корекція таких станів передбачає врахування багатьох чинників, одним із найістотніших серед яких є патоморфоз терапевтично резистентних депресій на сучасному етапі. Дослідження особливостей видозміни клініко-динамічних параметрів терапевтично резистентних депресій, визначення серед них найбільш стабільних, патогномонічних проявів дозволяє уточнити закономірності їх патоморфозу на різних рівнях (психологічному, психопатологічному, етіологічному, патогенетичному, клінічному, нозологічному, лікувальному), що в свою чергу дозволить вирішувати актуальні задачі в питаннях покращення діагностики, терапії та реабілітації пацієнтів, які страждають на ДР із резистентністю до проводимого лікування.

Метою проведеного нами дослідження було встановлення закономірностей патоморфозу терапевтично резистентних депресій (ТРД) на клініко-нозологічному та терапевтичному рівнях. Задля досягнення поставленої мети використовувався метод ретроспективного аналізу медичної документації з акцентуванням на клініко-психопатологічних, клініко-нозологічних та терапевтичних аспектах. В ході дослідження було опрацьовано 200 медичних карт стаціонарних хворих з депресивними розладами різних нозологічних груп із явищами резистентності до терапії, що проводилася за період 20 років (з 1991 по 2000 рр. – 100 медкарт (1 група) та з 2001 по 2010 рр. – 100 медкарт (2 група). Робота виконувалася на базі архіву Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня». До спеціально розробленої «Аналітичної карти дослідження патоморфозу терапевтично резистентних депресій» вносилися соціо-демографічні, клініко-нозологічні, клініко-психопатологічні, клініко-феноменологічні, клініко-динамічні характеристики депресивних станів, а також дані щодо терапевтичної тактики в означені періоди. Предметом дослідження слугували клінічні та терапевтичні аспекти патоморфозу ТРД. Клініко-статистична оцінка даних проводилася з допомогою пакету програми Statistica 6.0. В групи дослідження включалися хворі, яким було встановлено такі діагнози (згідно критеріїв МКХ-10): депресивний епізод в структурі біполярного афективного розладу різного ступеня важкості (F31.3 – F31.5), депресивний епізод (F32), рекурентний депресивний розлад (F33), дистимія (F34.1), та які виявляли ознаки

резистентності щодо лікування (відсутність або частковий ефект від проводимої терапії).

Ретроспективний аналіз медичної документації за 1991–2010 рр. дозволив встановити основні клінічні параметри, які характеризують патоморфоз ТРД (Табл. 1).

Отримані в ході проведеного дослідження дані переконливо свідчать про існування патоморфозу ТРД на

клінічному рівні. Найбільш значимі фактори зумовлені зростанням розповсюдженості ТРД в молодому віці (20–29 років), тенденцією до рекурентного перебігу, збільшенням тривалості депресивних епізодів та ступеню вираженості депресивної симптоматики, перевага атипових форм депресивних розладів, поєднанням ТРД із коморбідною патологією, істотним зниженням якості

Таблиця 1

Клінічні характеристики патоморфозу ТРД, %

Показники	Ознаки	1 група	2 група	Загалом
Нозологічні форми	Біполярний афективний розлад, поточний депресивний епізод (F31)	34	29	31,5
	Депресивний епізод» (F32)	21	20	20,5
	Рекурентний депресивний розлад (F33)	28	36	32
	Дистимія (F34)	17	15	16
Спадкова обтяженість	Наявна	47	57	52
	Відсутня	18	12	15
	Немає інформації	35	31	33
Вік маніфестації	< 20	8	13	10,5
	20–29	20	41	30,5
	30–39	41	26	33,5
	40–49	23	11	17
	50–59	4	8	6
	>60	4	1	2,5
Тривалість до госпітального періоду	<1 місяця	27	32	29,5
	1–3 місяці	40	49	44,5
	3–6 місяців	33	19	26
Ступінь вираженості депресивних проявів	Легкий	14	19	16,5
	Помірний	51	36	43,5
	Важкий	35	45	40
Характер депресивного синдрому	Тривожний (ажитований)	31	38	34,5
	Тужливий (меланхолійний)	43	32	37,5
	Сенесто-іпохондричний	10	20	15
	Апатико-адинамічний	5	7	6
	Астено-анергічний	4	2	3
	Обсесивно-депресивний	7	1	4
Тривалість депресивного епізоду	< 3 місяців	18	12	15
	3–6 місяців	39	42	40,5
	6–12 місяців	26	35	30,5
	> 12 місяців	17	11	14
Коморбідна патологія	Захворювання серцево-судинної системи	11	18	14,5
	Захворювання дихальної системи	14	19	16,5
	Захворювання травної системи	27	25	26
	Обмінно-ендокринні захворювання	5	12	8,5
	Захворювання сечостатевої системи	4	7	5,5
	Алкогольна залежність	11	16	13,5
	Відсутня інформація	28	3	15,5
Суїцидальні тенденції	Наявні	36	42	39
	Відсутні	64	58	61
Ремісія	Повна	3	1	2
	Часткова	48	53	50,5
	Відсутня	49	46	47,5

Таблиця 2

Терапевтичні характеристики патоморфозу ТРД, %

Методи лікування	Критерії оцінки		1 група	2 група
Психо-фармако-терапія	Антидепресанти	ТЦА	100	88
		ГЦА	12	21
		ІМАО	6	21
		СІЗЗС	52	100
		СІЗЗС та Н	12	68
		НаССА	-	34
	Нормотиміки	Препарати літію	26	28
		Протисудомні	73	92
	Транквілізатори		69	37
	Нейролептики	Типові	17	14
		Атипові	15	36
	Психостимулятори		15	37
Загальнозміцнююча та симптоматична терапія			100	82
ЕСТ			53	26
Плазмафарез			4	2
Внутрішньовенне лазерне опромінення крові			-	1
Депривація сну			8	-
Психотерапія			18	49
Фізіотерапія			45	39
Альтернативні методи			24	21

життя пацієнтів (частковий характер ремісії або повна її відсутність).

Однією із складових форм патоморфозу ТРД є видозміни терапевтичного алгоритму подолання резистентності депресивної симптоматики. Доведено, що всі типи резистентності можуть взаємодіяти між собою та мають складні механізми розвитку. Згідно із проведенням аналізом медичної документації в досліджуваній групі хворих виявлено наступні види резистентності до проводимої терапії. Так, в осіб 1 групи відмічалася первинна резистентність – у 2%, вторинна – у 28% випадків, неадекватна антидепресивна терапія (псевдорезистентність) виявлена нами у 52 пацієнтів (52%), побічні явища, які унеможлилювали прийом лікування, спостерігалися у 38 хворих (38%). Характеристика типів резистентності депресивної симптоматики в пацієнтів 2 групи виглядала наступним чином: первинна резистентність – 7 випадків, вторинна – у 34 хворих, псевдо резистентність мала місце у 48 пацієнтів, інтолерантність до проводимого лікування відмічали 28 хворих.

Характеристика методів лікування дослідженої категорії пацієнтів, що ілюструють терапевтичний рівень патоморфозу ТРД, подана в Таблиці 2.

Наведені дані свідчать, що першочергову роль в лікуванні ТРД відіграє психофармакотерапія. Серед застосовуваних медикаментів провідне місце займають антидепресанти. За рахунок істотного прогресу в розробці та впровадженні нових антидепресивних засобів суттєво змінилася структура застосовуваних препаратів за останні 10 років на користь групи СІЗЗС, в практику прийшли

антидепресанти нового покоління (ІІІ та ІV хвилі) з більш селективними механізмами дії та кращими профілями переносимості. У зв'язку із доведеними даними про нормотимічну активність препаратів протисудомної дії зросла питома вага їх використання в лікуванні ТРД, в той же час не втрачають своєї актуальності препарати літію, які в основному застосовують на підтримуючому етапі терапії. В переважній більшості випадків процес подолання резистентності депресивних розладів вимагає призначення комбінованої терапії антидепресантами, а часто навіть вимагає введення в систему лікування інших препаратів (нейролептиків, транквілізаторів), використання поліпрагмації із застосуванням спеціальних протирезистентних заходів. Зниження питомої ваги застосування транквілізаторів зумовлене розвитком звикання й формуванням медикаментозної залежності. Проте дана група препаратів все ще залишається досить часто в листках призначення хворих на ТРД. Нейролептичні засоби протягом останніх 10 років, як видно із наведених даних, більше, ніж в третині випадків застосовуються при ТРД, особливо це є препарати атипової дії. На сучасному етапі спостерігається збільшення частоти використання препаратів нейрометаболічної дії, що зумовлено значними досягненнями у вивченні ролі нейрометаболічних порушень в головному мозку, що корелюють із явищами резистентності до проводимої терапії при депресивних розладах. Не втрачає своєї актуальності загальнозміцнююча терапія, хоча її значення в деяких випадках істотно перебільшене, наявність частоті коморбідної патології зумовлює застосування

симптоматичних засобів. Із немедикаментозних методів застосовується психотерапія, причому в останні 10 років майже в половині випадків, причому доступність та спектр психотерапевтичних методик значно розширився за рахунок появи в штаті відділень посади психолога, удосконаленню роботи психотерапевтичного центру в лікарні, відкриттю реабілітаційного центру. Проведений аналіз медичної документації ілюструє істотне зниження застосування ЕСТ в лікуванні пацієнтів із ТРД. Фізіотерапевтичні техніки (в основному мануальна терапія, ЛФК, масаж, водні процедури) також застосовуються в схемі терапії. Такі методи як плазмафарез та внутрішньовенне лазерне опромінення крові не знайшли широкого застосування в клініці в зв'язку із відсутністю відповідного технічного устаткування, поодинокі процедури було виконано на базі інших медичних установ області.

Таким чином, проведений аналіз медичної документації пацієнтів із ТРД засвідчив існування патоморфозу протягом останніх 20 років на клінічному та терапевтичному рівні. Індикаторами клінічного патоморфозу слугували зміни в нозологічній структурі, клініці, динаміці, психопатологічній феноменології терапевтично резистентних депресивних розладів. До проявів терапевтичного патоморфозу слід віднести появу нової генерації психотропних засобів, збільшення сегменту психотерапевтичної допомоги в комплексній моделі подолання резистентної до лікування депресивної симптоматики.

Література:

- Балаиов А. М. К вопросу о резистентности к фармакотерапии / А. М. Балаиов // Журнал неврологии и психиатрии им С. С. Корсакова. — 2009. — № 1 (109). — С. 90 — 91.
- Быков Ю. В. Резистентные к терапии депрессии / Ю. В. Быков. — Ставрополь. — 2009. — 77 с.
- Вандыш В. В. Патоморфоз психических расстройств / В. В. Вандыш, И. М. Пархоменко // Российский психиатрический журнал. — 1997. — № 3. — С. 11 - 17.
- Вертоградова О. П. Затяжные депрессии (закономерности формирования, прогноз, терапия) / О. П. Вертоградова, В. В. Петухов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — № 4(15). — С.18—23.
- Ковалев В. В. Патоморфоз психических болезней: его типы и причины / В. В. Ковалев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989. — № 89 (12). — С. 51 — 55.
- Лобачева Л. С. Тенденции распространенности и изменения клинических проявлений эндогенных и неэндогенных депрессий в последние десятилетия / Л. С. Лобачева // Мат. Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 70-летию организации психиатрической помощи в Иркутской области (14–15 сентября 2005 г.). — Иркутск. — 2005. — С. 217–219.
- Мазо Г. Э. Терапевтические резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению / Г. Э. Мазо, С. Е. Горбачев, Н. Н. Петрова // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2008. — В. 2. — С. 87 — 96.
- Марута Н. О. Депрессивні розлади у мешканців сільської місцевості: клініко-психопатологічна характеристика, діагностика та терапія / Н. О. Марута, Ж. І. Білостоцька // Архів психіатрії. — 2008. — Т. 14. — № 3. — С. 14–19.
- Минутко В. Л. Депрессия / В. Л. Минутко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 320 с.
- Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы депрессивных расстройств. / Б. В. Михайлов, Т. Е. Яковцова // Проблемы медицинской науки та освіти. 2006. — № 2. — С. 65–69.
- Підкоритов В. С. Сучасні підходи до лікування «фармакорезистентних» депресій / В. С. Підкоритов // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18. — вип. 2(63). — С. 55 — 57.
- Al-Harbi KS. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions/ KS. Al-Harbi // Patient Preference Adherence. — 2012.— Vol.6.—P.369-388.
- Berlim MT. What is the meaning of treatment resistant/refractory major depression (TRD)? A systematic review of current randomized trials. / MT. Berlim, G. Turecki // Eur. Neuropsychopharmacol. — 2007. — Vol.17 (11). — P. 696–707.
- Connolly KR. If at first you don't succeed: a review of the evidence for antidepressant augmentation, combination and switching strategies./ KR. Connolly, ME. Thase // Drugs. — 2011. — Vol.71 (1). — P.43—64.
- Keller MB. Issues in treatment-resistant depression. // J Clin Psychiatry.— 2005.—Vol. 66 (suppl. 8). —P.5–12.
- Kosel M. Treatment resistant depression: therapy and novel neuromodulatory treatments/ M. Kosel, A. Berney // Rev Med Suisse. — 2012. — Vol.8(339). — P.942—945.
- Nemeroff C. B. Prevalence and management of treatment-resistant depression / C. B. Nemeroff // J Clin Psychiatry. — 2007. — Vol. 68 (suppl. 8). — P. 17 — 25.
- Noah S Philip. Pharmacologic approaches to treatment resistant depression: a re-examination for the modern era/ S. Philip Noah, L. Carpenter Linda, A. R. Tyrka, L.H. Price //Expert Opinion on Pharmacotherapy. — 2010. —Vol. 11. — No. 5. —P. 709-722.
- Ruhe HG. Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. / HG. Ruhe, G. van Rooijen, J. Spijker, FP. Peeters, AH. Schene //J Affect Disord. — 2012. — Vol.137. —P.35–45.
- Vieta E. Therapeutic options in treatment-resistant depression/ E. Vieta, F. Colom// Ann Med. — 2011. —Vol. 43 (7). — P.512-530
- Fava M. Diagnosis and definition of Treatment - Resistant Depression / M. Fava // Biol Psychiat. - 2003. —Vol. 53. —P. 649 - 659.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПАТОМОРФОЗА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ

Л. В. РАХМАН, М. В. МАРКОВА

В результате проведенного анализа архивной медицинской документации пациентов с терапевтически резистентными депрессиями за период 20 лет (с 1991-по 2000 год и с 2001-по 2010 годы) идентифицировано наличие патоморфологических изменений резистентных депрессий, изучены клинические и терапевтические показатели, позволяющие установить закономерности патоморфоза терапевтически резистентных депрессий.

Ключевые слова: терапевтически резистентные депрессии, патоморфоз, клиника, терапия

CLINICAL AND THERAPEUTIC LEVELS OF PATHOMORPHOSIS OF TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION

L. V. RAKHMAN, M. V. MARKOVA

As a result performed analysis of archival medical records of patients with treatment resistant depression for the period of 20 years (from 1991 to 2000 and from 2001 to 2010) it was identified the presence of pathomorphological changes of resistant depression also was studied clinical and therapeutic indicators that allow us to establish patterns for pathomorphosis of treatment resistant depression.

Keywords: treatment resistant depression pathomorphosis, clinic, therapy

УДК 616.89–008.454:577.31

К. В. Гринь

**КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СПІВВІДНОШЕННЯ МІЖ ІНДИВІДУАЛЬНИМ
БІОРИТМОЛОГІЧНИМ СТАТУСОМ ПАЦІЄНТА ТА СИНДРОМАЛЬНИМ ВАРІАНТОМ
ПЕРЕБІГУ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ**ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»
Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О. Ф. Мальцева**Ключові слова:** біоритмологічний статус, синдромальний варіант, рекурентний депресивний розлад

Актуальність проблеми депресій обумовлена їх поширеністю, суттєвим впливом на якість життя, соціальне функціонування людини [2; 12; 15]. Депресія відноситься до захворювань, які супроводжуються вираженими медико-соціальними наслідками, серед яких інвалідність, суїциди та економічні збитки [4; 7]. Вивчення клініки депресивних станів залишається й до сьогодні одним із головних напрямків психіатричних досліджень. Це пов'язано не лише із введенням у клінічну практику щораз новіших антидепресантів, але й зі значною поширеністю депресії в загальній популяції [14].

Багатьма вченими [1; 5; 6; 8; 9; 10] підтверджений той факт, що комплексна терапія депресій, яка призначається в залежності від особливостей синдрому, застосування психотропних препаратів з урахуванням стану циркадіанних ритмів, дає більш виражений терапевтичний ефект у порівнянні з традиційними методами лікування без зв'язку з добовими ритмами.

Метою дослідження було дослідити біоритмологічні особливості пацієнтів з рекурентними депресіями та встановити зв'язок циркадіанних ритмів та клініко-психопатологічної картини хворих на рекурентний депресивний розлад.

Матеріал і методи дослідження. За умови отримання інформованої згоди було обстежено 130 хворих на рекурентний депресивний розлад, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні ім. О. Ф. Мальцева за період з 2009 по 2011 рр. Порівняльну групу (в рамках біоритмологічного дослідження) складало 25 психічно здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю пацієнтам досліджуваних груп.

Для верифікації та визначення ступеню тяжкості депресивного епізоду застосовували шкалу Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton Depression Rating Scale, або HAMD-21) [11]. Біоритмологічний метод полягав у визначенні індивідуального циркадіанного хронотипу шляхом дослідження вегетативного гомеостазу (динаміка температури тіла, частоти пульсу, систолічного та діастолічного артеріального тиску на протязі 6-ти діб через кожні 3 години) та використання модифікованої для середньої смуги країн СНД анкети Естберга (С. І. Степанова, 1986) [7]. Статистичну обробку та аналіз отриманих результатів було проведено на персональній ЕОМ IBM PC/AT за допомогою програми Excel пакету Microsoft Office 2002.

Вік пацієнтів коливався від 27 до 81 років (середній вік склав 61,7 років). Серед обстежених пацієнтів

чоловіків було 33 (25,38%) особи, жінок – 97 (74,62%). Обстежені хворі були госпіталізовані від 1 до 18 разів. Середня кількість госпіталізацій склала 4,2 випадків. При цьому 29 (22,3%) осіб були госпіталізовані вперше. Тривалість захворювання коливалася від 6 місяців до 35 років, середня тривалість – 9,2 роки. Тривалість поточного депресивного епізоду коливалася від 14 до 60 днів, середня тривалість склала 23,2 днів.

Всіх обстежених пацієнтів було розподілено на три клініко-діагностичні групи за критерієм ступеню вираженості депресивного епізоду. При цьому розподілі керувалися як клінічною оцінкою поточного депресивного стану за критеріями МКХ-10 [3], так і результатом первинного обстеження пацієнтів за шкалою HAMD-21 [13].

До I клінічної групи увійшло 40 (30,76%) обстежених з легким ступенем тяжкості депресивного епізоду (середній бал за HAMD-21 15,2), до II групи – 50 (38,48%) пацієнтів, що страждали на депресію середнього ступеню вираженості (24,66 балів за HAMD-21), до III клінічної групи увійшло 40 (30,76%) обстежених з важким депресивним епізодом (33,77 балів за HAMD-21).

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведеного біоритмологічного дослідження було встановлено три типи біологічних ритмів, максимумами яких припадають на ранкові, денні та вечірні години, що, згідно сучасних уявлень про біоритмологічний статус організму, відповідає трьом типам працездатності людини: ранковому, вечірньому та індіферентному [7].

Порівнюючи отримані результати з даними по загальній популяції [13], суттєвих відмінностей у співвідношенні між біоритмологічними типами встановлено не було ($p > 0,01$). Серед обстежених пацієнтів осіб ранкового типу було 75 (57,69% проти 50% в загальній популяції), вечірнього – 19 (14,62% проти 15% в загальній популяції) і індіферентного типу – 36 (27,69% проти 30% в загальній популяції). Розподіл індивідуальних хронотипів серед пацієнтів чоловічої та жіночої статі практично не відрізнявся від загального.

Розподіл обстежених трьох клінічних груп в залежності від індивідуального хронотипу представлено в Таблиці 1.

Як показує представлена Таблиця 1, обстежені I клінічної групи за розподілом індивідуального хронотипу суттєво відрізнялися від загальної популяції внаслідок збільшення питомої ваги осіб ранкового типу (75% проти 50%; $p < 0,05$). Серед пацієнтів II та III клінічних груп розподіл індивідуальних хронотипів відповідав загальнопопуляційному без статистично значущих відхилень.

Таблиця 1

Розподіл обстежених по групах за індивідуальним хронотипом (N=130)

Клінічна група	Індивідуальний біоритмологічний тип							
	ранковий		індиферентний		вечірній		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I група (n=40)	30	75,0	7	17,5	3	7,5	40	100,0
II група (n=50)	25	50,0	16	32,0	9	18,0	50	100,0
III група (n=40)	20	50,0	13	32,5	7	17,5	40	100,0

При вивченні об'єктивних біоритмологічних показників у обстежених пацієнтів було виявлено явища внутрішнього десинхронозу, який полягав у зсувах акрофаз чи батіфаз одного з показників вегетативних функцій відносно іншого, інверсії ритму (співпадання акрофаз одного параметру з батіфазою іншого), а також у сполученні згаданих порушень. Крім того, мали місце й значні розбіжності в динаміці показників протягом 6 діб реєстрації.

Серед госпіталізованих I клінічної групи явища внутрішнього десинхронозу у вигляді зсува акрофаз спостерігались в 40% випадків, порівняно з пацієнтами II групи – у 80% ($p < 0,05$) і III групи – у 75% госпіталізованих ($p < 0,05$), тобто найбільша частота даного типу внутрішнього десинхронозу мала місце у хворих на депресію помірного та важкого ступеню. Зсув батіфаз також виявив подібну міжгрупову динаміку: 35% в I групі проти 74% в II ($p < 0,01$) і 70% в III ($p < 0,05$). Інверсія ритму спостерігалась в 25% обстежених I групи, 64% другої і 40% третьої, не виявляючи статистично достовірних міжгрупових відмінностей. Сполучені порушення циркадіанних ритмів розподілились згідно клінічних груп наступним чином: 40% у I групі проти 78% в другій ($p < 0,01$) і 72,5% в третій ($p < 0,05$), також демонструючи переважання цього типу циркадіанних розладів у пацієнтів з депресивним епізодом помірного та важкого ступеню тяжкості.

Отже, за загальною сумою виявлених типів внутрішнього десинхронозу найбільш високі показники отримано у обстежених II та III клінічних груп.

В той же час, показники порушень циркадіанного ритму в усіх трьох групах обстежених пацієнтів достовірно відрізнялись від обстежених порівняльної ($p < 0,01$), де прояви внутрішнього десинхронозу було виявлено у 5 (16,16%) осіб, причому всі вони належали до вечірнього типу. Розлади циркадіанного ритму у них були представлені зсувом акрофаз та батіфаз.

Подальший аналіз розподілу певних біоритмологічних типів обстежених згідно виду порушення циркадіанного ритму показав, що в I клінічній групі особи вечірнього типу виявляли зсув акрофаз в 66,67% випадків, зсув батіфаз – в 66,67%, інверсію ритму та сполучені порушення – в усіх випадках (по 100%), в той час як аналогічні показники у осіб ранкового типу складали 30%; 26,67%; 16,17% і 30% відповідно. Особи індиферентного типу виявили підвищені порівняно з ранковим показники по всім варіантам циркадіанних розладів ($p < 0,05$), причому суттєвих статистичних відмінностей

не відмічалось тільки по інверсії ритму (16,17% проти 28,57%; $p > 0,05$). З іншого боку, представники індиферентного типу перевищували осіб вечірнього за показником зсуву акрофаз (71,43% проти 66,67%), тоді як за усіма іншими характеристиками (зсув батіфаз, інверсія ритму та сполучені розлади) осіб вечірнього типу було більше.

Серед обстежених II клінічної групи представники ранкового типу виявляли переважання усіх компонентів десинхронозу над двома іншими біоритмологічними типами, окрім зсуву акрофаз, яка спостерігалась дещо частіше у осіб індиферентного типу. При цьому статистично значущі відмінності спостерігались тільки між представниками ранкового та вечірнього типів ($p < 0,01$), а особи індиферентного хронотипу наближались за своїми показниками до ранкового. В той же час, особи вечірнього хронотипу виявили найнижчі показники внутрішнього десинхронозу, причому зсуву батіфаз та інверсії ритму у них не спостерігалось взагалі.

Серед пацієнтів III групи особи ранкового типу виявляли зсув акрофаз в 100%, батіфаз – в 95%, інверсію ритму – в 70% і сполучені порушення – в 100% спостережень. Особи індиферентного типу за означеними характеристиками виявили значно менші показники (53,85%; 69,23%; 7,69% і 61,54% відповідно). У представників вечірнього біоритмологічного типу зсув акрофаз спостерігався в 42,86% випадків, інверсія ритму та сполучені розлади мали місце в 14,29% спостережень, а зсув батіфаз не спостерігався взагалі. Отже, і в III клінічній групі обстежених розлади вегетативних функцій виражені більш різко у осіб ранкового та індиферентного типів, ніж у представників вечірнього.

Також був проведений аналіз розподілу обстежених пацієнтів кожного циркадіанного хронотипу в залежності від синдромальної структури депресивного епізоду.

В першій клінічній групі особи ранкового типу практично в половині випадків (46,67%) виявляли тривожно-депресивну симптоматику, тоді як інші синдромальні варіанти депресивного епізоду (апат-адинамічний, тужливий та анто-анергічний) зустрічались порівняно рідше ($p > 0,05$). У осіб індиферентного типу в даній клінічній групі в більшості випадків (57,14%) мали місце апато-адинамічна синдромальна картина епізоду ($p < 0,05$). Представники вечірнього хронотипу в цій групі в усіх випадках виявляли астено-анергічний синдромальний варіант депресії.

Серед пацієнтів II клінічної групи особи ранкового циркадіанного хронотипу у 80% випадків виявляли

тривожно-депресивну синдромальну картину афективного епізоду, в той час як апато-адинамічний та сене-сто-іпохондричний варіанти зустрічалися статистично достовірно рідше ($p < 0,01$), а інші синдромальні варіанти депресії не спостерігалися взагалі. Представники індіферентного типу в означеній групі в 75% спостережень виявляли апато-адинамічну та у 25% – астено-анергічну симптоматику ($p < 0,05$). Особи вечірнього типу в даній групі розподілилися практично рівномірно за різними синдромальними варіантами депресії за виключенням тривожно-депресивного, апато-адинамічного та сене-сто-іпохондричного синдромів, які у них не спостерігалися.

У III клінічній групі, як і у двох попередніх, у осіб ранкового хронотипу спостерігалася тривожно-депресивна структура депресії (75%), тоді як інші клінічні варіанти депресивного епізоду розподілилися майже рівномірно (1–2 випадки), за виключенням тужливого, депресивно-параноїдного та сомато-вегетативного варіантів, що не зустрічалися взагалі ($p < 0,01$). Аналогічно I та II клінічними групами в третій представники індіферентного хронотипу виявляли апато-адинамічну симптоматику (53,85%; $p > 0,05$). Усі особи вечірнього типу циркадіанності, так же, як і третина пацієнтів даного хронотипу II групи, в клінічній картині виявляли депресивно-параноїдну симптоматику ($p < 0,01$).

Висновки

Таким чином, проведене біоритмологічне обстеження показало, що в усіх пацієнтів з депресивним епізодом в рамках рекурентної депресії, на відміну від порівняльної групи, мали місце порушення циркадіанного ритму зовнішньої та внутрішньої природи, найбільш виражені у обстежених II та III клінічних груп, причому у представників ранкового типу неузгодженість циркадіанного ритміки була найвищою, а у осіб вечірнього типу – найнижчою. Обстежені, що належали до індіферентного типу займали проміжне положення, наближаючись за своїми характеристиками до осіб ранкового типу. Особи ранкового циркадіанного хронотипу схильні до тривожно-депресивного афективного реагування, особливо при помірній та важкій депресії. Представники індіферентного хронотипу порівняно часто виявляють апато-адинамічну структуру депресивного епізоду, а у осіб вечірнього типу циркадіанного ритму достовірно частіше спостерігається психотичний (депресивно-параноїдний)

варіант депресивного епізоду. З вищесказаного виходить, що лікування хворих на рекурентний депресивний розлад, з метою підвищення його ефективності, повинно здійснюватися з урахуванням індивідуального біоритмологічного статусу пацієнта.

Література:

1. Буткова Т. В. Суицидальное поведения при семейно-сексуальных дисгармониях: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 „ Психиатрия ” / Т. В. Буткова. – Москва, 2011. – 20 с.
2. Злоказова М. В. Терапия пациентов с умеренными и тяжелыми депрессиями не психотического уровня / М. В. Злоказова // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 5 – С. 30–33.
3. Классификация болезней в психиатрии и наркологии: [пособие для врачей]; под ред. М. М. Милевского. – М.: Изд. „Триада-Х”. – 2003. – 184 с.
4. Михайлов Б. В. Соматизированные депрессии в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Международный медицинский журнал. – 2008. – Т. 7, № 1. – С. 68–70.
5. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / [М. Данзон; пер. с англ. А. Носиков]. – ВОЗ: Женева, 2006. – 185 с.
6. Скрипников А. М. Роль психофармакологических факторов в патоморфозе депрессивных состояний с суицидальными проявлениями / А. М. Скрипников, Г. Т. Сонник, В. О. Рудь // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2003. – № 1 (10), – С. 20–22.
7. Степанова С. И. Биоритмологические аспекты проблемы адаптации / С. И. Степанова. – М.: Наука, 1986. – 206 с.
8. Frank E. Circadian rhythms: strong evidence on how to approach depression. Agomelatine: optimize therapy for all depressed patients / E. Frank // Satellite Symposium held during the WPA Congress, Florence, Italy. – 2009. – 96 p.
9. Genetic dissection of psychopathological symptoms: insomnia in mood disorders and CLOCK gene polymorphism / A. Serretti, F. Benedetti, L. Mandelli [et al.] // American Journal Neuropsychiatric Genetics. – 2003. – Vol. 121. – P. 35–38.
10. Gorwood P. Depression and circadian rhythm disturbances / P. Gorwood // Medicographia. – 2007. – Vol. 29, № 1. – P. 22–28.
11. Hamilton M. A rating scale for depression / M. Hamilton // Journal Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 1960. – Vol. 27. – P. 56–62.
12. Kennedy S. H. Placebo-controlled trial of agomelatine in the treatment of major depressive disorder / S. H. Kennedy, R. Emsley // European Neuropsychopharmacol. – 2006. – Vol. 16. – P. 93–100.
13. Lambert D. Service use of rural and urban Medicaid beneficiaries suffering from depression: the role of supply / D. Lambert, M. Agger, D. Harley // Journal of Rural Health. – 1999. – Vol. 15, № 3. – P. 344–355.
14. McClung C. A. Circadian genes, rhythms and the biology of mood disorders / C. A. McClung // Pharmacology & Therapeutics. – 2007. – Vol. 114. – P. 222–232.
15. Wirz-Justice A. Biological rhythm disturbances in mood disorders / A. Wirz-Justice // International Clinical Psychopharmacology. – 2006. – Vol. 21. – P. 11–15.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ПАЦИЕНТА И СИНДРОМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Е. В. Гринь

Представлены результаты биоритмологического обследования пациента с рекуррентным депрессивным расстройством. Установлена связь между глубиной депрессивного эпизода и циркадианными нарушениями, индивидуальным биоритмологическим статусом пациента и синдромальным вариантом течения рекуррентного депрессивного расстройства.

Ключевые слова: биоритмологический статус, синдромальный вариант, рекуррентное депрессивное расстройство

CLINICAL SIGNIFICANCE OF THE RELATIONSHIP BETWEEN INDIVIDUAL BIOLOGICAL RHYTHMS OF PATIENTS AND SYNDROMAL VARIANTS RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

E.V. GRYN

The results of survey of patient's individual biological rhythms with recurrent depressive disorder. The relation between the depth of depressive episodes and circadian disorders, individual biological rhythms of patients and syndromal variants recurrent depressive disorder.

Keywords: individual biological rhythms, syndromal variant, recurrent depressive disorder

УДК 616.891:616.853.3

В. В. Завгородня

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, епілепсія

Непсихотичні психічні розлади є актуальною проблемою епілептології в останні роки. Дана актуальність обумовлена їхньою високою розповсюдженістю. Так за даними популяційних досліджень епілепсії, удільна вага хворих з психіатричними проблемами складає 27%, а у структурі інших форм психічних захворювань психози, непсихотичні та особистісні розлади в зв'язку з епілепсією досягають 9% [1]. Непсихотичні психічні розлади при епілепсії мають значні соціальні наслідки – порушення соціального функціонування пацієнтів [2]. Але складним питанням залишається єдиний підхід до діагностики та принципів класифікації непсихотичних психічних розладів при епілепсії.

При дослідженні психічних розладів у хворих на епілепсію автори досліджень використовують різноспрямовані вектори аналізу психічного стану хворих. Використовується етіологічний, патогенетичний, психопатологічний, клінічний та інші принципи розподілення психічних розладів при епілепсії що ускладнює аналіз матеріалу.

Так при розподіленні факторів психічних порушень при епілепсії Л. Р. Зенков [3] відокремлює первинні фактори порушень головного мозку (структурні та метаболічні порушення) та вторинні, до яких відносить психічні порушення, пов'язані з соціальним неблагополуччям в наслідок даного захворювання. На його думку, первинні фактори викликають затримку розумового та психічного розвитку в дитячому віці, метаболічну енцефалопатію при наслідкових захворюваннях мозку, порушенням розвитку мозку, пов'язаних з хромосомним дефектом. В даних випадках симптоматика обумовлена топікою та розповсюдженням порушень головного мозку або специфікою метаболічного дефекту.

Л. Р. Зенков вказує, що безпосередньо епілептичну проблему обумовлюють порушення психіки, викликані епілептичним процесом, які ускладнюють адаптацію, впливають на якість життя, знижують самооцінку хворих. Але автор пов'язує дані тенденції переважно з соціальним впливом негативної дискримінації та стигматизації, а ні зі зменшенням порогу адаптації хворих у соціумі. Зміни особистості при епілепсії оцінює як неспецифічні та обумовлені локальною нейропсихологічною симптоматикою та соціальними факторами.

Даний підхід враховує переважно етіологічні фактори, але у розглянутому розподіленні не вистачає аналізу рівня порушення психіки в наслідок епілептичного процесу, клінічної характеристики психічних розладів та уявлень про вплив фармакотерапії на формування непсихотичних розладів при епілепсії.

Досить частим є використання психопатологічного підходу з розподіленням психічних станів при епілепсії

на: епілептичні психози, епілептичні зміни особистості та межові психічні розлади. Даний розподіл не рідко об'єднують з етіологічним та клінічним.

А. И. Болдирев [4] вказує, що важливо розрізняти при епілепсії тимчасові розлади настрою (дисфорії, ейфорії) та тип особистості. Напади мають двояке значення у виникненні психічних розладів: по-перше вони сприяють органічним змінам у ЦНС, по-друге є ятрогенним фактором та сприяють формуванню психогенних реакцій. Відповідно автор наголошує на необхідності чіткого розподілення в діагностиці психічних змін за напрямками: психічний стан та його зв'язок з перебігом епілепсії, психічний стан як прояв типу особистості та психічний стан як психогенна реакція на травматичні переживання.

Як відомо, до особистісних порушень Е. Крепелін відносив виникаючі у хворих на епілепсію стабільні, незмінні особливості поведінки. За його визначенням особистісні зміни при епілепсії містять загальмованість мислення, порушення пам'яті, звуження інтересів, егоцентризм, схильність до релігійності та порушення в афективної сфері з коливаннями від екстатичної поведінки до гнівливо-роздратованої.

Є. Б. Смишляев [5] продовжує думку Е. Крепеліна та вважає, що ряд психопатологічних синдромів, переважно дефіцитарного характеру у хворих на епілепсію, можна розглядати як специфічні зміни особистості, які визначаються терміном «епілептична особистість». Є. Смишляев вказує, що брадіпсихія, гіпобулія, зниження активності, на думку більшості авторів, мають чітку залежність від частоти генералізованих судомних нападів та проявленні органічних змін головного мозку.

Аналізуючи взаємозв'язок між психічними порушеннями та базисними розладами при епілепсії, ще О. Bumke [6] звернув увагу на їх зв'язок із частотністю нападів. Він відмічав, що після приблизно 100 нападів є більш висока вірогідність психічних розладів. За даними Г. Е. Сухаревої [7] та А. І. Болдирева [8] існує прямий зв'язок між тривалістю і частотністю нападів та розвитком порушень з боку психічного функціонування. Багато авторів в останні роки також пов'язують частоту різних груп афективних порушень з ступенем особистісного зниження хворих [9; 10]. Відповідно даний діагностичний напрямок аналізу непсихотичних психічних розладів при епілепсії є важливою складовою загальної моделі діагностики психічних розладів при епілепсії.

Міжнародна класифікація епілепсії та епілептичних синдромів (ILAE) має інший вектор діагностики та розглядає виникнення психічних розладів відносно переважаючого синдрому хвороби – епілептичного нападу. За даною класифікацією взаємозв'язок психічних порушень з нападами є наступним:

- Преіктальні (психічні порушення як продром).
- Іктальні (психічні порушення як компонент нападу).
- Постіктальні (психічні порушення, як стан після нападу).
- Міжіктальні (психічні порушення у період між нападами).

Перші три категорії охоплюють стани, які пов'язані з перебігом епілептичного нападу, а останній, характеризує стан у період між нападами. Важливо зазначити, що різні психіатричні школи використовують дане розподілення згідно своїх уявлень про епілепсію. Так російські дослідники М. Я. Кісін та Н. Г. Незнанов [11], при використанні даних епідеміологічних досліджень психічних розладів у хворих на епілепсію з участю 5928 хворих, наводить такі дані. У 43% хворих з епілепсією були виявлені психічні порушення. Розподіл інтеріктальних психічних розладів було наступним: хворі зі змінами особистості – 45% від усіх інтеріктальних психічних порушень; хворі з афективними розладами – 18,9%; тривожними розладами – 17,2%; епілептичної деменцією – 16%; з епілептичними психозами – 1%; та сутінковими станами у міжіктальний період – 2%. Звертає на себе увагу використання різноманітних діагностичних категорій у даному дослідженні (психози, зміни особистості та афективні розлади).

Дослідники характеризуючи психічний стан при епілепсії, звертаються до критеріїв МКХ-10, в якій епілепсія та епісиндром мають класифікацію за неврологічним розділом і за психіатричним у рубриці «Інші психіатричні розлади в наслідок порушень та дисфункцій головного мозку, або в наслідок фізичної (соматичної) хвороби» (F.06) [12]. До діагностичних критеріїв «Органічні емоційно лабільні (астенічні) розлади» (F.06.6) відносять такі ознаки, як наявність виразної та постійної емоційної нестриманості або афективної лабільності, слабкість, втомлюваність та неприємні фізичні відчуття пов'язані з церебро-васкулярною патологією, яка може бути пов'язана з епілептичним процесом. При діагностуванні «Органічного тривожного розладу» (F.06.4) головним критерієм діагностики є феномен тривоги з різною фабулою. При наявності «Органічного дисоціативного розладу» (F.06.5), його критерії мають відповідати ознакам істеріоформних та інших конверсійних синдромів. Важливо зазначити, що при використанні даних уніфікованих діагностичних рубрик для аналізу психічного стану хворих на епілепсію неможливо описати всі нюанси, які відображають особливості перебігу несприятливих розладів, їхню трансформацію під впливом епілептичного процесу.

В. І. Мельникова [9] пропонує клінічний опис синдромів при аналізі структури хронічних (інтеріктальних) психічних порушень. Для діагностики використовуються наступні типи міжпараксизмальних провідних клінічних синдромів: церебростенічний (F.06.), емоційної лабільності (F.06.6), змін особистості за психопатоподібним, епілептичним, органічним, змішаних типах (F.07.0) та слабоумство (F.02.8). Автор зазначає, що церебростенічний синдром та синдром емоційної

лабільності може бути оцінений за коливаннями інтенсивності клінічних проявів, має характер непостійності структурних елементів та неспаяний з особистістю. А для решти синдромів характерна структурованість, стійкість та набуття характеру особистісних змін. Автор аналізує взаємозалежність між синдромом та перебігом особистісних змін при епілепсії.

М. Я. Кісін та Н. Г. Незнанов [11] намагаються прослідкувати закономірність і взаємозв'язок між афективним розладом та перебігом хвороби. Вони вказують, що на початку захворювання частіше зустрічаються тривожні розлади (67%) та афективні порушення (45,9%). За даними епідеміологічних досліджень психічних розладів у хворих на епілепсію високі показники афективних порушень зберігаються і при тривалості захворювання більше 15 років (31,7%), а тривожні розлади в цей період зустрічаються менше (13,5%). Автори вважають, що позитивним прогнозом відносно перебігу епілепсії є наявність тривожних розладів і в меншій ступені – афективні порушення. За спостереженнями даних дослідників, прогностично несприятливі форми інтеріктальних психічних розладів є ті, які практично не зустрічаються в перші роки хвороби, а з'являються з перебігом захворювання. При дослідженні особистості автори зазначають, що їхні різноманітні варіанти можуть домінувати в різні періоди перебігу захворювання. Так в перші роки захворювання наявність характерологічних та особистісних змін зазначає їхнє конституційне та психогенне походження, а на віддалених етапах вони є результатом локальних органічних змін та переважно пов'язані з тривалістю та несприятливим перебігом епілептичного процесу.

А. Л. Максимова [1] використовує інші рубрики класифікації та надає данні з використанням поняття коморбідності психічних розладів при епілепсії і описує наступну структуру (Табл. 1) коморбідних психічних розладів у хворих на епілепсію на базі популяційних досліджень.

Таблиця 1

Структура коморбідних психічних розладів у хворих на епілепсію (n = 111)

Клінічний синдром коморбідних психічних розладів (код МКХ10 F06.7-F06.30 и F07)	Абс.	%
Когнітивний розлад	52	46,8
Емоційно-лабільний розлад	18	16
Депресивний розлад	16	14,4
Тривожний розлад	11	9,9
Особистісний розлад	9	8,2
Галюцинаторно-маячний розлад	4	3,6
Маніакальний (гіпоманіакальний) розлад	1	0,9
Всього	111	100

Наведені дані вказують на різні рівні психічних змін при епілепсії, які оцінюються як коморбідні розлади: це і психотичні синдроми, афективні розлади

напсихотичного рівня і особистісні зміни. При цьому А. Л. Максимова додає, що при терапевтичній резистентності епілепсії, часто поведінкові та нейропсихологічні проблеми, які впливають на соціальний стан хворих та переважають за негативним впливом безпосередньо пов'язані з епілептичними нападами. Крім того, соціальна ізоляція, обмеження у соціальній сфері та професійній діяльності, сімейні та побутові проблеми збільшують ризик депресій, реактивних станів та інших порушень психіки. У даному випадку також можна спостерігати використання при характеристики матеріалу опису станів як психотичного, так і непсихотичного рівня.

Але іншу логіку уявлень про природу та взаємозв'язок між психічним станом та епілепсією мають закордонні автори. Наприклад, німецькі дослідники К. Келлерман та інші [13] при аналізі психічних порушень у хворих на епілепсію вважають, що при наявності приступів та психопатологічних симптомів важливо розцінювати їх, як наявність двох окремих захворювань. Дослідники застерігають від надмірного використання уявлень про переважання епілептичного процесу та необхідності дуже диференційованого аналізу таких станів. Але автори зазначають, що великий спектр можливих феноменів епілепсії ускладнює розробку наглядної систематики психічних порушень при епілепсіях, тому часто складаються досить узагальнені класифікації з використанням понять «епілептичний психоз», «епілептичні зміни особистості» та «епілептична агресивність», а при самих різноманітних афективних порушеннях у хворих з нападами передбачається наявність «еквівалентів нападів». Автор наголошує на необхідності враховувати закономірність одночасної наявності при епілепсії частих важких переживань, пов'язаних із захворюванням на епілепсію, з одного боку, та з підвищеною вразливістю – з іншої. В такому випадку є можливість виникнення майже нескінченної кількості типів розладів, які нівелюються при спрощенні класифікації.

М. Шендинст [13] пропонує застосовувати принцип вільної практичної класифікації різноманітних порушень, пропонуючи класифікувати симптоми у відповідності з тим, що знаходиться на першому плані: депресивні, психотичні стани або симптоми страху. При наявності психічних розладів автор рекомендує проводити ретельний аналіз на наявність одночасного існування психіатричного та епілептичного захворювання.

При опису психічних порушень при епілепсії М. Шендинст наголошує на аналізі їхнього зв'язку з перебігом та ритмом нападів

Так, наприклад, депресії потрібно розрізняти між:

- психічним реактивним розладом та депресивними дисфоріями, які часто залежать від ритму нападів;
- епізодичні дисфорії, які пов'язані з серією нападів, які є у вільні від нападів проміжки часу;
- ендогенними депресіями, які по перебігу частіше не залежать від ритму нападів.

При аналізі психотичних розладів у хворих на епілепсію необхідно зрозуміти – розгортається психотична симптоматика:

- під час нападу

- після нападу - як психоз після нападу
- в час незвичайно довгої відсутності нападів.
- незалежно від нападів

При порушеннях з афектом страху, важливо зрозуміти – чи є симптом:

- безпосередньою ознакою нападу;
- реактивним феноменом по відношенню до нападу;
- незалежним реактивним хворобливим симптомом.

Наведений спосіб аналізу психотичних станів повертає до аналізу коморбідності психотичної та епілептичної симптоматики, знову пов'язуючи психічний стан та перебіг епілептичних нападів.

Особливою частиною складної діагностики психічного стану хворих на епілепсію є непсихотичні психічні розлади – аналіз етіології та ролі у клінічній картині захворювання. Російська дослідниця А. Л. Максимова [14] описує, що до межових психічних розладів при епілепсії прийнято відносити вторинно-невротичні розлади в наслідок реакції хворого на захворювання та описує спектр порушень як відображення особливостей особистісного реагування хворих. Вона зазначає, що невротоподібні порушення при епілепсії необхідно розподіляти за наявністю чи відсутністю зв'язку їхнього формування з базисними ознаками хвороби. Описує принцип розподілення психічних розладів на пароксизмальні та непароксизмальні. До перших відносить психічні передвісники нападу, психічні компоненти нападу, ідеаторні напади з провідною клінікою психічних розладів, а також психічні наслідки нападу чи еквіваленти нападу. Даний підхід співвідноситься з міжнародною класифікацією та підходом К. Келлермана і М. Шендинста. Крім того А. Л. Максимова зазначає, що розвиток частини психічних порушень і, в першу чергу, розладів межового рівня у хворих на епілепсію може розвиватись іншим шляхом. Автор відокремлює розлади психогенної природи, при яких є можливість розвитку як істинного психогенезу невротичних та феноменологічно близьких синдромів, так і розвиток психопатології за реактивно-опосередкованими механізмами. Це невротоподібні синдроми, як «вторинні» утворення, в яких разом з реактивними механізмами значну роль грає епілептогенез хвороби та відповідний комплекс церебральних впливів, обумовлений органічним враженням (дисфункцією) мозку.

А. Л. Максимова пропонує наступну схему розподілення межових психічних розладів не епілептичної природи у клініці епілепсії:

- преморбідні невротичні (психогенні) синдроми: неврастенічний, психастенічний, істеричний та інші;
- стани декомпенсації у психопатичних особистостях: експлазивно-возбудимого типу, сутяжно-параноїального, мозаїчної структури та інші;
- загострення циклотимних розладів;
- реактивні стани (непсихотичного рівня).

Автор зазначає, що межові розлади не епілептичної природи зустрічаються у 46% випадків у хворих на епілепсію.

При вивченні афективних розладів у хворих на епілепсію українські дослідники пропонують інший спосіб

розподілення неспихотичних розладів. Так І. Н. Стрельникова [15] пропонує у дослідженні наступне розподілення афективних неспихотичних розладів при епілепсії по етіопатогенетичному принципу: нозогенні (11,3%), психогенні (35,7%), викликані впливом лікувальних препаратів (22,3%), та змішані (30,7%). За клінічною структурою в даному дослідженні неспихотичні психічні розлади мають таке розподілення: афективні реакції (24,3%), obsесивно-фобічні реакції (16,9%), депресивні розлади (39,6%), дисфорії (24,2%). При даному розподіленні у етіопатогенетичному напрямку діагностики автор не відображає зв'язок неспихотичних психічних розладів з нападами, а при клінічному розподіленні змішуються невротичні реакції з дисфоріями, які пов'язані з розвитком епілептологічного захворювання.

Деякі дослідники зосереджуються на вивченні окремих афективних станів у хворих на епілепсію [16]. Так Н. М. Дорошенко [17] досліджує агресивний афективний радикал у структурі епілептичних синдромів та описує в дослідженні наступне розподілення клінічних детермінант агресивності за синдромами: психопатоподібний синдром – 25%; психоорганічний – 16,6%; церебростенічний – 4,2%; депресивний – 4,2%; та психотичний – 50,0%. При характеристиці неспихотичних психопатологічних проявів при епілепсії інтеріктальної симптоматики автор наголошує про важливість при виникненні агресії розладів у синдромальних категоріях психопатоподібного та психоорганічного синдромів.

В. Л. Підлубний [18] при клініко-психопатологічному дослідженні описує наступні неспихотичні психічні розлади у хворих на епілепсію: короткочасні та пролонговані депресивні реакції – 20,5%, дисоціативні розлади – 17,5%, obsесивно-компульсивні розлади – 16,4%, реакції з переважанням порушень інших емоцій – 16,4%, іпохондричний розлад – 11,1%, та без виражених порушень – 18,2%. За даним автором загальним для всіх розладів неспихотичного рівня виявилась їх стійкість, клішованість та постійність. В. Л. Підлубний зазначає, що механізм формування невротичних реакцій у хворих на епілепсію в більшій мірі може спиратися не на психотравмуючий зовнішній вплив, а на особистісно-характерологічні особливості хворих.

Таким чином, можна зазначити, що багато дослідників описують неспихотичні психічні розлади при епілепсії з використанням різних способів розподілення та класифікації даних станів. Є спільні тенденції з використанням етіологічного чи клініко-синдромологічного підходу, або у пов'язанні з перебігом хвороби та динамікою нападів. Деякі дослідники пропонують використовувати принцип коморбідності розладів при епілепсії.

В цілому є необхідність формування діагностичної моделі для неспихотичних психічних розладів при епілепсії, яка б враховувала стан хворого за чотирма напрямками (осями) діагностики:

- 1 ось – симптоматика епілепсії (перебіг нападів, динаміка) та її зв'язок з неспихотичними психічними розладами;
- 2 ось – органічні зміни та вплив на формування неспихотичних психічних розладів;
- 3 ось – особистісні зміни хворих та взаємозв'язок з неспихотичними психічними розладами;
- 4 ось – коморбідні неспихотичні психічні розлади при епілепсії та трансформація даних розладів під впливом епілептогенезу.

Література:

1. Максимова А. Л. Лечение эпилепсии и качество жизни больных: применение Депакина и Депакина-хроно / А. Л. Максимова // Психиатрия и психофармакотерапия, 2000. – Т.2. №3 – С.27-29.
2. Басамыгин А. В. Клинико-психопатологические особенности аффективных нарушений у больных эпилепсией / А. В. Басамыгин, Д. М. Незметдинова // 14 съезд психиатров России. – М., 2005. – С.241.
3. Зенков Л. Р. Клиническая эпилептология (с элементами нейрофизиологии) / Л. Р. Зенков // М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. – 416 с.
4. Болдырев А. И. Психические особенности больных эпилепсией / А. И. Болдырев – М.: Медицина, 2000. – С.138 – 140.
5. Смышляев Э. Б. Исходные состояния эпилепсии, эпилептическое слабоумие: Дис. канд. мед. наук – Перм – 1959. – 302с.
6. Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten / Springer – 1929. – 638p.
7. Сухарева Г. Е. Клиника эпилепсий у детей и подростков. Проблемы теоретической и практической медицины. Сб.8. – 1938. – С. 234-251.
8. Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых. – М.: Медицина. – 1984. – 288с.
9. Мельник, В. И. Эпилепсия в судебно-психиатрической клинике: Монография / В. И. Мельник // К.: Наук. світ – 2005. – 296с.
10. Светличная Е. В. Психопатологические расстройства у подростков, больных эпилепсией, с различным уровнем интеллектуальной недостаточности / Е. В. Светличная // Проблемы современной медицинской науки та освіти – 2007. – №4. – С. 73 – 74.
11. Киссин М. Я. Эпидемиология психических расстройств у больных эпилепсией в Санкт-Петербурге / М. Я. Киссин, Незнамов Н. Г. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т.16. – №4. – С. 5 – 9.
12. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / отв. ред. и сост. Дж. Э. Купер [пер. с англ. Д.Полтавца] – К.: Сфера, 2000. – 464с.
13. Практическая эпилептология. / Под. ред. К. Келлермана. Republica Moldova, Chisinau, «Tipografia Centrale», 1999, 144с.
14. Максимова А. Л. Невротические психические расстройства при эпилепсии / А. Л. Максимова, Е. В. Железнова // РМЖ – 2001. – Т.9. – №25. – С.56 – 69.
15. Стрельникова И. Н. Клинико-психопатологические особенности аффективных расстройств у больных эпилепсией / И. Н. Стрельникова // Украинский медицинский альманах. – Луганськ – 2002. – №6. – С. 137– 139.
16. Андрейко Д. М. Тревожно-фобические расстройства у больных височной эпилепсией / Д. М. Андрейко // Украинский вестник психоневрологии. – 2007. – Т.15. – вып.3 (52). – С. 28 – 29.
17. Дорошенко Н. М. Богатоосовий підхід до вивчення агресивності хворих на органічне ураження головного мозку та епілепсію, котрі спостерігаються амбулаторно / Н. М. Дорошенко // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2005. – №2(8). – С.33 – 38.
18. Подлубний В. Л. Невротические психические особенности больных эпилепсией. / В.Л. Подлубный // Запорожский медицинский журнал. – 2006. – №1. – С.80 – 81.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕПСИХОТИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

В.В. Завгородняя

В статье предложен обзор представлений о неспихотических психических расстройствах при эпилепсии, проведен анализ разнонаправленных классификаций. Предложена модель диагностики неспихотических психических расстройств при эпилепсии.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, эпилепсия

PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS DURING EPILEPSY

V. ZAVGORODNYA

The article deals with an overview of nonpsychotic mental disorders during epilepsy, the analysis of different classifications. The author proposes a model of nonpsychotic mental disorders during epilepsy.

Keywords: nonpsychotic mental disorders, epilepsy

УДК 616.858-008.6:616.893-053.94:616.89-07

Д. Ю. Сайко

РЕСУРСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

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

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, депрессивные расстройства, дифференцированная, ресурсно-ориентированная терапия

Среди дегенеративных заболеваний головного мозга болезнь Паркинсона (БП) занимает особое место в связи с ее высокой распространенностью, тяжестью своего течения, недостаточностью изученности, затруднениями в эффективной диагностике, высокой коморбидностью с психическими расстройствами и несовершенством методов лечения [1; 8].

Особую актуальность представляют собой депрессивные расстройства в клинике БП, которые отмечаются у 40–90% больных БП и оказывают значимое негативное влияние на качество и продолжительность жизни пациентов [2; 3; 6]. Доказано, что депрессия коррелирует с быстрым прогрессированием БП, снижением когнитивных функций и уровня выполнения занятий повседневной жизни, а также является фактором риска развития деменции при болезни Паркинсона [7].

Применение современных подходов лекарственной терапии, уменьшающих тяжесть двигательных симптомов БП, позволяет значительным образом улучшить качество жизни пациентов. Однако подходы к лечению нервно-психических проявлений заболевания, в частности депрессивных расстройств, пока разработаны недостаточно, что и обусловило цель данной работы [4; 5; 9].

Целью данной работы явилась разработка и апробация системы терапии депрессивных расстройств у больных БП с учетом особенностей формирования, формы и клиники депрессивного расстройства личностного и социального ресурса больного.

Основой для разработки системы ресурсно-ориентированной терапии депрессий у больных с БП служили результаты комплексного клинико-психопатологического и патопсихологического исследования больных БП, осложненной депрессиями, в ходе которого были выделены основные этиопатогенетические факторы, клинические особенности протекания и патопсихологические механизмы формирования разных форм депрессивной патологии при БП, а также факторы формирования аутоагрессивного поведения у данных больных.

Согласно проведенному исследованию, в структуре психической патологии у больных БП преобладали депрессивные расстройства – депрессии F06.36, F43.21, F33.0-33.1 (61,9%).

В качестве основных этиопатогенетических факторов формирования невротических депрессий (F43.21) у больных БП были выделены: женский пол (66,1%), возраст $54,4 \pm 4,2$ года, занятость преимущественно в сфере умственного труда (89,8%), высшее (незаконченное высшее) образование (89,8%), статус вне брака (72,9%), хроническая соматическая патология (52,5%), наследственная отягощенность аффективной патологией (55,9%), невропатическая конституция (77,9%), интровертированные (69,5%), тревожные (66,1%) и аффективно-ригидные (42,4%) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (81,4%) острого воздействия (64,6%), связанных с БП; длительность БП $4,1 \pm 0,8$ лет, дрожательная форма ($r = 0,64$), быстрый тип прогрессирования ($r = 0,72$), 2–2.5 стадия ($r = 0,6$), 80%-70% двигательная активность (60,9%), умеренно-легкая выраженность клиники БП (0,5–1,7 (MDS-UPDRS)), легкая выраженность двигательных осложнений (0,5–0,7 (MDS-UPDRS)), сохраненный когнитивный уровень (72,9%).

Основными клиническими особенностями невротической депрессии (F43.21) у больных БП являлись умеренно-легкая степень депрессии ($25,4 \pm 3,7$ (Монтгомери-Асберга)) (77,9%) с ведущими обсессивными (37,3%) и истерическими (30,5%) расстройствами: субъективно высказываемые признаки подавленного настроения выраженной степени ($4,5 \pm 0,7$ (Монтгомери-Асберга)), выраженная тревога ($16,8 \pm 3,1$ (CAS)), напряжение, боязнь, страх, обида, неудовлетворенность собой, общее неудовольствие (49,2%–33,9%); двигательное беспокойство (69,5%) и манерность умеренной степени (54,2% (PANSS)); ипохондрические идеи (64,4%), снижение уровня интересов (52,5%), навязчивые мысли (52,5%), трудности в принятии решений (49,2%), мысли о самоубийстве (35,6%) легкой степени ($1,2 \pm 0,1$ (Монтгомери-Асберга)); вегетативно-висцеральные кризы, вегетативные нарушения сердечно-сосудистой, моче-выделительной, дыхательной систем, головные боли (54,2%–30,5%), умеренно-выраженные нарушения сна и аппетита ($3,8 \pm 0,4$ и $4,1 \pm 0,6$ (Монтгомери-Асберга)).

Среди этиопатогенетических факторов формирования эндогенных депрессий (F33.0-33.1) у больных БП

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, эпилепсия

PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS DURING EPILEPSY

V. ZAVGORODNYA

The article deals with an overview of nonpsychotic mental disorders during epilepsy, the analysis of different classifications. The author proposes a model of nonpsychotic mental disorders during epilepsy.

Keywords: nonpsychotic mental disorders, epilepsy

УДК 616.858-008.6:616.893-053.94:616.89-07

Д. Ю. Сайко

РЕСУРСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

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

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, депрессивные расстройства, дифференцированная, ресурсно-ориентированная терапия

Среди дегенеративных заболеваний головного мозга болезнь Паркинсона (БП) занимает особое место в связи с ее высокой распространенностью, тяжестью своего течения, недостаточностью изученности, затруднениями в эффективной диагностике, высокой коморбидностью с психическими расстройствами и несовершенством методов лечения [1; 8].

Особую актуальность представляют собой депрессивные расстройства в клинике БП, которые отмечаются у 40–90% больных БП и оказывают значимое негативное влияние на качество и продолжительность жизни пациентов [2; 3; 6]. Доказано, что депрессия коррелирует с быстрым прогрессированием БП, снижением когнитивных функций и уровня выполнения занятий повседневной жизни, а также является фактором риска развития деменции при болезни Паркинсона [7].

Применение современных подходов лекарственной терапии, уменьшающих тяжесть двигательных симптомов БП, позволяет значительным образом улучшить качество жизни пациентов. Однако подходы к лечению нервно-психических проявлений заболевания, в частности депрессивных расстройств, пока разработаны недостаточно, что и обусловило цель данной работы [4; 5; 9].

Целью данной работы явилась разработка и апробация системы терапии депрессивных расстройств у больных БП с учетом особенностей формирования, формы и клиники депрессивного расстройства личностного и социального ресурса больного.

Основой для разработки системы ресурсно-ориентированной терапии депрессий у больных с БП служили результаты комплексного клинко-психопатологического и патопсихологического исследования больных БП, осложненной депрессиями, в ходе которого были выделены основные этиопатогенетические факторы, клинические особенности протекания и патопсихологические механизмы формирования разных форм депрессивной патологии при БП, а также факторы формирования аутоагрессивного поведения у данных больных.

Согласно проведенному исследованию, в структуре психической патологии у больных БП преобладали депрессивные расстройства – депрессии F06.36, F43.21, F33.0-33.1 (61,9%).

В качестве основных этиопатогенетических факторов формирования невротических депрессий (F43.21) у больных БП были выделены: женский пол (66,1%), возраст $54,4 \pm 4,2$ года, занятость преимущественно в сфере умственного труда (89,8%), высшее (незаконченное высшее) образование (89,8%), статус вне брака (72,9%), хроническая соматическая патология (52,5%), наследственная отягощенность аффективной патологией (55,9%), невропатическая конституция (77,9%), интровертированные (69,5%), тревожные (66,1%) и аффективно-ригидные (42,4%) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (81,4%) острого воздействия (64,6%), связанных с БП; длительность БП $4,1 \pm 0,8$ лет, дрожательная форма ($r = 0,64$), быстрый тип прогрессирования ($r = 0,72$), 2–2.5 стадия ($r = 0,6$), 80%-70% двигательная активность (60,9%), умеренно-легкая выраженность клиники БП (0,5–1,7 (MDS-UPDRS)), легкая выраженность двигательных осложнений (0,5–0,7 (MDS-UPDRS)), сохраненный когнитивный уровень (72,9%).

Основными клиническими особенностями невротической депрессии (F43.21) у больных БП являлись умеренно-легкая степень депрессии ($25,4 \pm 3,7$ (Монтгомери-Асберга)) (77,9%) с ведущими обсессивными (37,3%) и истерическими (30,5%) расстройствами: субъективно высказываемые признаки подавленного настроения выраженной степени ($4,5 \pm 0,7$ (Монтгомери-Асберга)), выраженная тревога ($16,8 \pm 3,1$ (CAS)), напряжение, боязнь, страх, обида, неудовлетворенность собой, общее неудовольствие (49,2%–33,9%); двигательное беспокойство (69,5%) и манерность умеренной степени (54,2% (PANSS)); ипохондрические идеи (64,4%), снижение уровня интересов (52,5%), навязчивые мысли (52,5%), трудности в принятии решений (49,2%), мысли о самоубийстве (35,6%) легкой степени ($1,2 \pm 0,1$ (Монтгомери-Асберга)); вегетативно-висцеральные кризы, вегетативные нарушения сердечно-сосудистой, моче-выделительной, дыхательной систем, головные боли (54,2%–30,5%), умеренно-выраженные нарушения сна и аппетита ($3,8 \pm 0,4$ и $4,1 \pm 0,6$ (Монтгомери-Асберга)).

Среди этиопатогенетических факторов формирования эндогенных депрессий (F33.0-33.1) у больных БП

были выделены: мужской пол (72,2%), возраст $62,6 \pm 2,1$ года, умственный труд (83,3%), высшее (незаконченное высшее) образование (80,6%), наследственная отягощенность аффективной патологией (72,2%), дистимические (77,8%) и интровертированные (58,3%) преморбидные особенности; длительность БП $2,4 \pm 2,1$ лет, акинетико-ригидная форма ($r=0,56$), умеренный тип прогрессирования ($r=0,8$), 1-1.5 стадия ($r=0,63$), 80% двигательная активность (44,4%), умеренно-легкая выраженность клиники БП (0,5-1,7 (MDS-UPDRS)), легкая выраженность двигательных осложнений (0,5-0,8 (MDS-UPDRS)), сохраненный когнитивный уровень (75,0%).

Основными клиническими особенностями эндогенных депрессий (F33.0-33.1) у больных БП являлись умеренно-тяжелая степень депрессии ($32,3 \pm 5,1$ (Монтгомери-Асберга)) с ведущим тоскливым синдромом (52,8%): суточные колебания настроения, горе, тоска, эмоциональная отчужденность, печаль, ангедония умеренной степени ($3,4 \pm 0,2$ (Монтгомери-Асберга)), апатия умеренной степени ($1,1 \pm 0,3$ (MDS-UPDRS)) (86,1%–44,4%); рудиментарные (55,6%) и ступорозные (33,3%) двигательные расстройства; расстройства воли (72,2%), пессимистические мысли выраженной степени ($4,6 \pm 0,6$ (Монтгомери-Асберга)), снижение уровня интересов (63,9%), социальная отстраненность (58,3%), идеи малоценности (52,8%), мысли о самоубийстве (38,9%) умеренной степени ($3,7 \pm 0,5$ (Монтгомери-Асберга)), чувство вины сильной выраженности (36,1% (PANSS)); снижение массы тела, запоры, нарушения сна и аппетита выраженной степени ($4,3 \pm 0,3$ и $4,6 \pm 0,7$ (Монтгомери-Асберга)), сексуальные нарушения (72,2–55,6%).

Ведущими факторами этиопатогенеза органической депрессии (F06.36) у больных БП выступали: мужской пол (76,4%), возраст $66,1 \pm 2,5$ года, умственный труд (78,7%), высшее (незаконченное высшее) образование (73,0%), статус вне брака (75,3%), наследственная отягощенность аффективной патологией (51,7%), дистимические (68,5%) и возбудимые (53,9%) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (58,4%) хронического действия (63,5%), связанных с ухудшением материально-бытовых условий, страхом потерять работу, потерей социального статуса, собственными неблагоприятными поступками ($58,4-46,1\%$); длительность БП $15,5 \pm 2,0$ лет, акинетико-ригидно-дрожательная форма ($r=0,72$), медленный тип прогрессирования ($r=0,78$), 3 стадия ($r=0,67$), 60% дневная активность (55,1%), умеренная выраженность клиники БП ($1,1-1,6$ (MDS-UPDRS)) и двигательных осложнений ($1,1-1,4$ (MDS-UPDRS)), умеренный когнитивный дефицит (66,3%).

Особенностями клиники органических депрессий (F06.36) у больных БП являются умеренная степень депрессии ($28,1 \pm 1,8$ (Монтгомери-Асберга)) с ведущими астено-анергическими проявлениями органического генеза (65,2%): астения, усталость выраженной степени ($4,8 \pm 0,9$ (Монтгомери-Асберга)), эмоциональная лабильность, слабодушие, тоска, напряженность средней степени (PANSS), безразличие, апатия умеренной степени ($1,3 \pm 0,2$ (Монтгомери-Асберга)) (80,9–37,1%);

пессимистические мысли выраженной степени ($4,7 \pm 0,8$ (Монтгомери-Асберга)), быстрая истощаемость психической деятельности, снижение уровня концентрации внимания, ригидность мышления, чувство вины умеренной степени (PANSS), нарушения абстрактного мышления средней степени (PANSS), расстройства памяти (88,8–40,4%); ухудшение коммуникативных функций (73,0%), расстройства воли (68,5%); снижения массы тела, сексуальные нарушения, нарушения аппетита и сна (67,4–39,3%).

Учитывая полученные результаты исследования, были выделены основные принципы терапии депрессивных расстройств при БП, которые включали: дифференцированный подход к терапии и учет ресурсных возможностей больного. Дифференцированный подход к терапии заключался в отборе методов и средств лечения в зависимости от особенностей формирования, течения и клиники депрессивного расстройства; клинических особенностей болезни Паркинсона; особенностей суицидогенеза. Ресурсно-ориентированный подход включал разработку тактики лечения в зависимости от психического, физического, личностного, профессионального и социального ресурса больного. Ресурс характеризует состояние саногенных факторов, противостоящих развитию депрессивного расстройства и последствий болезни Паркинсона, и определяет предел возможного их восстановления.

Анализ данных проведенного исследования позволил установить наличие умеренного физического и умеренно-высокого психического и социального ресурса больных с невротической депрессией (F43.21); умеренного физического, психического и социального ресурса больных с эндогенной депрессией (F33.0-33.1); умеренно-низкого физического, умеренного психического и социального ресурса у больных с органической депрессией (F06.36), что позволило разработать схемы медикаментозного, инструментального и психотерапевтического лечения больных данных категорий.

Разработанная система дифференцированной, ресурсно-ориентированной терапии депрессивных расстройств больных паркинсонизмом состояла из этапа госпитальной и амбулаторной терапии.

На этапе госпитальной терапии осуществлялась диагностика психического, неврологического и соматического состояния больного. Оценивался социальный и профессиональный статус больного и его ресурс. Осуществлялось купирование суицидального поведения и психических расстройств, проводилась терапия, направленная на компенсацию интеллектуального дефекта и лечение болезни Паркинсона. Место проведения лечебно-диагностических мероприятий: стационар психиатрической клиники. Длительность этапа: до 2-х месяцев. Основные специалисты: психиатр, невропатолог, психотерапевт, суицидолог, медицинский психолог, врач соматического профиля. В качестве средств и методов лечения использовалась медикаментозная терапия, психотерапия и инструментальные методы лечения.

Медикаментозная терапия включала в себя: антидепрессанты, транквилизаторы, снотворные, стабилизаторы настроения, вегетативные стабилизаторы, препараты общеукрепляющего действия, средства, стимулирующие метаболические процессы в мозге, препараты, улучшающие мозговой кровоток, биогенные стимуляторы, средства тонизирующего действия, антиоксиданты.

Из инструментальных методов лечения психической патологии у больных паркинсонизмом с депрессией F43.21 использовался метод биологически обратной связи (25–30 ежедневных сеансов по 40–60 минут), у больных с депрессией F33.0–33.1 – метод светотерапии (15 ежедневных сеансов по 1,5–3 часа), у больных паркинсонизмом с депрессией F06.36 – плазмаферез (2 сеанса с интервалом 5–7 дней).

Психотерапевтическая программа лечения включала в себя:

- 1) кризисную психотерапию на основе экзистенциально-гуманистического подхода в модификации Пилигиной В. Я. (2004г.). Проводился этот вид психотерапии у больных с аутоагрессивным поведением как в индивидуальной (5–7 консультативных встреч), так и в групповой и семейной форме (до 2-х месяцев при 2–3-х кратном посещении в неделю);
- 2) индивидуальную когнитивную психотерапию по Beck A. T. (для больных паркинсонизмом с F43.21 и F33.0–33.1);
- 3) когнитивно-поведенческую терапию (методы наводнения, экспозиции, контроля последствий, моделирующего поведения) для больных паркинсонизмом с депрессиями F43.21, F06.36;
- 4) семейную психотерапию (индивидуальную и групповую). Курсом до 2-х месяцев, при 3–4 кратном посещении психотерапевта в первый месяц, и 2–3-х кратном посещении во второй месяц лечения.

На этапе амбулаторной терапии осуществлялась стабилизация психического состояния, проводилась поддерживающая терапия болезни Паркинсона. Социализация и реинтеграция больного паркинсонизмом в общество. Место проведения: психиатрический диспансер, специализированные реабилитационные центры, учреждения социальных служб, центры занятости и профориентации.

На данном этапе терапии использовались следующие методы:

- 1) медикаментозная терапия;
- 2) психотерапия: групповая (2 раза в неделю, курсом 2–4 мес.), семейная психотерапия (2 раза в неделю курсом 2 мес.) и аутотренинг (релаксация с глубоким дыханием – 3 раза в неделю, курсом 2 месяца);
- 3) средства кинезотерапии (2–3 раза в неделю в течение 2 мес., 2 раза в год) и рефлексотерапии;
- 4) методы социальной работы, профессиональное обучение (переобучение), рациональное трудоустройство.

В апробации разработанной системы дифференцированной, ресурсно-ориентированной терапии депрессивных расстройств у больных паркинсонизмом участвовало 129 больных, контрольная группа состояла из

113 больных. Все больные были выбраны из основной группы, участвовавшей в исследовании. Первая группа (основная) прошла курс лечения по разработанной системе, вторая (контрольная) – курс традиционного лечения психических расстройств. Сравнительный анализ результатов эффективности лечебных мероприятий проводился по оценке динамики психического состояния, степени риска суицида, состояния личностного, социально-психологического, профессионального ресурса больного, состояния качества жизни.

Согласно результатам апробации у больных основной группы, после использования разработанной системы терапии, в 72,1% случаев диагностировано психическое здоровье, тогда как после использования традиционных форм лечения психическое здоровье диагностировано только у 38,9% больных (при $p < 0,05$). В контрольной группе больных отмечено большее, чем в основной группе, количество больных с отсутствием позитивной динамики психического состояния (35,4% и 7,8%, при $p < 0,01$) и его ухудшением (7,9% и 4,7%, при $p < 0,05$).

У больных паркинсонизмом основной группы отмечен более низкий уровень намерения суицида, чем у больных контрольной группы, прошедшей лечение по традиционной схеме ($7,8 \pm 2,1$ и $15,1 \pm 1,9$ балла, при $p < 0,05$).

Анализ усредненного профиля СМЛ показал, что у больных контрольной группы были более выражены ипохондрические (1 шкала – 64 ± 6 Т баллов), депрессивные (2 шкала – 68 ± 3 Т баллов, 9 шкала – 48 ± 2 Т баллов), тревожные (7 шкала – 66 ± 5 Т баллов) патопсихологические феномены и отмечался сниженный уровень социальной адаптации (8 шкала – 67 ± 5 Т баллов). В основной группе больных паркинсонизмом эти патопсихологические феномены были выражены значительно меньше (при $p < 0,05$).

По результатам теста М. Люшера в основной группе больных отмечалась более выраженная социально-психологическая адаптация, чем в контрольной группе. В основной группе I-II цветовую позицию преимущественно занимали основные цвета, в то время как в контрольной группе основные цвета смешались к концу ряда.

Среди больных основной группы после проведенной терапии отмечалось преобладание гармоничного типа отношения к болезни (70,5%), по сравнению с больными контрольной группы (32,7%), при $p < 0,01$.

Анализ социально-психологического и профессионального ресурса больных паркинсонизмом основной и контрольной группы свидетельствовал о более высоком ресурсе больных основной группы. Так у 80,6% больных основной группы улучшился социально-психологический ресурс и у 71,3% – профессиональный. Тогда как в контрольной группе только у 51,3% пациентов улучшился социально-психологический ресурс и у 47,8% – профессиональный (при $p < 0,05$).

Оценка интегративного показателя качества жизни, полученная на конец лечения в двух группах больных, так же показала высокую эффективность разработанной системы терапии депрессивных расстройств.

Таким образом, проанализировав качество жизни, клинические, патопсихологические и социально-психологические результаты лечения психических расстройств больных паркинсонизмом, полученные по разработанной системе дифференцированной, ресурсно-ориентированной терапии и традиционной схеме лечения, можно сделать вывод о ее более высокой эффективности в лечении психических расстройств у больных с болезнью Паркинсона, по сравнению с традиционными методами.

Литература:

1. Зальялова, З. А. Немоторные проявления болезни Паркинсона / З. А. Зальялова, Л. А. Яковлева, Э. И. Богданов // Методическое пособие для постдипломного образования. – Казань.-2009.-34 С.
2. Каличук-Слободин, Т. Н. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т. Н. Каличук-Слободин, Ю. И. Головченко, С. И. Шкробот с соавт. // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 1(50), (додаток). – С. 58-59.
3. Московко, С. П. Депрессии при болезни Паркинсона / С. П. Московко, Н. Г. Старинец, Г. С. Московко // НЕЙРОNEWS. – №3/1. – 2008. – С. 55-56.
4. Нодель, М. Р. Мирапекс (прамипексол) в лечении двигательных нарушений при болезни Паркинсона / М. Р. Нодель, Н. Н. Яхно // Журн. неврол. и психиат. им. С. С. Корсакова.- 2008. – № 108 (5). – с. 8-32.
5. Anhedonia, depression, and motor functioning in Parkinsons disease during treatment with Pramipexole/ М. Р. Lemke, Н. М. Brecht, J. K. Koester et al.// J. Neuropsych Clin Neurosci. – 2005. – 17 (2).- P. 14–20.
6. Chaudhuri, K. R. Early Parkinsons disease and non-motor issues/K. R. Chaudhuri, Y. Naidu // J. Neurol. – 2008. – 255 (Suppl. 5). – p. 8-33.
7. Dilley, M. Достижения в области нейропсихиатрии: клиническое значение/ М. Dilley, S. Fleminger // Обзор современной психиатрии. – 2006. –Вып. 30.- с. 23-34
8. Epidemiology of Parkinsons disease / G. Alves, E. B. Forsaa, K. F. Pedersen, et. al. //J. of Neurology. -2008.-Vol.255. – Suppl.5. – P.-18-32.
9. Reicmann, H. Treatment strategies for non motor manifestations of Parkinsons disease/ H. Reicmann, T. Ziemssen// Expert Opin Pharm. – 2009. – 10 (5). – P. 73–84.

РЕСУРСНО-ОРИЄНТОВАНА ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА

Д. Ю. Слайко

На підставі результатів комплексного клініко-психопатологічного та патопсихологічного дослідження депресивних розладів при хворобі Паркінсона розроблена система їх диференційної, ресурсно-орієнтованої терапії. Викладено основні принципи, етапи та методи запропонованої системи терапії. Представлені результати апробації розробленої системи терапії та доведена її висока ефективність, у порівнянні з традиційними методами лікування.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, депресивні розлади, диференційна, ресурсно-орієнтованої терапії

RESOURCE-ORIENTED THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

D. Yu. SAYKO

On the base of results of an integrated clinical-psychopathological and pathopsychological investigation of depressive disorders in Parkinson's disease a system for their differentiated, resource-oriented therapy was developed. The main principles, stages and methods of the proposed system are described. The results of an approbation of the developed system of therapy are presented and its higher efficacy in comparison with traditional methods is demonstrated.

Keywords: Parkinson's disease, depressive disorders, differentiated resource-oriented therapy

УДК 616.89.008.44

Ю. А. Кушнир К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением

Ключевые слова: постшизофреническая депрессия, диагностика психических расстройств

Со времен первых клинических описаний шизофрении классики психиатрии – Е. Краеплин, В. П. Сербский, Е. Bleuler С. С. Корсаков – подчеркивали вклад депрессивной симптоматики в течение данного заболевания. Большинство исследований, изучавших депрессивные проявления при эндогенных психозах, преимущественно были посвящены определению психопатологических особенностей депрессий и их месту в течении шизофренического процесса, выработке методов терапии таких пациентов, а также их ресоциализации [1 – 4]. На передний план современных исследований выступает проблема депрессивного сдвига в патоморфозе шизофрении на фоне общего роста депрессивных расстройств в последние десятилетия. По современным представлениям депрессивные нарушения в структуре шизофрении уступают по частоте встречаемости

лишь галлюцинаторно-параноидной симптоматике и дефицитарным симптомокомплексам [5 – 8]: некоторые исследователи выявили, что до 60% больных шизофренией в ходе течения болезни отмечался хотя бы один эпизод депрессии [9]. Постшизофреническая депрессия (ПШД) – один из наиболее часто встречаемых вариантов депрессии в структуре шизофренического психоза.

Известно, что наиболее часто ПШД формируется у пациентов, страдающих параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения, после первых психотических эпизодов [2 – 4]. Для клинической картины ПШД, развивающейся на начальных этапах течения шизофренического процесса, характерны структурная сложность, атипичность депрессивной симптоматики при стертости витальных проявлений, нарушений циркадного ритма, но с выраженной апатией

Таким образом, проанализировав качество жизни, клинические, патопсихологические и социально-психологические результаты лечения психических расстройств больных паркинсонизмом, полученные по разработанной системе дифференцированной, ресурсно-ориентированной терапии и традиционной схеме лечения, можно сделать вывод о ее более высокой эффективности в лечении психических расстройств у больных с болезнью Паркинсона, по сравнению с традиционными методами.

Литература:

1. Зальялова, З. А. Немоторные проявления болезни Паркинсона / З. А. Зальялова, Л. А. Яковлева, Э. И. Богданов // Методическое пособие для постдипломного образования. – Казань.-2009.-34 С.
2. Каличук-Слободин, Т. Н. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т. Н. Каличук-Слободин, Ю. И. Головченко, С. И. Шкробот с соавт. // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 1(50), (додаток). – С. 58-59.
3. Московко, С. П. Депрессии при болезни Паркинсона / С. П. Московко, Н. Г. Старинец, Г. С. Московко // НЕЙРОNEWS. – №3/1. – 2008. – С. 55-56.
4. Нодель, М. Р. Мирапекс (прамипексол) в лечении двигательных нарушений при болезни Паркинсона / М. Р. Нодель, Н. Н. Яхно // Журн. неврол. и психиат. им. С. С. Корсакова.- 2008. – № 108 (5). – с. 8-32.
5. Anhedonia, depression, and motor functioning in Parkinsons disease during treatment with Pramipexole/ М. Р. Lemke, Н. М. Brecht, J. K. Koester et al.// J. Neuropsych Clin Neurosci. – 2005. – 17 (2).- P. 14–20.
6. Chaudhuri, K. R. Early Parkinsons disease and non-motor issues/K. R. Chaudhuri, Y. Naidu // J. Neurol. – 2008. – 255 (Suppl. 5). – p. 8-33.
7. Dilley, M. Достижения в области нейропсихиатрии: клиническое значение/ М. Dilley, S. Fleminger // Обзор современной психиатрии. – 2006. –Вып. 30.- с. 23-34
8. Epidemiology of Parkinsons disease / G. Alves, E. B. Forsaa, K. F. Pedersen, et. al. //J. of Neurology. -2008.-Vol.255. – Suppl.5. – P.-18-32.
9. Reicmann, H. Treatment strategies for non motor manifestations of Parkinsons disease/ H. Reicmann, T. Ziemssen// Expert Opin Pharm. – 2009. – 10 (5). – P. 73–84.

РЕСУРСНО-ОРИЄНТОВАНА ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА

Д. Ю. СЛІКО

На підставі результатів комплексного клініко-психопатологічного та патопсихологічного дослідження депресивних розладів при хворобі Паркінсона розроблена система їх диференційної, ресурсно-орієнтованої терапії. Викладено основні принципи, етапи та методи запропонованої системи терапії. Представлені результати апробації розробленої системи терапії та доведена її висока ефективність, у порівнянні з традиційними методами лікування.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, депресивні розлади, диференційна, ресурсно-орієнтованої терапії

RESOURCE-ORIENTED THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

D. YU. SAYKO

On the base of results of an integrated clinical-psychopathological and pathopsychological investigation of depressive disorders in Parkinson's disease a system for their differentiated, resource-oriented therapy was developed. The main principles, stages and methods of the proposed system are described. The results of an approbation of the developed system of therapy are presented and its higher efficacy in comparison with traditional methods is demonstrated.

Keywords: Parkinson's disease, depressive disorders, differentiated resource-oriented therapy

УДК 616.89.008.44

Ю. А. Кушнир К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением

Ключевые слова: постшизофреническая депрессия, диагностика психических расстройств

Со времен первых клинических описаний шизофрении классики психиатрии – Е. Краеплин, В. П. Сербский, Е. Bleuler С. С. Корсаков – подчеркивали вклад депрессивной симптоматики в течение данного заболевания. Большинство исследований, изучавших депрессивные проявления при эндогенных психозах, преимущественно были посвящены определению психопатологических особенностей депрессий и их месту в течении шизофренического процесса, выработке методов терапии таких пациентов, а также их ресоциализации [1 – 4]. На передний план современных исследований выступает проблема депрессивного сдвига в патоморфозе шизофрении на фоне общего роста депрессивных расстройств в последние десятилетия. По современным представлениям депрессивные нарушения в структуре шизофрении уступают по частоте встречаемости

лишь галлюцинаторно-параноидной симптоматике и дефицитарным симптомокомплексам [5 – 8]: некоторые исследователи выявили, что до 60% больных шизофренией в ходе течения болезни отмечался хотя бы один эпизод депрессии [9]. Постшизофреническая депрессия (ПШД) – один из наиболее часто встречаемых вариантов депрессии в структуре шизофренического психоза.

Известно, что наиболее часто ПШД формируется у пациентов, страдающих параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения, после первых психотических эпизодов [2 – 4]. Для клинической картины ПШД, развивающейся на начальных этапах течения шизофренического процесса, характерны структурная сложность, атипичность депрессивной симптоматики при стертости витальных проявлений, нарушений циркадного ритма, но с выраженной апатией

(«шизофренической вуалью» по Е. Блейлеру) [10 – 12]. Такая неоднозначность клинической картины ПШД, наблюдаемая уже на начальном этапе эндогенно-психотического процесса, делает ее феноменологически сходной с дефектными состояниями. Это обуславливает включение ПШД в группу так называемых вторичных негативных расстройств и требует адекватных критериев дифференциальной диагностики [4; 13; 14].

Таким образом, вопросы диагностики и терапии ПШД – определение дифференциально-диагностических критериев и прогностической оценки вероятности рецидивирования эпизодов постпсихотической депрессии, анализ степени выраженности социальной дезадаптации, выработка эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий – один из основных фокусов исследований в современной шизофренологии. Практически нет исследований, специально посвященных изучению особенностей динамики течения ПШД у пациентов перенесших то или иное количество психотических приступов, хотя именно такой диагностический анализ позволит определить индивидуальные клинко-патогенетические характеристики развития депрессивных нарушений в шизофреническом процессе и разработать адекватные и эффективные методы их лечения.

Выше названные вопросы стали основой формулирования целей и задач нашего исследования и данного сообщения: изучить особенности клинических характеристик и нарушений социального, личного функционирования у пациентов с первым и повторными эпизодами ПШД.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено рандомизированное исследование 88 пациентов с установленным диагнозом «постшизофреническая депрессия», согласно диагностическим критериям

МКБ – 10 [15]: 58 женщин и 30 мужчин (65,9 и 34,1% соответственно) в возрасте от 18 до 31 года (средний возраст – $25,2 \pm 1,6$ лет). Все пациенты проходили стационарное лечение в Киевской городской клинической психоневрологической больнице №1.

Все обследованные пациенты были разделены на две группы сравнения. В первую группу вошли 38 пациентов (43,2%), проходивших лечение по поводу первого эпизода постпсихотической депрессии (ПШД1), а во вторую – 50 пациентов (56,8%) с эпизодическим, приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении (F20.01), поступивших в стационар по поводу второго или третьего эпизода ПШД (ПШД2-3). В период остроты психотических эпизодов у всех пациентов ведущими были галлюцинаторно-параноидный (61 пациент, 69,3%) и параноидный синдромы (27 пациентов, 30,7%). У 16 пациентов (18, 2%) в рамках параноидного синдрома на высоте психотических переживаний наблюдалась тревожно-бредовая и депрессивно-бредовая симптоматика, которая была купирована в первые четыре недели приема психофармакотерапии. Формирование депрессивного состояния у всех больных стартовало только после купирования продуктивных психотических проявлений, что и позволило квалифицировать данные расстройства как ПШД.

Обследование пациентов включало анализ социо-демографических характеристик пациентов, а также клинко-психопатологическое исследование и психометрическое шкалирование с целью определения типа ПШД, и соответствующих им клинических особенностей в зависимости от того, первый или повторный эпизод депрессии переносят больные. Результаты этой части исследования представлены в Таблицах 1–5. Тип ПШД

Таблица 1

Распределение в группах обследованных больных, согласно социо-демографическим характеристикам, абс. (%)

Учитываемые характеристики		Виды психопатологических расстройств	
		ПШД1	ПШД2-3
Общее количество больных в группах		38 (43,2)	50 (56,8)
Пол	мужской	13 (34,2)	17 (34,0)
	женский	25 (65,8)* $p = .005$	33 (66,0)* $p = .001$
Возраст	18 – 22 лет	17 (44,7)**	2 (4,0)
	23 – 27 лет	20 (52,6)	20 (40,0)
	27 – 31 лет	1 (2,6)	28 (56,0)**
Образование	незаконченное среднее	3 (7,9)	2 (4,0)
	среднее, среднее специальное	24 (63,2)	34 (68,0)
	высшее образование (законченное и неоконченное)	11 (28,9)	14 (28,0)
Занятость	работающие	3 (7,9)	14 (28,0)**
	безработные	20 (52,6)	33 (66,0)
	студенты, учащиеся	15 (39,5)**	-
	инвалидность	-	3 (6,0)* $p = .042$
Семейный статус	неженатые (незамужние)	37 (97,4)**	27 (54,0)
	женатые, незарегистрированный брак	1 (2,6)	18 (36,0)**
	разведенные	-	5 (10,0)* $p = .001$

Примечание: согласно ДТТРД: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ ($p = .000$).

Таблиця 2

Распределение обследованных больных в группах в зависимости от типа ПШД, абс. (%)

Тип ПШД	ПШД1	ПШД2-3	ПШД1	ПШД2-3	ПШД1	ПШД2-3
	женщины (N = 25)	женщины (N = 33)	мужчины (N = 13)	мужчины (N = 17)	всего (N = 38)	всего (N = 50)
апатно-адинамический	10 (40,0)* p = .047	9 (27,3)	7 (53,8)* p = .043	6 (35,3)	17 (44,7)* p = .047	15 (30,0)
тоскливо-адинамический	4 (16,0)	10 (30,3)* p = .033	2 (15,4)	2 (11,7)	6 (15,8)	12 (24,0)
астено-ипохондрический	4 (16,0)	7 (21,2)	-	1 (5,9)	4 (10,5)	8 (16,0)
астено-фобический	7 (28,0)* p = .033	5 (15,2)	1 (7,7)	3 (17,6)	8 (21,1)	8 (16,0)
дисфорический	-	2 (6,1)	3 (23,1)	5 (29,4)	3 (7,9)	7 (14,0)

Примечание: согласно ДТТРД: * p < 0,05.

Таблиця 3

Данные психометрического исследования в группах обследованных больных по шкале оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), в баллах, M ± m

Шкалы	Тип ПШД	ПШД1 (N = 38)	ПШД2-3 (N = 50)
Позитивных симптомов	Суммарный балл	13,74 ± 2,29	14,14 ± 2,84
	апатно-адинамический ¹	14,0 ± 2,47	14,0 ± 3,12
	тоскливо-адинамический ²	13,83 ± 2,04	14,58 ± 3,03
	астено-ипохондрический ³	11,75 ± 2,22	13,63 ± 2,72
	астено-фобический ⁴	13,75 ± 2,12	14,5 ± 2,88
	дисфорический ⁵	14,67 ± 2,31	13,86 ± 2,67
Негативных симптомов	Суммарный балл	18,47 ± 3,97	21,6** ± 3,08
	апатно-адинамический	18,53 ± 4,16	21,6* ± 3,71 p = .018
	тоскливо-адинамический	17,83 ± 3,86	21,9* ± 2,42 p = .025
	астено-ипохондрический	17,0 ± 5,09	20,88 ± 3,56
	астено-фобический	17,75 ± 3,05	21,13* ± 3,31 p = .026
	дисфорический	23,33 ± 1,15	22,14 ± 2,27
Общей психопатологии	Суммарный балл	68,17 ± 5,79	70,87 ± 4,04
	апатно-адинамический	65,06 ± 6,52	67,0 ± 10,55
	тоскливо-адинамический	66,17 ± 6,55	66,58 ± 10,37
	астено-ипохондрический	79,75 ± 4,79	79,88 ± 8,37
	астено-фобический	65,25 ± 13,22	64,0 ± 5,55
	дисфорический	50,33 ± 12,58	67,57 ± 7,28
Дополнительная (оценки риска агрессии)	Суммарный балл	10,24 ± 2,28	12,8** ± 2,38
	апатно-адинамический	9,71 ± 1,53	12,73** ± 2,09
	тоскливо-адинамический	9,33 ± 2,06	13,33* ± 1,92 p = .003
	астено-ипохондрический	11,0 ± 0,81	11,5 ± 1,41
	астено-фобический	9,63 ± 1,92	10,75 ± 2,05
	дисфорический	15,67 ± 1,15	15,86 ± 1,67
Общий суммарный балл		110,62 ± 14,33	119,41** ± 12,34

Примечание: 1 – Апатно-адинамический тип ПШД (N1 = 17, N2-3 = 15); 2 – Тоскливо-адинамический тип ПШД (N1 = 6, N2-3 = 12); 3 – Астено-ипохондрический тип ПШД (N1 = 4, N2-3 = 8); 4 – Астено-фобический тип ПШД (N1 = 8, N2-3 = 8); 5 – Дисфорический тип ПШД (N1 = 3, N2-3 = 7).
согласно ДТТРД: * p < 0,05; ** p < 0,01 (p = .000).

Таблица 4

Данные психометрического исследования в группах обследованных больных по шкале оценки депрессии Калгари у больных шизофренией (CDS), в баллах, $M \pm m$

Критерии шкалы	ПШД1 (N = 38)	ПШД2-3 (N = 50)
1. Депрессивное настроение	2,84 ± 0,41	2,79 ± 0,25
2. Безднадежность	2,87 ± 0,86	2,91 ± 0,96
3. Самоуничижение	2,77* ± 0,76, p = .047	2,6 ± 0,85
4. Идеи обвинения	2,55 ± 0,62	2,46 ± 0,89
5. Патологическое чувство вины	2,64 ± 0,92	2,53 ± 0,93
6. Утренняя депрессия	2,45 ± 0,54	2,7* ± 0,86, p = .001
7. Раннее пробуждение	2,14 ± 1,01	2,54** ± 0,87, p = .000
8. Суицидальные тенденции	2,87* ± 0,98, p = .001	2,52 ± 1,22
9. Наблюдаемая депрессия	2,74 ± 0,86	2,69 ± 0,64
Суммарный балл	23,87 ± 6,96	23,74 ± 7,47

Примечание: согласно ДТТРД: * p < 0,05; ** p < 0,01.

Таблица 5

Данные психометрического исследования в группах обследованных больных по шкале оценки тяжести депрессии (PHQ-9), в баллах, $M \pm m$

Критерии шкалы	ПШД1 (N = 38)	ПШД2-3 (N = 50)
1. Сниженный интерес к повседневным делам	2,64 ± 0,23	2,7 ± 0,14
2. Сниженное настроение, угнетенность, безднадежность	2,87 ± 0,14	2,81 ± 0,17
3. Расстройства сна	2,59 ± 0,26	2,67 ± 0,3
4. Чувство усталости или бессилия	2,78 ± 0,27	2,72 ± 0,28
5. Плохой аппетит или переедание	2,38* ± 0,42, p = .017	2,2 ± 0,23
6. Идеи самообвинения	2,51 ± 0,32	2,7* ± 0,28, p = .001
7. Снижение концентрации внимания	2,56* ± 0,81, p = .001	2,34 ± 0,67
8. Двигательная заторможенность	2,09 ± 0,51	2,28* ± 0,38, p = .018
9. Идеи о самоповреждении	2,76* ± 0,58, p = .001	2,54 ± 0,79
10. Влияние симптомов на выполнение обязанностей или общение	2,87 ± 0,16	2,75 ± 0,24
Суммарный балл	26,05 ± 3,8	25,71 ± 3,48

Примечание: согласно ДТТРД: * p < 0,05.

определялся согласно критериям ее дифференциальной диагностики, предложенным К. Н. Шумской [3], а также согласно традиционному тезаурусу психопатологических синдромов, используемых при проведении клиничко-психопатологического исследования [15, 16]. При проведении психометрического шкалирования были использованы следующие шкалы: оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS) [17], оценки депрессии Калгари у больных шизофренией (CDS) [18], оценки тяжести депрессии (PHQ-9) [19]. Всем пациентам было проведено исследование уровня социального функционирования с помощью шкалы оценки личного и социального функционирования (PSP) [20]. Данное психометрическое тестирование проводилось через две недели после выписки пациента из стационара или после двухнедельного пребывания больного в лечебном отпуске. Проведение этого исследования на этапе выписки из стационара позволяло адекватно оценить уровень

личного и социального функционирования больных при первичной или повторном эпизоде и различных типах ПШД. Оценивая уровень социальных затруднений по шкале PSP, мы использовали балльную оценку от 0 до 6 баллов в зависимости от степени их выраженности. Суммарный балл по этой шкале выставлялся согласно квинтификационной оценке от 0 до 100 баллов с градацией каждого десятка баллов (данные представлены в Табл. 6).

Статистическая обработка данных была осуществлена с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2007 с использованием методов описательной статистики (определение средней и стандартного отклонения) и двухвыборочного t-теста с различными дисперсиями (ДТТРД).

Обсуждение результатов исследования. Полученные результаты обследования больных в группах с первичным и повторными эпизодами ПШД выявили качественные различия в ее клинических проявлениях.

Таблиця 6

Данные психометрического исследования в группах обследованных больных по шкале оценки личного и социального функционирования (PSP), в баллах, $M \pm m$

Тип ПШД	Пункт шкалы	ПШД1 (N = 38)		ПШД2-3 (N = 50)	
		Выраженность затруднений	Суммарный бал	Выраженность затруднений	Суммарный бал
Апато-адинамический (N1 = 17, N2-3 = 15)	a) ¹	4,94 ± 0,2	44,76** ± 1,46	5,47 ± 0,17* p = .047	40,01 ± 3,14
	b) ²	4,64 ± 0,19		5,0 ± 0,14	
	c) ³	3,23 ± 0,25		3,93 ± 0,9* p = .035	
	d) ⁴	1,88 ± 0,21		2,53 ± 0,22* p = .023	
Тоскливо-адинамический (N1 = 6, N2-3 = 12)	a)	5,33 ± 0,21* p = .023	42,83 ± 2,33	4,75 ± 0,22	41,75 ± 1,84
	b)	4,0 ± 0,26		4,58 ± 0,26* p = .047	
	c)	2,83 ± 0,41		3,92 ± 0,9* p = .003	
	d)	1,83 ± 0,31		2,25 ± 0,22* p = .048	
Астено-ипохондрический (N1 = 4, N2-3 = 8)	a)	5,75 ± 0,25	41,74 ± 2,56	5,38 ± 0,18	40,25 ± 2,16
	b)	5,0 ± 0,41		4,25 ± 0,25	
	c)	4,25 ± 0,25		4,5 ± 0,33	
	d)	3,25 ± 0,48		2,75 ± 0,31	
Астено-фобический (N1 = 8, N2-3 = 8)	a)	4,63 ± 0,26	38,12 ± 1,81	4,63 ± 0,18	43,63** ± 1,65
	b)	4,13 ± 0,23		4,25 ± 0,31	
	c)	4,37 ± 0,75* p = .048		3,63 ± 0,91	
	d)	1,75 ± 0,25		2,25 ± 0,67* p = .049	
Дисфорический (N1 = 3, N2-3 = 7)	a)	4,67 ± 3,14	41,0 ± 2,89	4,86 ± 0,67	41,14 ± 2,29
	b)	5,0 ± 0		5,57 ± 0,79	
	c)	4,33 ± 0,67		3,43 ± 1,33	
	d)	4,67 ± 0,33		4,86 ± 0,33	

Примечание: 1 – а) – социально полезная деятельность, включая работу и учебу; 2 – б) – отношения с близкими и прочие социальные отношения; 3 – в) – уход за собой; 4 – г) – конфликтное и агрессивное поведение.
согласно ДТТРД: * p < 0,05; ** p < 0,01 (p = .000).

Анализ социо-демографических данных показал, что в обеих группах статистически достоверно преобладали женщины. Соотношение женщин и мужчин в группах ПШД1 и ПШД2-3 составило 1,92 : 1 и 1,94 : 1 соответственно. Это свидетельствует о более частом развитии ПШД у женщин, что, вероятнее всего, обусловлено частотой распространенности аффективных психопатологических расстройств в целом среди женского пола.

Естественными были различия в группах по возрасту. Достоверно чаще первичный эпизод ПШД наблюдался в возрасте младше 22 лет (44,7%), а повторные эпизоды депрессии фиксировались в возрасте старше 27 лет (56%).

Возрастные особенности больных были причиной статистических значимых различий по критерию занятости. Так в группе ПШД1 существенно чаще первичный эпизод развивался у больных, которые продолжали свою учебу в средне-специальных или в высших учебных заведениях (39,5% случаев), тогда как среди пациентов группы ПШД2-3 преобладали работающие (28% пациентов). То, что суммарно в обеих группах 67,5% больных имели полную трудовую занятость, было связано с длительностью психотического процесса, который не превышал 8 лет. Тем не менее, в обеих группах было выявлено более половины пациентов, которые на момент поступления в стационар не имели работы: 52,6%

случаев – в группе ПШД1 и 66% – в группе ПШД2-3. О более выраженной тяжести психотических расстройств в группе с повторными постпсихотическими депрессиями свидетельствовал тот факт, что среди этих больных было выявлено 3 случая инвалидизации.

Мы не выявили статистической разницы в группах ПШД1 и ПШД2-3 в зависимости от уровня образования.

Анализ семейного статуса также был обусловлен особенностями возраста пациентов в группах. В подавляющем большинстве случаев (97,4%) пациенты с первичной постпсихотической депрессией не имели собственной семьи, тогда как в группе ПШД2-3 36% больных были женатыми или имели незарегистрированный брак. В этой группе у 10% пациентов в анамнезе был зафиксирован развод, и на момент исследования собственной семьи они не имели.

Очевидность социо-демографических различий в сравниваемых группах пациентов важна с точки зрения построения тактики индивидуальной программы ресоциализации пациентов, в которой необходимо учитывать такие особенности.

Наиболее значимым было изучение клинических особенностей ПШД в исследуемых группах пациентов. Необходимо отметить, что полученные результаты носят предварительный характер и требуют дальнейшего изучения.

Наиболее распространенным типом ПШД в обеих группах был апато-адинамический тип, который достоверно чаще выявлялся в группе ПШД1: 44,7% в сравнении с 30% в группе ПШД2-3. Частота формирования апато-адинамического типа ПШД связана с особенностью реакции мозга на психотическое состояние – характерно для этого типа апатия, адинамия и различная степень выраженности абулии могут быть расценены как специфическая «восстановительная» реакция психики после гиперактивности ее процессов в период острого психоза.

Статистически достоверных различий в частоте выявления других типов ПШД зафиксировано не было. В группе ПШД1 вторым по частоте диагностирования был астено-фобический тип с присущей ему витальной астенизацией, интенсивными тревожно-фобическими переживаниями и идеаторной фиксацией на собственной малоценности, бесперспективности и пессимистичности будущего, собственной несостоятельности. Он был зафиксирован у 21,1% больных. В группе ПШД2-3 после апато-адинамического типа чаще всего выявлялась тоскливо-адинамическая депрессия (24% случаев) с проявлениями депрессивной триады, наиболее близкими классической меланхолической депрессии: выраженным аффектом тоски, подавленности с переживанием ничтожности и беспомощности, идеями самоуничтожения и вины, суицидальными тенденциями, преобладанием адинамии над заторможенностью, а также сомато-вегетативными симптомами. В группе ПШД2-3 в сравнении с пациентами с первичным эпизодом ПШД чаще выявлялся астено-ипохондрический тип: 16 и 10,5% случаев соответственно без статистически достоверной разницы.

Этот тип характеризовался полиморфностью компонентов депрессивной триады. На фоне отчетливо сниженного настроения без явной двигательной заторможенности на передний план выступала витальная астенизация (жалобы на потерю «жизненных сил», сверхбыструю утомляемость), выраженные нарушения концентрации внимания, суточные колебания самочувствия с повышенной сонливостью в первой половине дня и наибольшей интенсивностью (по отношению к другим типам ПШД) сомато-вегетативных расстройств, сенестопатических и ипохондрических идей. Дисфорический тип преобладал в группе ПШД2-3 (14% случаев при 7,9% – в группе ПШД1) с характерной атипией эмоционального и идеаторного компонентов депрессивной триады: выраженностью тоскливо-меланхолических переживаний в сочетании с мрачно-злобным, дисфорическим аффектом, стойкими суицидальными тенденциями на фоне интенсивных идей бесперспективности будущего. Такое разнообразие клинических вариантов ПШД, а также достоверные и трендовые различия по частоте их встречаемости свидетельствуют о необходимости проведения тщательной дифференциальной диагностики клинической картины при первичном и повторных эпизодах постпсихотической депрессии.

Результаты психометрического исследования у обследованных больных подтвердили основной тезис данного исследования о наличии качественных патогенетических изменений в клинической картине ПШД при ее повторных эпизодах.

Анализ данных, полученных по шкале PANSS выявил статистически достоверные отличия в группах ПШД1 и ПШД2-3 по общему суммарному баллу. Как и ожидалось, более глубокие психопатологические изменения наблюдались в группе пациентов с повторными эпизодами ПШД. Но статистически достоверные различия в выраженности психической патологии были выявлены только по отдельным шкалам, в частности по шкале негативных расстройств (у больных с апато-адинамическим, тоскливо-адинамическим и астено-фобическим типами ПШД)

Анализ данных по шкале позитивных симптомов выявил статистически недостоверную тенденцию к большей выраженности продуктивной симптоматики при тоскливо-адинамическом, астено-ипохондрическом и астено-фобическом типах в группе ПШД2-3. Тогда как выраженность позитивных симптомов при апато-адинамическом типе равна в обеих сравниваемых группах, а при дисфорическом типе она выше в группе ПШД1. Также в группе ПШД2-3 были выявлены достоверно более высокие баллы по шкале оценки риска агрессии у пациентов с апато-адинамическим и тоскливо-адинамическим типами и без статистической значимости – при астено-ипохондрическом и астено-фобическом типах ПШД. Шкала общей психопатологии не выявила статистически значимых различий в сравниваемых группах.

Таким образом, можно утверждать, что повторное развитие эпизодов постпсихотической депрессии сопровождается общим утяжелением выраженности

позитивных и негативных психопатологических нарушений практически при всех типах ПШД.

Теме не менее, анализ выраженности основных проявлений депрессивного синдрома, согласно шкале CDS и самоопроснику PHQ-9, показал, что выраженность собственно депрессивных проявлений имеет разную представленность в группах обследованных больных. В соответствии с результатами шкалы CDS уровень значений по показателям безнадежности, утренней депрессии и раннего пробуждения был выше в группе ПШД2-3. При этом показатели нарушения циркадных ритмов, типичные для тяжелого депрессивного синдрома, достоверно чаще встречались у больных с повторными эпизодами ПШД. Однако по другим показателям – внешние, наблюдаемые признаки депрессии; угнетенное и депрессивное настроение; идеи обвинения, самоуничтожения и патологическое чувство вины, а также интенсивность суицидальных тенденций – уровень выраженности был выше у пациентов в группе ПШД1. С достоверной разницей выраженность самоуничтожающих и суицидальных идей в этой группе больных превышала уровень значений по данным показателям среди пациентов группы ПШД2-3. Это можно объяснить тем, что постпсихотическая депрессия, развивающаяся после первого психотического эпизода, имеет значительную психотравмирующую нагрузку вследствие формирования тяжелого психического расстройства, остроты перенесенных психотических симптомов и отсутствия механизмов личностной адаптации к болезненному процессу.

Полученные нами результаты по шкале CDS подтверждались данными самоопросника PHQ-9, в котором пациенты субъективно оценивали степень тяжести депрессивной симптоматики. Статистически достоверно и в виде тенденций выраженность апато-абулических проявлений, наблюдаемой двигательной заторможенности, инсомнии была выше у пациентов с повторными эпизодами ПШД. Тогда как уровень значений по показателям витальная астенизация, нарушения в режиме питания и концентрации внимания, суицидальные тенденции, а также патологическое влияние симптомов на выполнение обязанностей или общение были достоверно выше в группе ПШД1. Такую выраженность депрессивной симптоматики в группе больных с первым эпизодом ПШД можно разъяснить тем, что субъективная значимость болезненных переживаний, испытываемых пациентами впервые, часто оказывается более патогенными, нежели объективный уровень выраженности тех или иных симптомов.

Согласно данным шкалы CDS и самоопросника PHQ-9, с формированием повторных эпизодов ПШД меняется не только тип депрессий, но и снижается степень их выраженности (хотя и недостоверно), что необходимо учитывать в клинической практике. Следовательно, терапия первичных ПШД должна быть направлена на интенсивное купирование депрессивной симптоматики и предотвращение возможной реализации саморазрушающих действий.

Важной частью анализа динамического развития ПШД в ходе шизофренического процесса был изучение характеристик личного и социального функционирования в группах обследованных больных по шкале PSP. Результаты шкалирования показали, что эти показатели существенно отличаются при первичном эпизоде и повторном развитии эпизодов ПШД, а также при ее разных типах. Данные тестирования представлены в Таблице 6. Суммарный показатель уровня социального дисфункционирования был достоверно выше при апато-адинамическом типе ПШД, а также имел тенденцию к его повышению при тоскливо-адинамическом и астено-ипохондрическом типах в группе больных ПШД2-3. Тогда как в группе ПШД1 достоверно преобладал уровень социального и личного дисфункционирования при астено-фобическом типе. Характеристики нарушений социального и личного дисфункционирования при дисфорическом типе ПШД существенно не различались в обеих группах пациентов.

В группе ПШД2-3 по всем критериям оценки уровня социальных затруднений был достоверно выше при апато-адинамическом и дисфорическом типах (кроме критерия ухода за собой).

Нарушения функционирования по критерию социальной включенности в деятельность существенно различались при различных типах ПШД, что свидетельствует о важности дифференциации типов постпсихотических депрессивных эпизодов. Нарушения в этой сфере в группе ПШД2-3 были существеннее только при апато-адинамическом типе.

По таким важным показателям социального функционирования, как контакты с близким окружением и конфликтное, агрессивное поведение, выраженность нарушений была существенно выше в группе ПШД2-3 при всех типах за исключением астено-ипохондрическом.

Уровень значений по критерию «уход за собой» при апато-адинамическом и тоскливо-адинамическом типах был достоверно выше в группе ПШД2-3, при астено-ипохондрическом типе также демонстрировал тенденцию к преобладанию выраженности дисфункции по этому критерию. В противовес этому в группе ПШД1 значения этого показателя были выше у больных с астено-фобическим и дисфорическим типами.

Таким образом, в целом проведенное психометрическое исследование пациентов в группах ПШД1 и ПШД2-3 выявило как достоверные различия по изучаемым критериям оценки, так и неоднозначность динамики клинических проявлений ПШД в ходе развития шизофренического процесса и повторном формировании депрессивных эпизодов.

Выводы

1. Исследование 88 пациентов с ПШД подтвердило необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики при ее первичных и повторных эпизодах с использованием клинко-психопатологического и психометрического методов для объективизированной оценки выраженности психопатологических расстройств и степени нарушений социального, личного функционирования.

2. Изучение социо-демографических показателей в группах больных с ПШД1 и ПШД2-3 выявило очевидные различия в сравниваемых группах пациентов по возрасту, занятости и семейному статусу. ПШД достоверно чаще выявляется у женщин, а ее первый эпизод развивается в возрасте до 22 лет. Проблемы с трудовой занятостью характерны для всех больных, но рецидивирование эпизодов ПШД достоверно чаще приводит к инвалидизации пациентов. В группе ПШД2-3 было зафиксировано статистически значимое преобладание проблем в семье, в частности количество разводов, по отношению к группе ПШД1. Выявленные социо-демографические особенности необходимо учитывать при построении тактики психотерапевтической поддержки и коррекции, а также индивидуальной программы ресоциализации пациентов.

3. Разнообразие клинических вариантов ПШД, а также достоверные и трендовые различия по частоте их встречаемости у больных с первичным и повторными эпизодами свидетельствуют о необходимости проведения тщательной дифференциальной диагностики таких расстройств и коррекции тактики лечения конкретных больных в зависимости от выявляемого типа ПШД. Наиболее распространенным типом ПШД, выявляемый в обеих группах преимущественно у женщин, есть апато-адинамический тип. В группе ПШД1 вторым по частоте диагностирования был астено-фобический тип. Он достоверно чаще встречался в этой группе по отношению к пациентам группы ПШД2-3. Также в группе ПШД2-3 и мужчин обеих групп больных достаточно распространенным был дисфорический тип постпсихотической депрессии.

4. Проведенное психометрическое исследование выявило достоверные различия в исследуемых группах и подтвердило тезис, что повторное развитие эпизодов ПШД сопровождается общим достоверным утяжелением выраженности негативных психопатологических нарушений практически при всех ее типах, что зафиксировал анализ данных тестирования по шкале PANSS. Позитивная симптоматика была в большей степени выражена при тоскливо-адинамическом, астено-ипохондрическом и астено-фобическом типах в группе ПШД2-3 (без статистической достоверности). Тогда как при дисфорическом типе ее уровень был выше в группе ПШД1. В группе ПШД2-3 достоверно выше были баллы по шкале оценки риска агрессии при всех типах ПШД.

5. Данные анализа депрессивной симптоматики показали неоднозначность выраженности базисного синдрома в сравниваемых группах. При повторных эпизодах ПШД (по данным шкалы CDS и самоопросника PHQ-9) меняется их тип и наблюдается тренд к снижению степени выраженности депрессивных расстройств. Такие нарушения, как витальная астенизация, суицидальные тенденции, а также патологическое влияние симптомов на выполнение обязанностей или общение, были существенно выше в группе ПШД1, что свидетельствует о крайне интенсивной выраженности депрессивного

синдрома при первом эпизоде постпсихотической депрессии.

6. Полученные результаты изучения нарушений социального и личного функционирования при различных типах ПШД в группах обследованных пациентов показали, что использование при психометрическом исследовании шкалы PSP дает важную информацию о нарушениях социальной компетентности и выраженности дефицитарных расстройств при ПШД в ходе развития шизофренического процесса. Это даст возможность выстраивать адекватную тактику реабилитации больных с первичными и повторными эпизодами постпсихотической депрессии.

Таким образом, проведенное психометрическое исследование пациентов в группах ПШД1 и ПШД2-3 выявило как достоверные различия по изучаемым критериям оценки, так и неоднозначность динамики клинических проявлений ПШД в ходе развития шизофренического процесса и повторном формировании депрессивных эпизодов. Это позволяет осуществлять дальнейшую разработку целенаправленных методов комплексной диагностики ПШД в динамике его развития. Ее внедрение в клиническую практику позволит улучшить реальные возможности по оказанию квалифицированной и эффективной помощи у больных с постпсихотическими депрессиями.

Литература:

1. Тиганов А. С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // *Депрессии и коморбидные расстройства* / Под ред. А. Б. См – у левича. – М.: РАМНИЦПЗ, 1997. – С. 12 – 26.
2. Чайка Ю. Ю. Типология и динамика постшизофренических депрессий // *Український вісник психоневрології*, 1999. – Т. 7. – Вип. 3. – С. 130 – 134.
3. Шумская К. Н. Психопатологические особенности и типология постшизофренических депрессий // *Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние проблемы*. – М., 1998. – С. 169 – 177.
4. Конева О. В. Постшизофреническая депрессия: клинические, адаптационные и реабилитационные аспекты. – Дис... канд. мед. н. – М., 2009. – 210 с.
5. Мурталибов Ш. А. Катамнестическое исследование приступообразной шизофрении с длительными ремиссиями // *Журнал невропатологии и психиатрии*, 1976. – Т. 76. – № 4. – С. 568 – 572.
6. Нанейшвили Г. Б. Исследование некоторых особенностей личности больных параноидной шизофренией с депрессивными расстройствами // *Соц. и клин. психиатрия*, 1994. – № 4. – С. 21 – 24.
7. Мурталибов Ш. А. Катамнестическое исследование приступообразной шизофрении с длительными ремиссиями // *Журнал невропатологии и психиатрии*, 1976. – Т. 76. – № 4. – С. 568 – 572.
8. Шмуклер А. Б., Гурович И. Я., Магомедова М. В. Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 31 – 35.
9. Martin R. L., Cloninger C. R., Guze S. B., Clayton P. B. Frequency and differential diagnosis of depressive syndromes in schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry*. – 1985. – Vol. 46. – № 11. – P. 9 – 13.
10. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. – М., 1993. – 573 с.
11. Аскаров А. А. Особенности ремиссий приступообразной шизофрении с депрессивно-параноидной картиной // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1972. – 13 с.;
12. Мазо Г. Э. Влияние депрессии на течение шизофрении // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2006. – Т. 8. – № 3. – электронный ресурс, режим доступа: http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/06_03/22.shtml
13. Вовин Р. Я., Голеньков А. В., Фактурович А. Я., Шепилин М. Ю. Клиника и типология дефицитарных нарушений при шизофрении.

Постановка проблеми // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение): сб. науч. тр. / Под ред. Р. Я. Вовина. – СПб., 1991. – Т. 130. – С. 6 – 29.

14. Mulholland C., Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management // *Advances in Psychiatric Treatment* (2000). – 6. – P. 169 – 177.
15. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (Под ред. Дж. Купера). – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
16. Мариллов В.В. Общая психопатология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: «Академия», 2008. – 224 с.
17. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М.: Сфера, 2001. – 237 с.
18. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. // *British Journ. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 163 (Suppl 22). – P. 39 – 44.
19. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure // *Journ. General Medicine*. – 2001. – Vol. 16. – P. 606 – 613.
20. Morosini P.-L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – Vol. 101. – P. 323. – 329.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ПРИ АУТОАГРЕСИВНИХ ПРОЯВАХ

Ю. А. Кушнір

Рандомізоване дослідження 88 пацієнтів з постшизофренічною депресією підтвердило значущість проведення її діагностичного аналізу у залежності від кількості перенесених епізодів постпсихотичної депресії у ході шизофренічного процесу. Діагностика складалася з клініко-психопатологічного обстеження (клінічне інтерв'ю) та батареї методик психометричного тестування. Результати дослідження зафіксували достовірну та суттєву різницю в клінічних проявах постшизофренічної депресії у пацієнтів, у котрих вона була визначена вперше в порівнянні з хворими, що перенесли постпсихотичну депресію повторно.

Ключові слова: постшизофренічна депресія, діагностика психічних розладів

CONCERNING THE QUESTION ABOUT THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC OF POSTSCHIZOPHRENIC DEPRESSION

Yu. A. KUSHNIR

The randomized research of 88 patients with post-schizophrenic depression has confirmed that it need and important to carrying out deferential diagnostic analysis of clinical features of it depending on quantity of the postpsychotic depression' episodes in a course of schizophrenic process. Diagnostics included clinical interview and the battery of psychometric testing. It Results of research have fixed essential distinctions in clinical features of post-schizophrenic depressions at patients with the first postpsychotic depression' episode versus the group of patients who have repeated episodes of postpsychotic depression.

Keywords: post-schizophrenic depression, diagnostic of mental disturbances

УДК615.015.14

Л. В. Степаненко

ПОРІВНЯЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АМІНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ СУЧАСНИХ НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ ТРОФІНОТРОПІНІВ ЦЕРЕБРАЛА ТА АДЕМЕНТА КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

Ключові слова: амінокислотний склад, трофінотропіни, пептиди, фракціонування

Проблема нейродеструктивних та нейродегенеративних захворювань мозку, серед яких хвороба Альцгеймера та цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) є однією з найбільш актуальних у сучасній клінічній медицині в зв'язку зі значною частотою їх розвитку, великим відсотком інвалідизації та смертності [1].

Інсульт, як найбільш драматичний прояв ЦВЗ, є другою за частотою виникнення причиною смерті у світі. В 2005 р. він був причиною 5,7 млн фатальних випадків, прогнозується збільшення смертності відінсульту до 6,7 млн в 2015 р. та до 7,7 млн у 2030 р., якщо не будуть прийняті глобальні засоби з вирішення цієї проблеми [2]. У нашій країні, згідно останнім даним центра медичної статистики МЗ України, біля 35,5% усіх мозкових інсультів виникає в осіб працездатного віку. До кінця 1-го року після інсульту до праці повертається біля 20% осіб, що працювали до захворювання [3].

Захворювання Альцгеймера за всесвітньою статистикою (дані 2009 р.) оцінюється в 26,2 млн осіб і за прогнозом до 2050 року кількість випадків цього захворювання збільшиться вчетверо [4].

В даний час не підлягає сумніву, що одним зі шляхів підвищення ефективності терапії цілого ряду захворювань ЦНС (хвороби Альцгеймера, деменції, інсульту, травматичної поразки мозку й інших захворювань) є включення в комплексні схеми лікування в експерименті різних модифікаторів біохімічних реакцій, що мають пептидну природу (цитокінів, хемокинів і т. д.) [5 – 8; 10].

Останні відіграють ключову роль у механізмі виживання нейронів при ішемії, травмі, розвитку нейродегенеративних захворювань і клітинної смерті [8; 9]. Група ендонотерапевтичних факторів, що отримали назву трофінотропінів чи нейротрофінотропних регуляторних факторів of NGF-family (NerveGrowthFactor), активно виробляється клітинами мозку в постінсультному (по-стратравматичному) періоді.

Нейротрофінотропіни являють з себе ціле сімейство поліпептидів, які синтезуються у більшості церебральних структур у вигляді невеликих білків (не більше 118 амінокислот) і належать до фізіологічно визначених пептидів, регулюючих ріст та диференціацію нейронів та

Постановка проблеми // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение): сб. науч. тр. / Под ред. Р. Я. Вовина. – СПб., 1991. – Т. 130. – С. 6 – 29.

14. Mulholland C., Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management // *Advances in Psychiatric Treatment* (2000). – 6. – P. 169 – 177.
15. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (Под ред. Дж. Купера). – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
16. Мариллов В.В. Общая психопатология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: «Академия», 2008. – 224 с.
17. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М.: Сфера, 2001. – 237 с.
18. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. // *British Journ. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 163 (Suppl 22). – P. 39 – 44.
19. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure // *Journ. General Medicine*. – 2001. – Vol. 16. – P. 606 – 613.
20. Morosini P.-L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – Vol. 101. – P. 323. – 329.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ПРИ АУТОАГРЕСИВНИХ ПРОЯВАХ

Ю. А. Кушнір

Рандомізоване дослідження 88 пацієнтів з постшизофренічною депресією підтвердило значущість проведення її діагностичного аналізу у залежності від кількості перенесених епізодів постпсихотичної депресії у ході шизофренічного процесу. Діагностика складалася з клініко-психопатологічного обстеження (клінічне інтерв'ю) та батареї методик психометричного тестування. Результати дослідження зафіксували достовірну та суттєву різницю в клінічних проявах постшизофренічної депресії у пацієнтів, у котрих вона була визначена вперше в порівнянні з хворими, що перенесли постпсихотичну депресію повторно.

Ключові слова: постшизофренічна депресія, діагностика психічних розладів

CONCERNING THE QUESTION ABOUT THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC OF POSTSCHIZOPHRENIC DEPRESSION

Yu. A. KUSHNIR

The randomized research of 88 patients with post-schizophrenic depression has confirmed that it need and important to carrying out deferential diagnostic analysis of clinical features of it depending on quantity of the postpsychotic depression' episodes in a course of schizophrenic process. Diagnostics included clinical interview and the battery of psychometric testing. It Results of research have fixed essential distinctions in clinical features of post-schizophrenic depressions at patients with the first postpsychotic depression' episode versus the group of patients who have repeated episodes of postpsychotic depression.

Keywords: post-schizophrenic depression, diagnostic of mental disturbances

УДК615.015.14

Л. В. Степаненко

ПОРІВНЯЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АМІНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ СУЧАСНИХ НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ ТРОФІНОТРОПІНІВ ЦЕРЕБРАЛА ТА АДЕМЕНТА КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

Ключові слова: амінокислотний склад, трофінотропіни, пептиди, фракціонування

Проблема нейродеструктивних та нейродегенеративних захворювань мозку, серед яких хвороба Альцгеймера та цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) є однією з найбільш актуальних у сучасній клінічній медицині в зв'язку зі значною частотою їх розвитку, великим відсотком інвалідізації та смертності [1].

Інсульт, як найбільш драматичний прояв ЦВЗ, є другою за частотою виникнення причиною смерті у світі. В 2005 р. він був причиною 5,7 млн фатальних випадків, прогнозується збільшення смертності відінсульту до 6,7 млн в 2015 р. та до 7,7 млн у 2030 р., якщо не будуть прийняті глобальні засоби з вирішення цієї проблеми [2]. У нашій країні, згідно останнім даним центра медичної статистики МЗ України, біля 35,5% усіх мозкових інсультів виникає в осіб працездатного віку. До кінця 1-го року після інсульту до праці повертається біля 20% осіб, що працювали до захворювання [3].

Захворювання Альцгеймера за всесвітньою статистикою (дані 2009 р.) оцінюється в 26,2 млн осіб і за прогнозом до 2050 року кількість випадків цього захворювання збільшиться вчетверо [4].

В даний час не підлягає сумніву, що одним зі шляхів підвищення ефективності терапії цілого ряду захворювань ЦНС (хвороби Альцгеймера, деменції, інсульту, травматичної поразки мозку й інших захворювань) є включення в комплексні схеми лікування в експерименті різних модифікаторів біохімічних реакцій, що мають пептидну природу (цитокінів, хемокинів і т. д.) [5 – 8; 10].

Останні відіграють ключову роль у механізмі виживання нейронів при ішемії, травмі, розвитку нейродегенеративних захворювань і клітинної смерті [8; 9]. Група ендонотерапевтичних факторів, що отримали назву трофінотропінів чи нейротрофінотропних регуляторних факторів of NGF-family (NerveGrowthFactor), активно виробляється клітинами мозку в постінсультному (по-стратравматичному) періоді.

Нейротрофінотропіни являють з себе ціле сімейство поліпептидів, які синтезуються у більшості церебральних структур у вигляді невеликих білків (не більше 118 амінокислот) і належать до фізіологічно визначених пептидів, регулюючих ріст та диференціацію нейронів та

забезпечуючих їх функціональну стійкість. У зрілому мозку НРФ здійснюють успішний захист дуже тендітних клітинних елементів від пошкодження, їм належить особлива роль у захисті та відновленні нейрональних структур при різноманітних (токсичних, ішемічних, травматичних) формах агресії. НРФ неопосередковано беруть участь у контролі над процесами апоптозу. Тож, можна стверджувати, що НРФ становлять групу факторів з полівалентною біологічною та фармакологічною дією.

Концепція фармакологічної нейропротекції нейродегенеративних захворювань мозку та ЦВЗ на практиці виявилася досить складною медичною проблемою. Довготривалий пошук ефективних нейропротекторів не призводить до однозначних очікуваних позитивних результатів. Не дивлячись на велику кількість експериментальних дослідів в яких встановлені позитивні якості нових досліджуваних препаратів, в клінічних випробуваннях II і III фази були виявлені значущі побочні ефекти, а застосування препаратів було недостатньо ефективним [11; 12]. При цьому токсичні ефекти зазвичай притаманні молекулам, що отримані методами хімічного синтезу, а препарати біологічного походження в процесі технологічної переробки та очищення втрачають первісну активність [13]. Крім того, для препаратів біологічного походження гостро стоїть проблема вивчення композиційного складу, без вирішення якої препарат не можна просувати як фармацевтичний лікарський засіб.

У пропонованій роботі ми надаємо результати вивчення амінокислотного складу двох препаратів з групи трофінотропінів Церебрала і Адементу. Розроблений авторами [10] новий нейротропний протиінсультний препарат Церебрал одержують з мозку свиней з експериментально відтвореним бінапівкульовим геморагічним інсультом (ГІ). Після виділення й обробки активної речовини, отриманий препарат (Церебрал) являє собою пептидний трофінотропний регуляторний фактор у відношенні цитокінів мозку, що утворюються в ушкоджених тканинах мозку. Цей фактор прискорює процес відновлення і функції альтерованих нейронів, виявляє тригерну, нейроцитопротекторну, трофінотропну та антиоксидантну дію. Адемент являє собою нейротропний препарат, активною речовиною якого є виділена фракція низькомолекулярних пептидів сироватки крові пацієнтів, що знаходяться в стані стабільного перебігу (плато) хвороби Альцгеймера. Цей фактор стимулює процес відновлення нейронів, виявляє нейроцитопротекторну та трофінотропну дію, що дозволяє стабілізувати процес протікання та затримати каскадний механізм проявів хвороби.

Отримані дані будуть корисні для стандартизації та розробки методичної бази визначення цих препаратів в процесі фармацевтичної розробки та реєстрації як лікарських засобів.

Задачі дослідження, об'єкти, методи та апаратура. Ціллю наведеної роботи є вивчення амінокислотного складу препаратів з групи трофінотропінів—Церебрала та Адементу. Вивчали як вміст вільних амінокислот, що містяться в Церебралі, так і вміст амінокислот кожної з

фракцій препарату (після повного кислотного гідролізу). Для Адементу досліджували вміст вільних амінокислот, та амінокислотний склад препарату після повного кислотного гідролізу.

Церебрал — препарат отриманий з кори головного мозку тварин (свиней-самок), в яких був відтворений геморагічний інсульт; контрольний препарат — препарат отриманий з кори головного мозку інтактних тварин).

Адемент — препарат, який в якості діючої речовини містить другу хроматографічну фракцію, отриману при гель-хроматографуванні сироватки крові пацієнтів, що знаходяться в стані стабільного перебігу (плато) хвороби Альцгеймера (низькомолекулярні пептиди з молекулярною масою 1250–1070 Да), контрольним препаратом до Адементу слугує 2-га фракція сироватки крові здорових донорів.

Фракціонування препаратів проводили методом гель-хроматографії на колонці (1,5×50 см), заповненій сефадексом G-15 (фірми "Pharmacia", Швеція).

По 2 мл кожного препарату наносили на колонку, попередньо урівноважену в 0,1 М натрій-фосфатному буфері с рН 8,0 та елюювали зі швидкістю 15 мл/год.

Фракціонування проводили при температурі +4 °С. Пробірки з окремими порціями елюату (збирали в кожну пробірку по 3 мл) накопичували, вимірювали оптичну густину на УФ-спектрофотометрі НМ/Holochrome (фірми "Gilson", Франція).

Для визначення молекулярних мас окремих фракцій отримували хроматограму молекулярно-масового розподілу для розчину порівняння, який містив маркери молекулярних мас (d,l-фенілаланін (М. м.=165), глутамил-триптофан (М. м.=351), лейциненкефалін (М. м.=556), окситоцин (М. м.=1007), ангіотензин I (М. м.=1297), бичачий сироватковий альбумін (компонент, що не утримується на колонці) (М. м.=66000) (фірми "Sigma", USA) .

Розраховували об'єм утримування кожного з компонентів розчину порівняння (V_e), приймаючи пік бичачого сироваткового альбуміну як мертвий об'єм (V_0). Будували калібрувальний графік для залежності відношення (V_e/V_0) від логарифма молекулярних мас.

Кислотний гідроліз препаратів здійснювали 6 н HCl при температурі 110 °С впродовж 24 годин відповідно до стандартної методики [13]. Після гідролізу проби випарювали на роторному випарнику (фірми "Rotadest" Угорщина).

Амінокислотний склад продуктів гідролізу і вміст вільних амінокислот визначали на амінокислотному аналізаторі типу Т-339 (фірми "Мікротехн" Чехословаччина). Використовували колонки, заповнені сульфополістирольною іонообмінною смолою "OstonLgANB" у Li — цитратному буфері. Застосовували східчасте елюювання амінокислот з колонки Li — цитратними буферами з рН 2,75±0,01, рН 2,95±0,01, рН 3,20±0,02, рН 3,80±0,02, рН 5,00±0,02; зразок гідролізату розводили Li — цитратним буфером із рН 2,2. Температура термостатування колонки складала 38,5 °С та 65 °С.

Амінокислоти детектували за допомогою розчину нингідрину на проточному фотометрі при довжині хвилі

560 нм. Кількісну оцінку хроматограм досліджуваного зразка проводили порівнянням з хроматограмою стандартної суміші амінокислот (фірми “BioRad”, USA).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення Statistica (компанії StatSoft, 2008).

Результати та їх обговорення. Результати визначення вмісту вільних амінокислот в Церебралі та контрольному препараті (рис. 1, 2) свідчать, що в тканинах мозку, травмованих відповідно до методики [15] з ціллю моделювання геморагічного інсульту накопичуються глутамінова, аспарагінова кислоти та γ -аміно-масляна кислота.

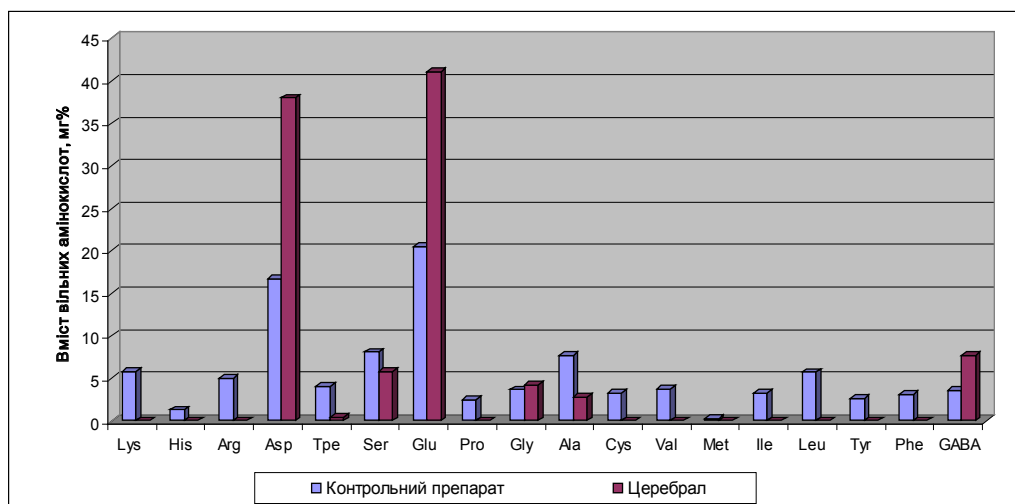


Рис. 1. Гістограма амінокислотного складу (за вмістом вільних амінокислот) препарату Церебрал (екстракт кори головного мозку дослідних тварин) порівняно з контрольным препаратом (екстракт кори головного мозку інтактних тварин).

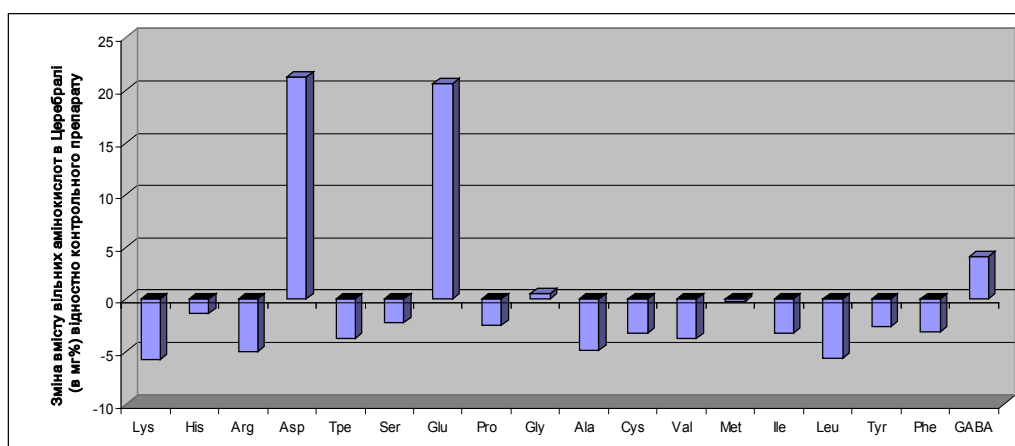


Рис. 2. Якісна та кількісна відмінність амінокислотного складу (за вмістом вільних амінокислот) препарату Церебрал (екстракт кори головного мозку дослідних тварин) і контрольного препарату (екстракт кори головного мозку інтактних тварин).

Після фракціонування препарату Церебрал та контрольного препарату на сефадексі та порівняння з хроматограмою стандартних маркерів молекулярних мас було встановлено, що екстракти кори головного мозку дослідних та контрольних тварин складаються з чотирьох основних пептидних фракцій: I фракція складається з білків та олігопептидів з М. м більш за 1500 Да, II фракція містить поліпептиди з вагою 1250–1070 Да, III фракція – пептиди 680–370 Да, IV фракція – амінокислоти та низькомолекулярні пептиди з масою менше 250 Да.

Нижче на рис. 3–5 наведені результати визначення амінокислот в нефракціонованому препараті Церебрал та його окремих фракціях, діапазони молекулярні мас яких визначені в попередньому експерименті.

Результати визначення вмісту вільних амінокислот в Церебралі та контрольному препараті (рис. 1, 2) свідчать, що в тканинах мозку, травмованих відповідно до методики [15] з ціллю моделювання геморагічного інсульту

накопичуються глутамінова, аспарагінова кислоти та γ -аміно-масляна кислота.

Нефракціонований препарат (після проведення повного кислотного гідролізу) вміщував збільшені кількості глутамінової та аспарагінової кислот при зниженні концентрації серина в порівнянні з нефракціонованим контрольным препаратом.

Перша фракція Церабрала (високомолекулярна, >1500 Да) відрізняється збільшеним вмістом глутамінової кислоти та проліна в порівнянні з першою фракцією контрольного препарату.

У другій фракції, яка складається з низькомолекулярних пептидів (1250–1070 Да) кількісний аналіз встановив значуще підвищення концентрації глутамінової кислоти, лізіна, аланіна, γ -аміномасляної кислоти, треоніна та серина в порівнянні з контрольным препаратом, наявне також значне зниження концентрації проліна, лейцинаїтирозіна.

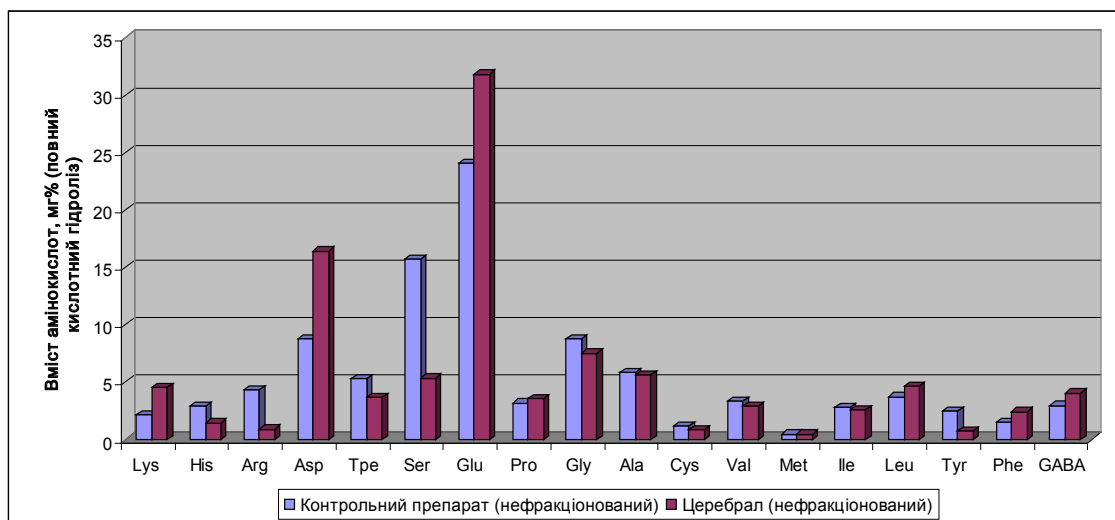


Рис. 3. Гістограма амінокислотного складу нефракціонованого препарату Церебрал (екстракт кори головного мозку дослідних тварин) порівняно з нефракціонованим контрольним препаратом (екстракт кори головного мозку інтактних тварин) після повного кислотного гідролізу.

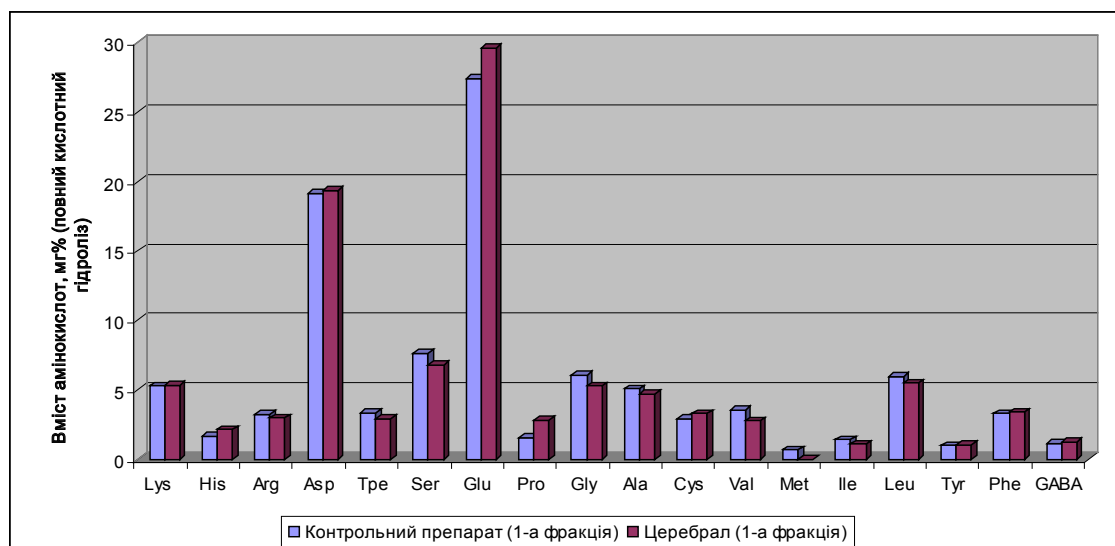


Рис. 4. Гістограма амінокислотного складу 1-ї хроматографічної фракції препарату Церебрал порівняно з 1-ю хроматографічною фракцією контрольного препарату (після повного кислотного гідролізу).

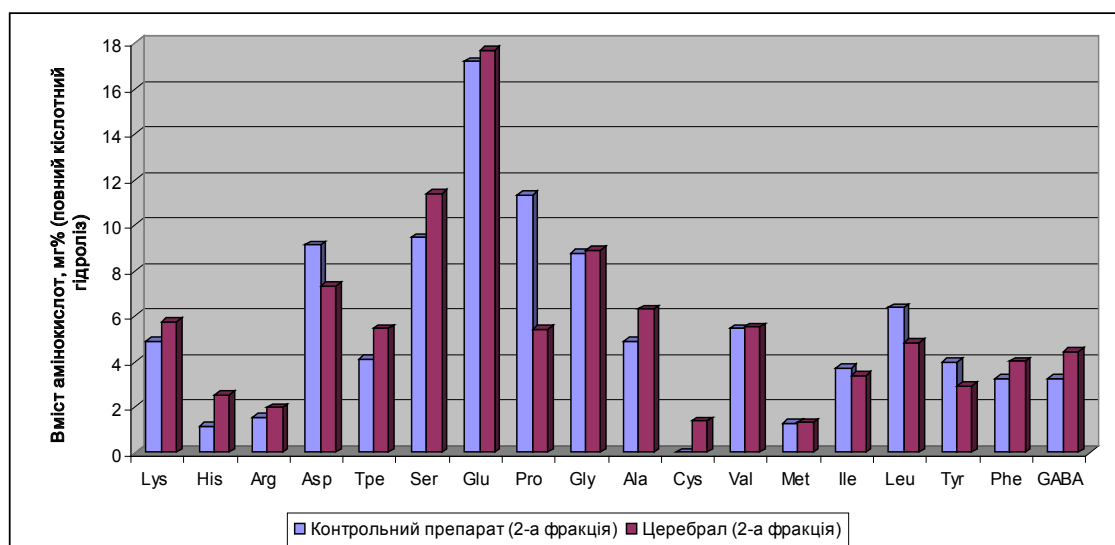


Рис. 5. Гістограма амінокислотного складу 2-ї хроматографічної фракції препарату Церебрал порівняно з 2-ю хроматографічною фракцією контрольного препарату (після повного кислотного гідролізу).

Перед тим, як проводити порівняння амінокислотного складу Адементу та Церебралу дослідили вміст вільних амінокислот сироватки крові здорових донорів та пацієнтів, що знаходяться в стані стабільного перебігу (плато) хвороби Альцгеймера.

Група здорових донорів була включена в експеримент виходячи з необхідності нівелювання умов визначення вмісту амінокислот, а також необхідності працювати в більш вузькому діапазоні (зразки крові відбирали в групах людей, що належать до європеїдної раси, віком 45–65 років).

В той час, коли загальний вміст вільних амінокислот в плазмі крові здорової людини складає близько 25 мг/мл (власні дані – 24,4 мг/100 мл; дані за Ю. В. Хмелевським – 24,9 мг/100 мл), у пацієнтів з ознаками лакунарної та тотальної деменції, з органічними порушеннями мозку, характерними для хвороби Альцгеймера, загальний вміст був майже в 1,4 рази менше. Значимою відмінністю є збільшення вмісту глютамінової кислоти в 3,5; аспарагінової кислоти – в 1,9 разів; зменшення вмісту аргініну в 0,8; проліну, лізину та гліцину – в 0,7 разів відносно вмісту в плазмі крові здорових донорів.

При порівнянні Адементу з Церебралом відзначено, що Адемент відрізняється збільшеним вмістом аргініну, лізину, ароматичних кислот – фенілаланіну та тирозину.

Висновки

1. Проведені дослідження амінокислотного складу нових препаратів групи трофікотропінів – Церебрала та Адементу.

2. Амінокислотний склад було досліджено для цільного (нефракціонованого) препарату Церебрал та його фракцій I (>1500 Да), II (пептиди, 1250–1070 Да) і III (низкомолекулярні пептиди, 680–370 Да), препарату Адемент після повного кислотного гідролізу в порівнянні з аналогічними формами контрольного препарату. Також було проведено визначення вільних амінокислот Церебрала, Адементу та відповідних контрольних препаратів.

3. Результати визначення вмісту вільних амінокислот в Церебралі та контрольному препараті свідчать, що в

тканинах мозку, підданих модельованому геморагічному інсульту накопичуються глютамінова, аспарагінова кислоти та γ -аміно-масляна кислота. Нефракціонований препарат (після проведення повного кислотного гідролізу) вміщував збільшені кількості глютамінової та аспарагінової кислот при зниженні концентрації серину в порівнянні з нефракціонованим контрольним препаратом.

4. Перша фракція Церабрала (високомолекулярна, >1500 Да) відрізняється збільшеним вмістом глютамінової кислоти та проліну в порівнянні з першою фракцією контрольного препарату.

5. У другій фракції, яка складається з низкомолекулярних пептидів (1250–1070 Да) кількісний аналіз встановив значуще підвищення концентрації глютамінової кислоти, лізину, аланіну, γ -аміномасляної кислоти, треоніну та серину в порівнянні з контрольним препаратом, наявне також значне зниження концентрації проліну, лейцину і тирозину.

6. Загальний вміст вільних амінокислот в плазмі крові пацієнтів з ознаками лакунарної та тотальної деменції, з органічними порушеннями мозку, характерними для хвороби Альцгеймера був майже в 1,4 рази менше (17,4 мг/100 мл) ніж у здорових донорів (24,4 мг/100 мл). Значимою відмінністю є збільшення вмісту глютамінової кислоти в 3,5; аспарагінової кислоти – в 1,9 разів; зменшення вмісту аргініну в 0,8; проліну, лізину та гліцину – в 0,7 разів відносно вмісту в плазмі крові здорових донорів.

7. При порівнянні Адементу з Церебралом відзначено, що Адемент відрізняється збільшеним вмістом аргініну, лізину, ароматичних кислот – фенілаланіну та тирозину.

8. Отримані дані можуть бути використані для стандартизації та розробки методичної бази аналітичного визначення цих препаратів в процесі фармацевтичної розробки та реєстрації їх як лікарських засобів.

Додаток

Таблиця 1

Результати визначення вмісту вільних амінокислот в препараті Церебрал порівняно з контрольним препаратом (екстракт кори головного мозку інтактних тварин)

Аміно-кислота	Вміст, мг%		Аміно-кислота	Вміст, мг%	
	Контрольний препарат	Церебрал		Контрольний препарат	Церебрал
Lys	5,74	0	Cys	3,27	0
His	1,29	0	Val	3,78	0
Arg	4,97	0	Met	0,2	0
Asp	16,71	38	Ile	3,22	0
Trp	4,05	0,36	Leu	5,7	0
Ser	8,07	5,79	Tyr	2,6	0
Glu	20,48	41,09	Phe	3,13	0
Pro	2,46	0	GABA	3,6	7,71
Gly	3,65	4,25	Сума		99,99
Ala	7,72	2,79			

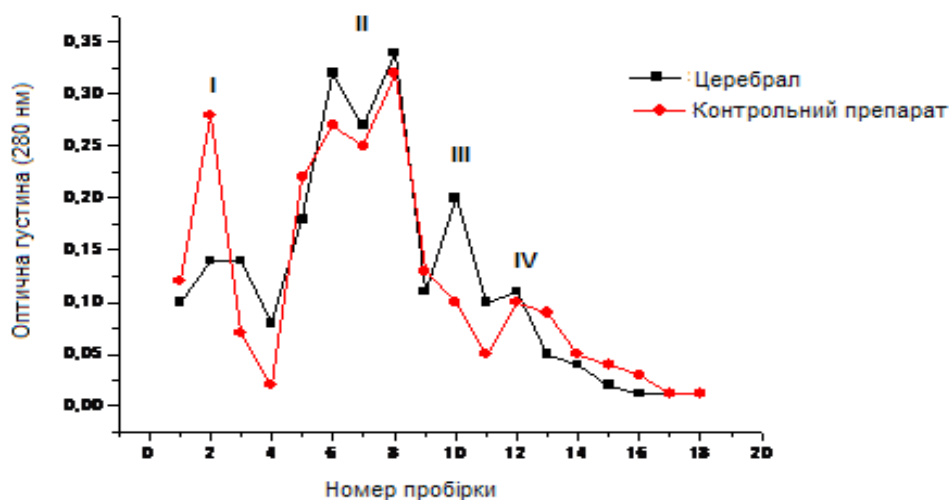


Рис. 1. Фракційний склад Церебралата контрольного препарату

Таблиця 2

Результати визначення вмісту амінокислот в нефракціонованому препараті Церебрал та його окремих фракціях порівняно з нефракціонованим контрольним препаратом та його окремими фракціями(після повного кислотного гідролізу); $P \leq 0,05$

Аміно-кислота	Вміст амінокислоти, мг%						
	Контрольний препарат (нефракціонований)	Церебрал (нефракціонований)	Контрольний препарат (1-а фракція)	Церебрал (1-а фракція)	Контрольний препарат (2-а фракція)	Церебрал (2-а фракція)	Церебрал (3-я фракція)
Lys	2,16	4,51	5,25	5,34	4,91	5,57	3,55
His	2,91	1,46	1,67	2,1	1,14	2,54	1,56
Arg	4,30	0,92	3,19	2,96	1,56	1,87	1,65
Asp	8,80	16,42	19,15	19,37	9,14	7,31	11,18
Tpe	5,32	3,65	3,35	2,91	4,09	5,46	4,40
Ser	15,74	5,37	7,61	6,81	9,46	11,39	11,68
Glu	24,09	31,81	27,44	29,64	17,20	17,7	15,18
Pro	3,18	3,54	1,55	2,83	11,35	5,41	7,59
Gly	8,81	7,54	6,03	5,26	8,78	8,9	12,13
Ala	5,81	5,64	5,06	4,71	4,92	6,11	6,34
Cys	1,16	0,86	2,93	3,29	0	1,39	1,60
Val	3,32	2,91	3,51	2,76	5,46	5,53	5,43
Met	0,48	0,49	0,65	0	1,30	1,32	1,82
Ile	2,82	2,63	1,38	1,09	3,7	3,37	5,01
Leu	3,73	4,69	5,96	5,47	6,38	4,83	3,59
Tyr	2,50	0,79	0,95	1,01	3,96	2,91	1,78
Phe	1,51	2,44	3,29	3,39	3,27	4,01	1,77
GABA	2,98	4,07	1,11	1,21	3,27	4,42	3,90
Сума	99,61	99,74	100,08	100,15	99,89	100,24	100,16

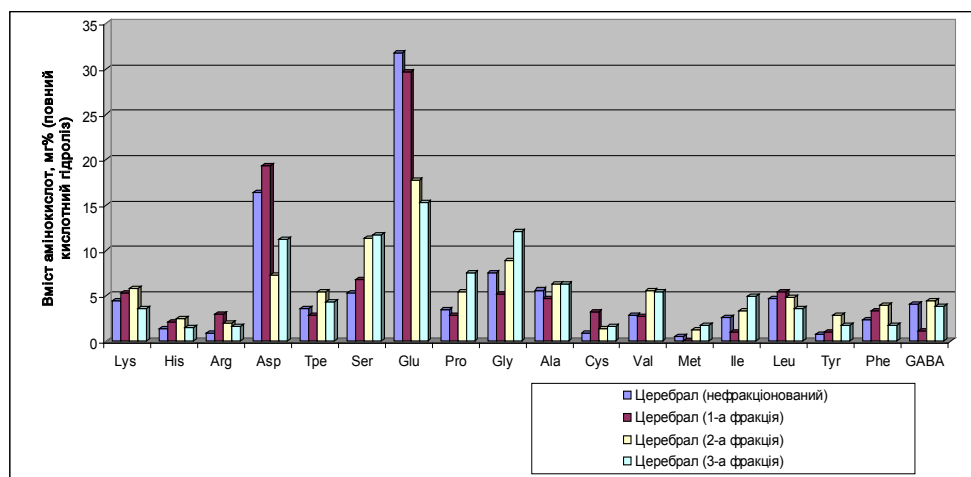


Рис. 2. Гістограма порівняння амінокислотного складу препарату Церебрал (нефракціонованого) та його окремих хроматографічних фракцій (1-3) після повного кислотного гідролізу.

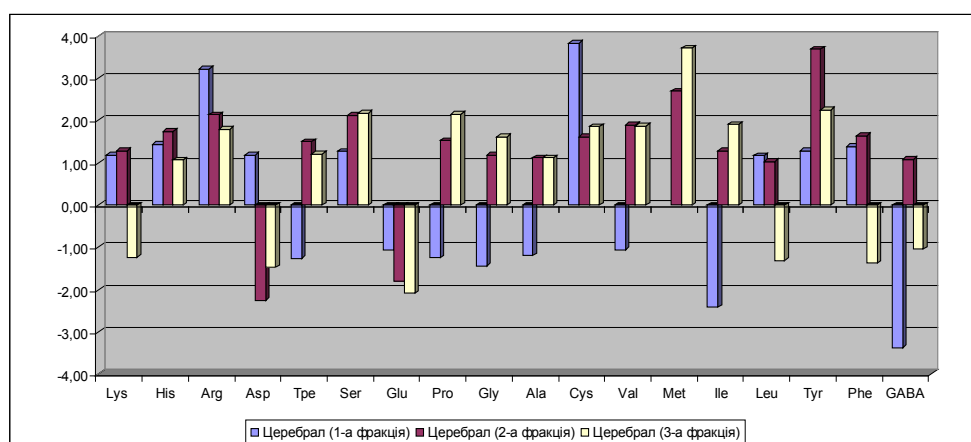


Рис. 3. Розподіл амінокислот за коефіцієнтом збільшення або зменшення їх вмісту в 1-3 фракції Церебралу (відносно нефракціонованого препарату).

Таблиця 3

Порівняння вмісту вільних амінокислот в плазмі крові здорових донорів та пацієнтів, що знаходяться в стані стабільного перебігу (плато) хвороби Альцгеймера

Аміно-кислота	Вміст вільних амінокислот, мг/100 мл		
	плазма крові здорових людей (за Ю. В. Хмелевським [16])	плазма крові здорових донорів (власні результати)	плазма крові людей, що знаходяться в стані стабільного перебігу хвороби Альцгеймера (власні результати)
Lys	2,72	2,23	1,66
His	1,38	1,25	0,75
Arg	1,62	1,43	1,10
Asp	0,03	0,09	0,17
Tpe	1,67	1,54	0,88
Ser	1,12	1,21	0,78
Glu	0,7	0,80	2,83
Pro	2,36	2,19	1,10
Gly	1,5	1,71	1,24
Ala	3,4	3,19	2,09
Cys	0,73	1,08	0,32
Val	2,88	2,53	1,63
Met	0,52	0,44	0,13
Ile	1,34	1,23	0,46
Leu	1,86	1,65	1,02
Tyr	1,04	0,96	0,62
Phe	-	0,88	0,60
Сума	24,87	24,416667	17,36

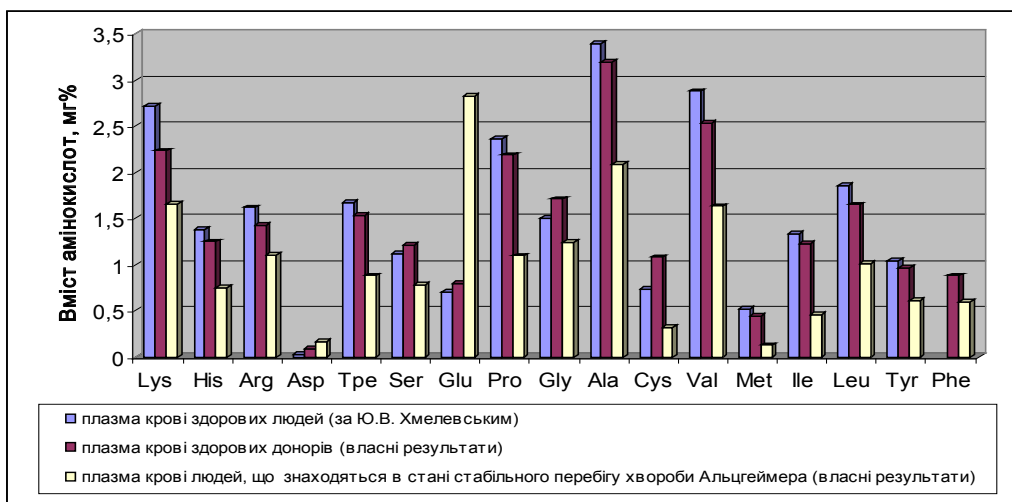


Рис. 4. Гістограма порівняння вмісту вільних амінокислот в плазмі крові здорових донорів та пацієнтів, що знаходяться в стані стабільного перебігу (плато) хвороби Альцгеймера.

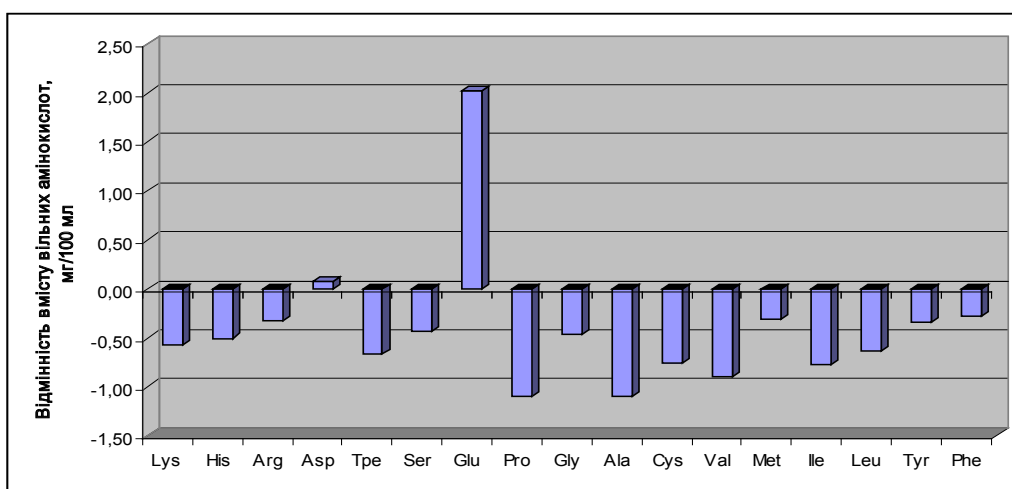


Рис. 5. Якісна та кількісна відмінність амінокислотного складу плазми крові здорових людей та пацієнтів з хворобою Альцгеймера

Таблиця 4

Порівняння амінокислотного складу препаратів Церебрал та Адемент
(після повного кислотного гідролізу)

Аміно-кислота	Вміст, мг%		Аміно-кислота	Вміст, мг%	
	Церебрал	Адемент		Церебрал	Адемент
Lys	4,51	8,32	Cys	0,86	2,34
His	1,46	2,15	Val	2,91	5,05
Arg	0,92	4,75	Met	0,49	0,44
Asp	16,42	11,21	Ile	2,63	1,5
Tpe	3,65	6,57	Leu	4,69	7,16
Ser	5,37	5,99	Tyr	0,79	4,12
Glu	31,81	17,23	Phe	2,44	5,07
Pro	3,54	4,55	GABA	4,07	3,6
Gly	7,54	3,76	Сумма	99,74	99,99
Ala	5,64	6,18			

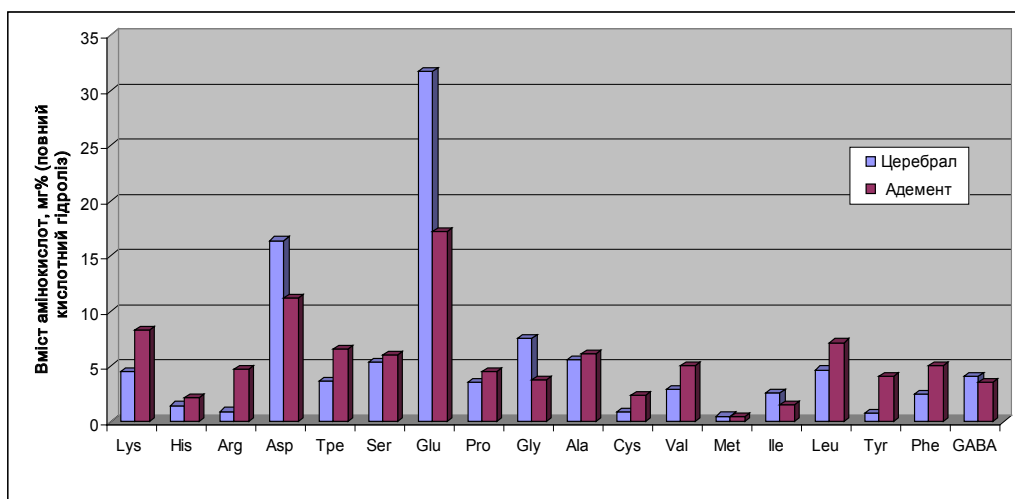


Рис. 6. Гістограма порівняння амінокислотного складу препаратів Адемент та Церебрал (після повного кислотного гідролізу).

Література:

1. Brainin M., Bornstein N., Boysen G. And Demarin V. for the EFNS Task Force on Acute Neurological Stroke Care. *Acute neurological stroke care in Europe: results of the European Stroke Care Inventory// European Journal of Neurology*. – 2000. – Vol. 7. – P. 5-10.
2. Culebras A. Stroke is preventable catastrophic disease. // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова (Приложение к журналу «Инсульт»). Материалы II Российского международного конгресса «Цереброваскулярная патология и инсульт», – 2007. – С. 75–76.
3. С. Н. Виничук. Новые возможности патогенетической коррекции ишемических повреждений ткани головного мозга: взгляд на проблему // *Український медичний часопис*. – №2(70). – III – IV. – 2009. – С.17-22.
4. Okura Y., Matsumoto Y. Recent advance in immunotherapy for Alzheimer's disease: With special reference to DNA vaccination// *Human vaccines*. – 2009. – Vol.6. – N.5. – P. 34-43.
5. Dickon, D. W.; Lee, S. C.; Brosnan, C. F.; Sinicropi, S.; Vlassara, H.; Yen Shu-Hui, C. Neuroimmunology of Aging and Alzheimer's disease with Emphasis on Cytokines. In: Ransohoff, R. M.; Benveniste, E. N., eds. *Cytokines and the CNS*, New York-London-Tokyo: CRC Press; 1996: 239-267.
6. Griffin, D. E.; McArthur, J. C.; Cornblath, D. R., Soluble IL-2 receptor and soluble CD 9 in serum and cerebrospinal fluid during HIV virus – associated neurologic disease. *J. Neuroimmunol.* 97: 28-33; 1990.
7. VoonWeeYoung. Cytokines, Astroglisis and Neurotrophism following CNS Trauma. In: Ransohoff, R. M.; Benveniste, E. N., eds. *Cytokines and the CNS*, New York-London-Tokyo: CRC Press; 1996: 309-327.
8. Miller M. D., Krangel M. S. Biology and biochemistry of the chemokines: A family of chemotactic and inflammatory cytokines. *Crit. Res. Immunol.* 17: 12-18; 1992.
9. Ransohoff R. M., Benveniste E. N. *Cytokines and the CNS*, New York-London-Tokyo: CRC Press; 1996.
10. Wei Z. H., He Q. B., Wang H., Su B. H., Chen H. Z. Meta-analysis: the efficacy of nootropic agent Cerebrolysin in the treatment of Alzheimer's disease// *Journal of neural transmission*. – 2007. – Vol.5. – N.114. – P.629–34
11. Arakawa S., Perera N., Donnan G. A. Neuroprotection in stroke. *ACNR*, 5(5). – 2005. – P. 10–11.
12. Muir K. W., Teal P. A. Why have neuro-protectants failed?: lessons learned from stroke trials. // *J. Neurol.*, 252(9). – 2005. – P.1011–1020.
13. С. М. Виничук. Нейропротекція в гострий період мозкового інсульту: аналіз причин неефективності нейропротекторів при клінічних випробуваннях // *Український медичний часопис*. – №3(65). – V – VI. – 2008. – С.4-13.
14. Дэвени Т., Гергей Я. Аминокислоты, пептиды и белки. Москва: Наука; 1976.
15. Макаренко О. М., Корольов Ю. Н. Засіб «Церебрал» для лікування інсульту та спосіб його отримання. Патент України № 24299 від 07.07.1998, МКИА61К 35/30.
16. Хмельский Ю. В., Усатенко О. К. Основные биологические константы человека в норме и патологии. – К.: Здоров'я. – 1987. – 160с.

ИССЛЕДОВАНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА НОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ТРОФИНОТРОПИНОВ ЦЕРЕБРАЛА И АДЕМЕНТА

Л. В. Степаненко

Представлены результаты исследования аминокислотного состава двух новых нейротропных препаратов Церебрала и Адемета. Противоишемический препарат Церебрал получают из мозга свиней с экспериментально воспроизведенным биполушарным гемморагическим инсультом; Адемент – препарат для лечения болезни Альцгеймера и других нейродегенеративных заболеваний получают выделением фракции низкомолекулярных пептидов 1250–1070 Да из плазмы крови больных с данным заболеванием, находящимися в периоде стабильного течения болезни.

Показано, что в Церебрале содержание таких свободных аминокислот как аспарагиновая, глутаминовая кислоты и γ-аминомасляная кислота значительно превышают содержание таковых в контрольном препарате.

Количественный анализ показал значимое повышение концентрации во второй фракции (пептидная, 1250–1070 Да) глутаминовой кислоты, лизина, аланина, γ-аминомасляной кислоты, треонина и серина в сравнении с контрольным препаратом, а также резкое снижение концентрации пролина, лейцина и тирозина. Первая фракция Церебрала (высокомолекулярная, >1500 Да) отличалась повышенным содержанием глутаминовой кислоты и пролина по сравнению с первой фракцией контрольного препарата; нефракционированный препарат содержал повышенные количества глутаминовой и аспарагиновой кислоты при пониженной концентрации серина.

При сравнении Адемета с Церебралом выявлено, что Адемент отличается повышенным удельным содержанием аргинина, лизина, ароматических кислот – фенилаланина и тирозина.

Данные аминокислотного состава Адемета, нефракционированного Церебрала и его отдельных фракций после полного кислотного гидролиза могут служить для стандартизации препаратов при разработке нормативной документации на их лекарственные формы.

Ключевые слова: аминокислотный состав, трофинотропины, пептиды, фракционирование

**INVESTIGATION OF AMINO ACID COMPOSITION OF NEW DRUGS GROUPS TROFINOTROPINS –
CEREBRAL AND ADEMENT**

L. V. STEPANENKO

The results of studies of amino acid composition of two new neurotrophic drugs Tserebral and Adement presented. Antystoke drug Cerebral derived from the brain of pigs with experimentally reproduced bihemispheric hemorrhagic stroke; Adement – for the treatment of Alzheimer’s disease and other neurodegenerative diseases receive the allocation fractions of low molecular weight peptides 1250–1070 Da, from the blood plasma of patients with this disease who are in a stable period of the disease.

It is shown that in Cerebral content of free amino acids such as asparagine, glutamic acid and γ -aminobutyric acid content significantly higher than those in control preparations.

Quantitative analysis showed a significant increase in concentration in the second fraction (peptide, 1250–1070 Da) glutamic acid, lysine, alanine, γ -aminobutyric acid, threonine and serine, in comparison with control preparations, as well as a sharp decrease in the concentration of proline, leucine and tyrosine.

The first fraction Cerabrala (high, > 1500 Da) contain high amounts of glutamic acid and praline compared with the first fraction of the control drug; unfractionated preparation contained higher amounts of glutamic and aspartic acid at low concentrations of serine.

When compared with Adement and Cerebral revealed that Adement different high specific content of arginine, lysine, aromatic acids – phenylalanine and tyrosine.

These amino acid composition Adement, unfractionated Cerebral and its individual fractions after complete acid hydrolysis may serve to standardize the preparations for the development of normative documents in their dosage forms.

Keywords: amino acid composition, trophinotropins, peptides, fractionation

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.891-008.441.1-008.47-02

В. Ю. Федченко

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНИХ ФАКТОРІВ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ
У ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО-ФОБІЧНІ РОЗЛАДИ

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

Ключові слова: тривожно-фобічні розлади, фактори психічної травматизації, етіологія

Актуальність проблеми тривожно-фобічних розладів обумовлена не лише їх поширеністю в структурі сучасної пограничної психічної патології, але й значним зниженням якості життя та соціального функціонування даної категорії хворих. Останніми роками спостерігається збільшення частоти невротичних фобій серед населення, хроніфікація їх перебігу, високий рівень коморбідності тривожно-фобічної симптоматики з іншими розладами [1-4].

Тривожно-фобічні розлади як специфічні психопатологічні стани, що об'єднуються схожістю тенденцій розвитку синдромогенезу, характеризуються поліморфізмом, системністю формування патології, багаторівневістю порушень психічної діяльності та розвитком різних варіантів психічної і соціальної дезадаптації [5-7].

Формування тривожно-фобічних розладів починається з того, що психотравматизація як один із пускових чинників психічної дезадаптації викликає тривалу емоційну напругу та призводить до формування внутрішнього психологічного конфлікту особистості, домінування в спектрі емоційного реагування стійких негативних емоцій та тривалих афективно насичених переживань фрустраційних ситуацій [8].

Психогенні чинники грають неспецифічну роль в багатофакторному переплетенні причин психічних розладів і до кінця не вивчені. У формуванні тривожно-фобічних розладів, за одними джерелами, надається велике значення хронічній психогенії [8], по інших – гострій психогенії [9], згідно третім – особистісним особливостям хворих [10].

Проблема профілактики, своєчасної діагностики і лікування тривожно-фобічних розладів особливо складна, оскільки тривога є загальнолюдським феноменом і виникає у відповідь на невизначену або загрозливу ситуацію, дефіцит інформації [11]. Ці розлади високо коморбідні з депресією, що може потенціювати їх суїцидальну небезпеку [12].

Розуміння феномену психічної травматизації, а також її структури, видів та умов, що призводять до формування тривожно-фобічних розладів, має велике теоретичне і практичне медико-соціальне значення.

З метою аналізу структури факторів психічної травматизації у відділі неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України» було обстежено 50 хворих на тривожно-фобічні розлади, серед них 34 хворих на аго-рафобію (F 40.0), 9 хворих на соціальні фобії (F 40.1), 7

хворих на специфічні (ізолювані) фобії (F 40.2). Діагноз був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10. Враховуючи подібність психопатологічної структури даних розладів, вони були розглянуті в рамках однієї форми психічної патології. До групи співставлення увійшли 50 осіб без психічних розладів.

В ході дослідження використовувався комплексний підхід, що включав клініко-психопатологічний метод (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки) в сполученні з анкетною-опитувальником «Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ)» [13] з метою всебічної кількісної та якісної оцінки факторів психічної травматизації, статистичні методи.

У групі хворих на тривожно-фобічні розлади переважали особи жіночої статі (62%), чоловіки становили відповідно 38% пацієнтів. Більшість хворих належала до вікової групи від 30 до 39 років (40%), значну частину обстежених складали пацієнти у віці від 18 до 29 років (32%), 16% становили особи у віці від 50 до 59 років і 12% у віковій групі 40–49 років.

Аналіз рівня освіти обстежених показав, що більшість осіб мали вищу освіту (56%). Середню, середню спеціальну і незакінчену вищу освіту мали відповідно 2%, 28% та 14% пацієнтів. Переважна більшість хворих на тривожно-фобічні розлади проживали в місті (78%), менша кількість – в сільській місцевості (22%).

Оцінка соціального стану продемонструвала, що більшість хворих на тривожно-фобічні розлади належали до категорії працюючих (54%) і займалися розумовою працею (36%). 12% обстежених тимчасово не працювали, 9% – не працювали, але й не намагалися знайти роботу. Необхідно підкреслити, що у більшості випадків пацієнти самостійно відмовлялися від праці і головною причиною цього висували хворобу.

Вивчення сімейного стану обстежених показало, що 28% пацієнтів перебували у шлюбі, серед них 56% осіб вважали, що шлюбні відносини не відповідали їх очікуванням і характеризували власне особисте життя незадовільно.

У групі співставлення також переважали жінки (56%), більшість осіб належала до вікової групи 18–29 років (40%), значну частину обстежених становила група осіб у віці 30-39 років (36%). Більшість осіб мали вищу освіту (54%), проживали у місті (84%), належали до категорії працюючих (76%) та займалися розумовою

працею (44%), перебували у шлюбі (64%). Таким чином, група співставлення за віком, рівнем освіти, місцем проживання, характером праці та сімейним станом вірогідно не відрізнялася від основної. Вірогідно більше осіб групи співставлення належали до категорії працюючих ($p < 0,05$).

Тривалість захворювання в основній групі у більшості випадків складала від 1-го до 3-х років (34%). У значної кількості обстежених був зафіксований термін захворювання від 3-х до 10-ти років (30%). Тривалість захворювання від 1-го до 3-х місяців, від 3-х до 6-ти місяців і від 6-ти місяців до року становила відповідно 10%, 6% та 14% випадків. Хронічний перебіг з тривалістю від 10 і більше років спостерігався у 6% випадків.

Дослідження попередньої терапії показали, що більшість обстежених (82%) отримували лікування переважно 2–3 рази як у психіатрів, так і у лікарів-інтерністів. У 18% випадків пацієнти вперше потребували спеціалізованої медичної допомоги і одразу були направлені до психіатрів.

Клінічна картина тривожно-фобічних розладів у групі обстежених характеризувалася наявністю виражених емоційних та вегето-вісцеральних порушень. Перебіг захворювання у більшості випадків мав рецидивуючий характер (68% пацієнтів).

Вивчення емоційних порушень продемонструвало, що тривога пароксизмального та перманентного характеру була зареєстрована відповідно у 56% і 38% хворих на тривожно-фобічні розлади. Нав'язливі страхи різного семантичного змісту виявлені у 96% обстежених. Так, страх втратити свідомість на вулиці або в транспорті відзначався у 64% пацієнтів, страх наявності важкої соматичної патології, страх смерті – відповідно у 42% та 36% пацієнтів. Постійне очікування погіршення самопочуття, внутрішня напруга, неспокій реєструвалися відповідно у 82%, 76% та 54% пацієнтів.

При тривалості захворювання більше 6 місяців у 68% обстежених формувалося стійке зниження настрою і з подальшою хронізацією хвороби ставало все більш вираженим. На початкових етапах захворювання депресивні порушення не сягали суттєвого ступеня і не виявлялися в клінічній картині.

Вегето-вісцеральний компонент характеризувався наявністю кардіальних – тахікардія, коливання АТ, кардіалгії та неприємні відчуття за грудиною (82% пацієнтів), респіраторних – відчуття нестачі повітря, потреба зробити глибокий вдих (48% пацієнтів) та шлунково-кишкових проявів – печія, больові та неприємні відчуття в області живота, спазми та коливання апетиту (36% пацієнтів).

У 54% обстежених були зареєстровані диссомнії, які стосувалися як процесу засинання, причому складності при засинанні були тим більші, чим більш вираженою була тривога протягом дня, так і порушень за глибиною та тривалістю сну.

З метою детального вивчення особливостей психогенних ситуацій застосовувалася анкета-опитувальник «Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ)», структура якої надавала можливість всебічно

проаналізувати як суб'єктивну значущість ФПТ, що вплинули на самопочуття обстежених, так і об'єктивні анамнестичні дані щодо їх тривалості дії, інтервалу від моменту дії ФПТ до виникнення клінічних проявів, характеру дії ФПТ, їх динаміки на момент обстеження, а також реакції на аналогічні події в минулому.

На підставі анкети-опитувальника визначалися фактори, які обстежувані вважали значущими та розцінювали як психогенні, в кількості від 1-го до 5-ти. Встановлено, що в переважній більшості випадків фактори психічної травматизації мали поєднаний або послідовний характер. Так, у 28% хворих на тривожно-фобічні розлади зареєстровано по 2 ФПТ, у 24% хворих – по 3 ФПТ, по 5 ФПТ виявлено у 20% хворих, по 4 ФПТ – у 18% хворих і лише у 10% хворих відзначалося по 1 ФПТ. В групі співставлення були зареєстровані подібні результати. Так, по 5 ФПТ виявлено у 48% осіб, 3 та 2 ФПТ відзначали по 14% осіб, 4 та 1 ФПТ – по 12% осіб.

Результати вивчення тривалості дії факторів психічної травматизації у хворих на тривожно-фобічні розлади та інтервалу від моменту дії ФПТ до виникнення клінічних проявів в залежності від кількості обраних факторів звертають увагу на те, що у пацієнтів, які відзначали вплив поодиноких ФПТ, зовсім не був зареєстрований найкоротший термін дії ФПТ тривалістю від години до декількох днів, і в значній більшості випадків відзначалася тривалість дії ФПТ більше 12 місяців (60% випадків). У пацієнтів, що відзначали по 5 ФПТ, тривалість дії факторів психічної травматизації терміном понад рік, навпаки, спостерігалася в найменшій, порівняно з усіма групами, кількості випадків (30% випадків).

Інтервал від моменту дії ФПТ до виникнення клінічних проявів становив дні в переважній кількості випадків у хворих, що відзначали по 2 та 1 ФПТ (відповідно 57,15% та 40% випадків). Інтервал, який становив більше 12 місяців, зареєстрований переважно у хворих, які відзначали по 5 ФПТ (36% випадків).

Наведені дані дозволяють зробити висновок, що пацієнти, які зазнали впливу масивних та поєднаних ФПТ, в преморбіді мали кращі адаптаційні можливості, ніж ті, що відзначали дію 1 ФПТ. В той час, як пацієнти, у яких зареєстровані поодинокі ФПТ, були схильні сприймати психогенні ситуації як більш тривалі та суб'єктивно неперодолані і потребували спеціалізованої допомоги на значно коротших термінах захворювання.

Серед факторів психічної травматизації хворі на тривожно-фобічні розлади частіше за все відзначали власну хворобу (68% хворих), напругу та нерегулярність в навантаженнях (22% хворих), смерть близького члена родини (20% хворих), «невпевненість у завтрашньому дні» (страх погіршення соціально-економічного стану в майбутньому або змін умов життя в цілому) (20% хворих), конфлікти подружжя (14% хворих), ДТП (14% хворих), холодність внутрішньосімейних відносин та відчуження, пристрасть до алкоголю члена родини (по 12% хворих), хворобу близьких, переживання самотності, погіршення або незадоволеність матеріально-побутовим становищем (по 10% хворих).

Слід зазначити, що була виявлена відмінність між зареєстрованими ФПТ та їх суб'єктивно значущим навантаженням. Так, найбільш значущими хворі на тривожно-фобічні розлади вважали і оцінювали найвище смерть близького члена родини – 9,2 балів, «невпевненість у завтрашньому дні» – 9,1 балів, пристрасть до алкоголю члена родини – 9 балів, ДТП – 8,71 балів, хворобу близьких – 8,6 балів, переживання самотності – 8,6 балів, власну хворобу – 8,47 балів, напругу та нерегулярність в навантаженнях – 8,09 балів, погіршення або незадоволеність матеріально-побутовим становищем – 7,8 балів, холодність внутрішньосімейних відносин та відчуження – 7,17 балів, конфлікти подружжя – 6,25 балів.

Сприйняття гостроти психогенної ситуації у хворих на тривожно-фобічні розлади розподілилося практично рівномірно: в 50,32% випадків пацієнти оцінювали ситуацію як гостру, а в 49,68% випадків сприймали ФПТ як хронічні.

Тривалість дії ФПТ більше 12-ти місяців визначалась у 38,71% випадків, 20,65% випадків становили від декількох днів до місяця, 12,90% – місяць, 10,32% – від 6-ти до 12-ти місяців, 9,68% – від 1-го до 3-х місяців, 7,74% – від 3-х до 6-ти місяців.

Вивчення інтервалу від моменту дії ФПТ до виникнення клінічних проявів продемонструвало, що у 30,32% випадків невротичні симптоми виникали протягом декількох днів після початку дії ФПТ, у 25,16% випадків – більше, ніж через 12 місяців, у 18,07% випадків цей інтервал складав місяць, у 10,97% випадків – від 6-ти до 12-ти місяців, у 10,32% випадків – до 3-х місяців та інтервал «3-6 місяців» становив 5,16% всіх випадків.

За характером дії ФПТ у хворих на тривожно-фобічні розлади розподілилися наступним чином: у 50,32% випадків на момент обстеження психогенна ситуація тривала, у 34,84% випадків відбулася та в 14,84% випадків лише припускалася.

Були розглянуті особливості динаміки ФПТ на момент обстеження хворих на тривожно-фобічні розлади. Так, у 40% випадків ситуація була частково подолана, у 28,39% випадків залишилася незмінною, 20% випадків ситуація була подолана повністю та лише у 11,61% випадків погіршилася.

Реакції на аналогічні події в минулому в 41,29% випадків не було, у 36,13% випадків стан був легший за теперішній, у 14,84% випадків такий же за важкістю, у 7,74% випадків важчий за теперішній.

Для порівняння детально були проаналізовані характеристики факторів психічної травматизації у групі співставлення. Виділено 12 основних факторів психічної травматизації, серед них смерть близького члена родини – 42% осіб, власна хвороба – 24% осіб, переживання самотності, «невпевненість у завтрашньому дні» – 20% осіб, хвороба близьких, погіршення або незадоволеність матеріально-побутовим становищем – 18% осіб, відсутність емоційної підтримки, втрата близької або коханої людини, конфлікти з оточуючими (друзі, сусіди) – 14% осіб, зрада, розлучення, напруга та нерегулярність в навантаженнях – 12% осіб.

Так само, як і в основній групі, були виявлені деякі розбіжності між обраними пацієнтами ФПТ та їх суб'єктивно значущим навантаженням. За кількістю балів обстежені найвище оцінювали розлучення – 9,67 балів, зраду – 9,5 балів, втрату близької або коханої людини – 9 балів, смерть близького члена родини – 8,95 балів, переживання самотності – 7,7 балів, погіршення або незадоволеність матеріально-побутовим становищем – 7,44 балів, напругу та нерегулярність в навантаженнях – 7,33 балів, хворобу близьких – 7,11 балів, власну хворобу – 7 балів, відсутність емоційної підтримки – 6,7 балів, «невпевненість у завтрашньому дні» – 6,7 балів, конфлікти з оточуючими (друзі, сусіди) – 6,57 балів.

Сприйняття гостроти факторів показало, що 60,54% випадків складали гострі ФПТ та 39,46% випадків – хронічні.

Тривалість дії ФПТ у більшості випадків становила більше 12-ти місяців (36,76%), у 20,54% випадків – від декількох днів до місяця, у 16,22% випадків – від 1-го до 3-х місяців, у 10,81% випадків – від 3-х до 6-ти місяців, у 8,11% випадків – від 6-ти до 12-ти місяців та у 7,56% випадків – місяць.

За характером дії 39,46% обраних ФПТ становили поточні, 34,59% – ті, що трапилися, та 25,95% – ті, що передбачалися.

За динамікою ФПТ на момент обстеження в 35,68% випадків ситуація залишилася незмінною, в 34,59% випадків ситуація була подолана, у 20,54%

випадків частково подолана та в 9,19% випадків погіршилася.

Для достовірності в структурі анкети фактори психічної травматизації розподілені згідно сфер життєдіяльності людини. Загальний аналіз факторів психічної травматизації у хворих на тривожно-фобічні розлади та осіб групи співставлення за сферами психогенного впливу представлений в Таблиці 1.

За даними Таблиці 1 у хворих на тривожно-фобічні розлади та осіб групи співставлення найбільша кількість ФПТ була пов'язана зі здоров'ям, власним або близьких (відповідно 33,55% та 25,95%). При чому, смерть або страждання близьких людей ініціювали у хворих нав'язливий страх та тривогу за власне здоров'я, і лише у 12% випадків початок хвороби був спровокований вегето-вісцеральним пароксизмом.

Обстежені основної групи вірогідно менше ($p < 0,001$) відзначали вплив соціально-економічних та соціально-психологічних ФПТ порівняно з особами групи співставлення.

Найвище за ступенем психогенного впливу хворі оцінювали так само ФПТ, пов'язані зі сферою здоров'я (8,59 балів), в той час як для осіб без психічних розладів найбільш значущими виявилися «сепараційні» ФПТ (8,38 балів). Хворі вірогідно вище за осіб групи співставлення ($p < 0,025$) оцінювали значущість емоційно-стресових потрясінь.

Домінуючою ідеєю, якій був підпорядкований весь спосіб життя у хворих на тривожно-фобічні розлади, було прагнення уникати ситуацій, що здатні спровокувати

Таблиця 1

Характеристика факторів психічної травматизації

Фактори психічної травматизації (ФПТ)	% ± m%		Значущість ФПТ вираженість у балах	
	Хворі на тривожно-фобічні розлади	Група співставлення	Хворі на тривожно-фобічні розлади	Група співставлення
Пов'язані зі здоров'ям	33,55 ± 3,80	25,95 ± 3,23	8,59 ± 2,07	8,08 ± 2,12
Сімейні	23,23 ± 3,40	24,86 ± 3,19	7,61 ± 2,07	7,82 ± 2,16
«Сепараційні»	7,09 ± 2,07	15,14 ± 2,64	8,55 ± 1,37	8,38 ± 1,58
Пов'язані з професійною діяльністю	12,90 ± 2,70	8,65 ± 2,07	7,15 ± 2,43	6,65 ± 2,18
Соціально-економічні та соціально-психологічні	17,42 ± 3,06 *	21,62 ± 3,03 *	7,85 ± 2,19	6,73 ± 2,55
Емоційно-стресові потрясіння	5,81 ± 1,89	3,78 ± 1,41	8,11 ± 3,97 **	5,67 ± 1,69 **

Умовні позначення: * — при порівнянні показників у групах хворих на тривожно-фобічні розлади та осіб групи співставлення різниця вірогідна при $p \leq 0,001$; ** — при порівнянні показників у групах хворих на тривожно-фобічні розлади та осіб групи співставлення різниця вірогідна при $p \leq 0,025$

повторення панічного нападу або загострення тривоги. Формування стійкої поведінки «уникання» порушувало здатність пацієнтів до самостійного пересування, виключало більшість соціальних контактів та приводило до вираженої соціальної дезадаптації, а в деяких випадках — навіть до стійкої втрати працездатності.

Узагальнюючи представлені результати дослідження, слід зазначити в генезі тривожно-фобічних розладів значно переважали поєднані ФПТ (90%). Причому, пацієнти, у яких зареєстровані поодинокі ФПТ, мали нижчий рівень адаптаційних можливостей, оскільки сприймали психогенні ситуації як більш тривалі та суб'єктивно неподолані і зверталися по медичну допомогу на значно коротших термінах захворювання.

В цілому, пацієнти з тривожно-фобічними розладами мали певні проблеми у різних сферах життя, але можливо відзначити, що за процентними та бальними характеристиками провідною виділена сфера здоров'я у вигляді факторів, переважно пов'язаних з хворобою близьких. Також у формуванні тривожно-фобічних розладів суттєву роль відігравали порушення міжособистісної взаємодії у сфері сімейних стосунків. Соціально-економічні та соціально-психологічні, професійні фактори психічної травматизації, емоційно-стресові потрясіння та «сепараційні» ФПТ частіше виступали в якості підтримуючих, що підсилювали вплив основної психогенії.

Література:

1. Марута, Н. А. Современные агорафобии: клиника, диагностика, терапия: монография / Н. А. Марута, М. В. Данилова. — Харьков: РИФ «Арсис» ЛТД, 2006. — 176с.
2. Первый, В. С. Основные принципы терапии невротических фобий / В. С. Первый // Таврический журнал психиатрии. — Симферополь: ДиАйПи, 2005. — Т. 9, № 1 (30). — С. 16-20.
3. Юнда, Л. И. Клинико-социальная характеристика и лечение пациентов с тривожно-фобическими расстройствами / Л. И. Юнда, Е. В. Онищенко // Психичне здоров'я. — Київ: Міленіум, 2006. — Т. 3 (12). — С. 25-30.
4. Цыганков, Б. Д. Возможности психометрической оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (по данным зарубежной литературы) / Б. Д. Цыганков, Я. В. Малыгин, Ю. В. Добровольская, А. Н. Ханнанова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — М.: МедиаСфера, 2009. — Т. 109, № 6. — С. 91-93.
5. Аведисова, А. С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств — альтернатива или нет? / А. С. Аведисова // Нейро NEWS. — К.: Здоров'я України, 2007. — № 3 (04). — С. 34-38.
6. Дворников, В. В. Системный анализ механизмов психической дезадаптации, сопровождающей невротические тревожно-фобические расстройства / В. В. Дворников // Архив Психиатрии. — 2008. — Т. 14. — №1 (52).
7. Andrews, G. Classification of anxiety and depressive disorders: Problems and solutions / G. Andrews, T. M. Anderson, T. Slade, M. Sunderland // Depress and Anxiety. — 2008. — 25, № 4. — P. 274-281.
8. Александровский, Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение / Ю. А. Александровский. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 240с.
9. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу; пер. с англ. — СПб: Питер, 2008 — 912с.
10. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие / Ю. А. Александровский. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.
11. Колоцкая, Е. В. Тревожные расстройства: диагностика и терапия / Е. В. Колоцкая // Русский медицинский журнал, 2005. — Т. 13. — № 15.
12. Юрьева, Л. Н. Тревога: диагностика, терапия и профилактика / Л. Н. Юрьева // Нейро NEWS. — К.: Аванпост-Прим, 2010. — № 3 (22). — С. 50-53.
13. Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ): свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська: № 35636; 10.11.2010.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ФАКТОРОВ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В. Ю. ФЕДЧЕНКО

В результате комплексного исследования всесторонне проанализированы современные факторы психической травматизации (ФПТ), которые повлияли на развитие тревожно-фобических расстройств у обследованных лиц.

Определена субъективная значимость ФПТ, а также объективные анамнестические данные относительно их длительности воздействия, интервала от момента действия ФПТ до возникновения клинических проявлений, характера действия ФПТ, их динамики на момент обследования, а также реакции на аналогичные события в прошлом. Выделены ведущие и «фоновые» ФПТ, а также сфера формирования невротического конфликта у этой категории больных.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, факторы психической травматизации, этиология

PECULIARITIES OF FACTORS OF MENTAL TRAUMA IN PATIENTS WITH ANXIETY-PHOBIC DISORDERS

V. YU. FEDCHENKO

As a result of comprehensive study have been thoroughly analyzed modern factors of mental trauma (FMT), which influenced the development of anxiety-phobic disorders in the examined persons.

Determined subjective significance of FMT, as well as objective medical history of their duration, the interval from the time of effect of the FMT to the appearance of clinical manifestations, the nature of the FMT, their dynamics at the time of examination, reactions to similar events in the past. Dedicated leader and "background" FMT, as well as the areas of neurotic conflict in these patients.

Keywords: anxiety-phobic disorders, factors of mental trauma, etiology

УДК 616.89:616.36-002.2:615.851

М. Г. Шекманов

ОЦІНКА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО РЕСУРСУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит, психосоціальний ресурс, якість життя

Дія стресових факторів викликає напруження психічної сфери особистості та залучення індивідуально-психологічного («внутрішнього») та психосоціального («зовнішнього») ресурсів, які спрямовані на подолання впливу стресу та відновлення психічного гомеостазу. Включеність кожного з компонентів – «внутрішнього» та «зовнішнього» – залежить від поєднання особливостей (характеру та змісту) стресу, його інтенсивності, тривалості, властивостей особистості, її життєвого досвіду подолання кризових ситуацій, психосоціальних змінних (благополуччя у сімейних, міжособистісних відносинах, професійній діяльності, соціально-економічному статусі).

Сучасними дослідниками підкреслюється важливість визначення ролі та значення оточення (родини, близьких, друзів, знайомих) людини, яка знаходиться в складній життєвій ситуації [1; 3; 8; 11; 13]. Це обумовлено тим впливом, який чинить найближче оточення на психологічну адаптацію, тобто сприяє або навпаки порушує її. Особливого значення психосоціальний фактор набуває при хронічних або інтенсивних гострих стресах, в тому числі і захворюваннях з несприятливим прогнозом, які несуть загрозу життю та психічній цілісності особистості, різку зміну життєвого стереотипу людини, зменшення її фізичних, психологічних та соціальних можливостей.

Вірусний гепатит (ВГ) у 10–20% випадків для ВГ В та 60–80% – ВГ С супроводжується хроніфікацією патологічного процесу [7]. Вірус гепатиту С є провідною причиною хронічного вірусного гепатиту (ХВГ), гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК), розвитку цирозу [9]. ХВГ, окрім фізичних симптомів, може спричиняти появу різноманітної психопатологічної симптоматики

(переважно непсихотичного характеру) [2; 10]. Факт інфекційної природи захворювання, що означає можливість зараження інших людей, а також поширеність даної хвороби серед споживаючих психоактивні речовини, спричиняє такі соціальні наслідки як стигматизація, дистанціювання від хворого. Вплив на психіку чинить не лише захворювання, але і специфічне лікування ХВГ, зокрема застосування препаратів інтерферону може ускладнюватися небажаними побічними ефектами у вигляді інтерферон-індукованої депресії від 42 до 72% пацієнтів [4].

Інтегральним параметром фізичного, психічного та соціального благополуччя виступає якість життя, який визначається на основі аналізу об'єктивних та суб'єктивних показників, що описують функціонування індивіда [15]. ВООЗ визначає якість життя через співвідношення положення індивіда в суспільства з урахуванням культуральних особливостей і цінностей із цілями даного індивідуума, можливостями та ступенем дискомфорту.

Враховуючи вплив ХВГ на фізичне, психічне та соціальне благополуччя особистості та важливість впливу оточення хворого у ситуації життєвої кризи оцінка якості життя та вивчення особливостей психосоціальної підтримки постають актуальними аспектами у плануванні психологічної допомоги пацієнтам.

Метою дослідження було дослідити якість життя пацієнтів, які хворіють на ХВГ та оцінити психосоціальний ресурс, в аспекті значимості для розробки та організації медико-психологічної допомоги даній категорії хворих.

Контингент та методи дослідження. На основі інформованої згоди з дотриманням принципів медичної

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ФАКТОРОВ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В. Ю. ФЕДЧЕНКО

В результате комплексного исследования всесторонне проанализированы современные факторы психической травматизации (ФПТ), которые повлияли на развитие тревожно-фобических расстройств у обследованных лиц.

Определена субъективная значимость ФПТ, а также объективные анамнестические данные относительно их длительности воздействия, интервала от момента действия ФПТ до возникновения клинических проявлений, характера действия ФПТ, их динамики на момент обследования, а также реакции на аналогичные события в прошлом. Выделены ведущие и «фоновые» ФПТ, а также сфера формирования невротического конфликта у этой категории больных.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, факторы психической травматизации, этиология

PECULIARITIES OF FACTORS OF MENTAL TRAUMA IN PATIENTS WITH ANXIETY-PHOBIC DISORDERS

V. YU. FEDCHENKO

As a result of comprehensive study have been thoroughly analyzed modern factors of mental trauma (FMT), which influenced the development of anxiety-phobic disorders in the examined persons.

Determined subjective significance of FMT, as well as objective medical history of their duration, the interval from the time of effect of the FMT to the appearance of clinical manifestations, the nature of the FMT, their dynamics at the time of examination, reactions to similar events in the past. Dedicated leader and "background" FMT, as well as the areas of neurotic conflict in these patients.

Keywords: anxiety-phobic disorders, factors of mental trauma, etiology

УДК 616.89:616.36-002.2:615.851

М. Г. Шекманов

ОЦІНКА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО РЕСУРСУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит, психосоціальний ресурс, якість життя

Дія стресових факторів викликає напруження психічної сфери особистості та залучення індивідуально-психологічного («внутрішнього») та психосоціального («зовнішнього») ресурсів, які спрямовані на подолання впливу стресу та відновлення психічного гомеостазу. Включеність кожного з компонентів – «внутрішнього» та «зовнішнього» – залежить від поєднання особливостей (характеру та змісту) стресу, його інтенсивності, тривалості, властивостей особистості, її життєвого досвіду подолання кризових ситуацій, психосоціальних змінних (благополуччя у сімейних, міжособистісних відносинах, професійній діяльності, соціально-економічному статусі).

Сучасними дослідниками підкреслюється важливість визначення ролі та значення оточення (родини, близьких, друзів, знайомих) людини, яка знаходиться в складній життєвій ситуації [1; 3; 8; 11; 13]. Це обумовлено тим впливом, який чинить найближче оточення на психологічну адаптацію, тобто сприяє або навпаки порушує її. Особливого значення психосоціальний фактор набуває при хронічних або інтенсивних гострих стресах, в тому числі і захворюваннях з несприятливим прогнозом, які несуть загрозу життю та психічній цілісності особистості, різку зміну життєвого стереотипу людини, зменшення її фізичних, психологічних та соціальних можливостей.

Вірусний гепатит (ВГ) у 10–20% випадків для ВГ В та 60–80% – ВГ С супроводжується хроніфікацією патологічного процесу [7]. Вірус гепатиту С є провідною причиною хронічного вірусного гепатиту (ХВГ), гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК), розвитку цирозу [9]. ХВГ, окрім фізичних симптомів, може спричиняти появу різноманітної психопатологічної симптоматики

(переважно несприятливого характеру) [2; 10]. Факт інфекційної природи захворювання, що означає можливість зараження інших людей, а також поширеність даної хвороби серед споживаючих психоактивні речовини, спричиняє такі соціальні наслідки як стигматизація, дистанціювання від хворого. Вплив на психіку чинить не лише захворювання, але і специфічне лікування ХВГ, зокрема застосування препаратів інтерферону може ускладнюватися небажаними побічними ефектами у вигляді інтерферон-індукованої депресії від 42 до 72% пацієнтів [4].

Інтегральним параметром фізичного, психічного та соціального благополуччя виступає якість життя, який визначається на основі аналізу об'єктивних та суб'єктивних показників, що описують функціонування індивіда [15]. ВООЗ визначає якість життя через співвідношення положення індивіда в суспільства з урахуванням культуральних особливостей і цінностей із цілями даного індивідуума, можливостями та ступенем дискомфорту.

Враховуючи вплив ХВГ на фізичне, психічне та соціальне благополуччя особистості та важливість впливу оточення хворого у ситуації життєвої кризи оцінка якості життя та вивчення особливостей психосоціальної підтримки постають актуальними аспектами у плануванні психологічної допомоги пацієнтам.

Метою дослідження було дослідити якість життя пацієнтів, які хворіють на ХВГ та оцінити психосоціальний ресурс, в аспекті значимості для розробки та організації медико-психологічної допомоги даній категорії хворих.

Контингент та методи дослідження. На основі інформованої згоди з дотриманням принципів медичної

етики та деонтології на базі КЛПУ «Міська інфекційна лікарня м. Димітрова Донецької області» протягом 2010–2012 років проведено психодіагностичне дослідження 128 хворих на хронічний вірусний гепатит (ХВГ).

Методичний інструментарій. Для оцінки якості життя хворих на ХВГ було використано опитувальник «SF-36» [5]. Він складається з 11 розділів, результати представлені у вигляді оцінок в балах по 8 шкалам, складеним таким чином, що більш висока оцінка вказує на вищу якість життя. Таким чином опитувальник дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням. «SF-36» містить наступні шкали:

Physical Functioning (PF) – фізичне функціонування, яке відображає ступінь, в якому фізичний стан лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, перенесення вантажів ін.);

1. Role-Physical (RP) – вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, професійну діяльність);
2. Bodily Pain (BP) – інтенсивність болю та її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом;
3. General Health (GH) – загальний стан здоров'я – оцінка хворим свого стану здоров'я в даний момент та перспектив лікування;
4. Vitality (VT) – життєздатність (характеризує сприйняття хворим повноти власних сил та енергії або навпаки, відчуття знесилення);
5. Social Functioning (SF) – соціальне функціонування, що визначається ступенем, в якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування);
6. Role-Emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування, тобто ступінь, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення затрат часу, зменшення обсягу виконуваної роботи, зниження якості її виконання та ін.);
7. Mental Health (MH) – самооцінка психічного здоров'я, яка характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).
8. На основі основних шкал визначалися інтегральні показники фізичного компоненту здоров'я (PH) – шкали PF, RP, BP, GH, та психічний компонент (MH gen) – відповідно VT, SF, RE та MH.

Оцінка психосоціального ресурсу проводилася за допомогою шкали соціальної підтримки (багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки – MSPSS Д. Зімента в адаптації В. М. Ялтонського та Н. А. Сироти) [6]. Даний опитувальник відображає сприйняття індивідом проявів допомоги з боку найближчого оточення та містить три підшкали: «підтримки сім'ї», «друзів» та «значимих інших». Рівень суб'єктивного контролю особистості здійснювався методикою РСК [14]. Визначення суб'єктивного контролю було діагностичним критерієм здатності особистості сприйняти наявну допомогу з боку інших людей.

Результати психодіагностичних досліджень оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. [12].

Результати дослідження. Так, як було відмічено раніше, перебування у ситуації стресу або кризи вимагає мобілізації внутрішнього ресурсу (як фізичного, так і психоемоційного). Тривалість та інтенсивність дії несприятливого фактору визначає міру необхідних змін. Однак, у разі виснаження індивідуального ресурсу або неспроможності діяти в стресогенній ситуації (брак життєвого досвіду, психологічна незрілість та ін.) фактор «зовнішньої» підтримки набуває особливого значення. Родина, друзі, «значимі інші» стають джерелом емоційної підтримки та опори для людини, замінюють недостатність потрібних для вирішення складної ситуації функцій.

Вивчення психосоціальної підтримки хворих з ХВГ за шкалою MSPSS виявило наступне (Табл. 1, рис. 1). Результат самооцінки опитуваними за шкалами у діапазоні 0–2 бала приймався як незадовільний рівень психосоціальної допомоги, 3–4 бала, як такий, що в цілому задовольняє основні потреби хворого.

Таблиця 1
Структура самооцінки хворими з ХВГ наявності соціальної підтримки (%±m)

Шкали підтримки	Бали			
	1	2	3	4
Сім'ї	11,7±3,2	18,0±3,8	39,8±4,9	30,5±4,6
Середній бал	1,61		3,43	
Друзів	20,3±4,0	29,7±4,6	36,7±4,8	13,3±3,4
Середній бал	1,59		3,27	
«Значимих інших»	16,4±2,7	24,2±4,3	35,9±4,8	23,5±4,2
Середній бал	1,60		3,39	

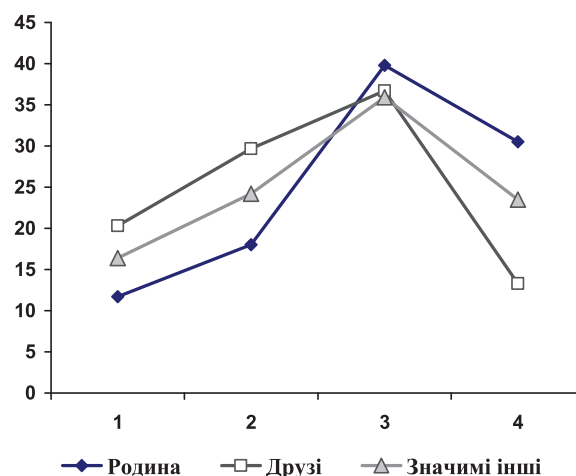


Рис. 1. Соціальна підтримка в залежності від вираженості

Так, 70,3% обстежених оцінили підтримку родини як достатню, з боку друзів та «значимих інших» відповідно такою підтримка сприймалася відповідно серед 50,0% та 59,4% осіб. Тоді як недостатньою або задовільною

допомога найближчого оточення хворого для родини становила 29,7%, друзів – 50,0%, «значимих інших» – 40,6% пацієнтів.

У якості підтримки виступали можливість виразити і обговорити травматичні та негативні переживання, власне присутність іншої людини, її прийняття, розуміння, співчуття, допомога у пошуку інформації стосовно захворювання, методів лікування, спілкування з лікарями, рішення побутових проблем. У іншій людині хворі шукали союзника та однодумця, важливим психологічним аспектом було розділення відповідальності за прийняті рішення щодо лікування.

Загалом аналіз самооцінки соціальної підтримки за шкалами у обстежених показав, що хворі найбільш відчутну допомогу отримували від родини, меншу роль у якості психосоціального ресурсу відігравали друзі та знайомі.

Однак, власне наявність доступного психосоціального ресурсу не була однозначним критерієм отримання зовнішньої підтримки. Даний феномен пов'язаний зі здатністю індивіда до сприйняття себе та оточення через призму локусу контролю, точки відліку суб'єктивної оцінки у діапазоні інтернальності – екстернальності.

Локус контролю постає універсальним фактором по відношенню до будь-яких подій та ситуацій, з якими особистість зіштовхується у різних сферах соціального функціонування. У разі екстернального локусу контролю індивід схильний пояснювати все, що з ним трапляється дією сторонніх зовнішніх сил (випадку, інших людей), тоді як інтернальний локус навпаки інтерпретує значимі події як результат суто власної діяльності.

При вивченні рівня суб'єктивного контролю за методикою РСК виявлено, що у хворих на ХВГ спостерігається екстерналізація контролю за шкалами невдач (Ін), сімейних (Іс) та міжособистісних відносин (Ім), здоров'я та хвороби (Із) (рис. 2). Це відображалось стосовно шкали Із (здоров'я та хвороби) у висловлюваннях

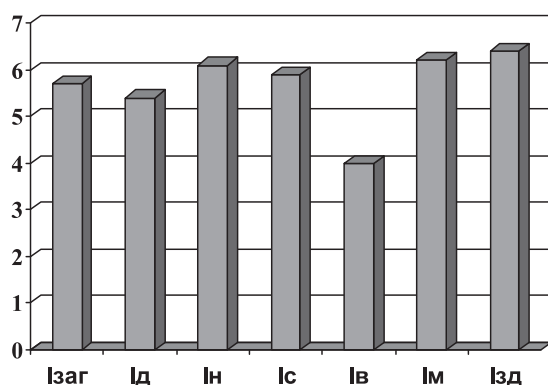


Рис. 2. Результати дослідження локусу контролю у пацієнтів з ХВГ

щодо захворювання як непередбачуваного негативного збігу обставин, заперечення будь-якого стосунку (участі) до інфікування, списування невдач у лікуванні на недостатню кваліфікованість медичних працівників, схильністю діяти під впливом ситуативних обставин,

конформність. Пацієнти вважали хворобу результатом випадку і сподівалися, що одужання настане в результаті дії інших людей, перш за все лікарів.

У міжособистісній та сімейній сфері екстерналізація проявлялася претензіями до близького оточення в поєднанні з потребою у їх підтримці, тісних емоційних контактах, тобто спостерігалася нездатність адекватно формувати своє коло спілкування та схильність вважати свої стосунки результатом дії партнерів. Тоді як інтернальність в області досягнень (Ід) свідчила про наявність тенденції до приписування своїх успіхів, досягнень власним силам.

Так, у пацієнтів з оцінкою соціальної підтримки як достатньої Ізаг (загальний показник інтернальності) становив 4,8 бала, тобто був в діапазоні оптимуму на шкалі інтернальності – екстернальності, відповідальність за події та ситуацію розподілялася збалансовано, тоді як у хворих з незадовільною оцінкою соціальної підтримки склав 6,6 балів, тобто був екстерналізований. Варто зазначити, що і суттєва інтерналізація локусу контролю супроводжувався порушенням міжособистісної перцепції. У першому випадку (екстерналізації) негативні зміни обумовлені зниженням значимості власної активності в ситуації на фоні делегування відповідальності за негативні наслідки на оточення, що створювало конфліктні ситуації, а у другому випадку відбувалося знецінення впливу та ролі оточення і відкидання сторонньої допомоги.

Отже, загалом у хворих з ХВГ відбувалася екстерналізація локусу контролю. Деадаптивними виступала як виражені варіанти екстерналізації, так і інтерналізації, які відрізнялися різними механізмами розвитку порушення сприйняття власної ролі та соціальної підтримки.

Опитування пацієнтів з ХВГ виявило зниження показників якості життя за всіма шкалами: фізичне функціонування (PF – 67,2 бала), болю (BP – 58,4 бала), соціальні (SF – 59,3 бала), рольові емоційні (RE – 42,1 бала) та психологічні функції (MH – 45,2 бала), загального здоров'я (GH – 38,5 бала), життєздатності (VT – 43,4 бала) (Табл. 2.)

Таблиця 2

**Якість життя пацієнтів з ХВГ
за опитувальником SF-36**

Шкали SF-36	Бал
Physical Functioning (PF)	67,2
Role-Physical (RP)	60,9
Bodily Pain (BP)	58,4
General Health (GH)	38,5
Фізичний компонент здоров'я (PH)	54,3
Vitality (VT)	43,4
Social Functioning (SF)	59,3
Role-Emotional (RE)	42,1
Mental Health (MH)	45,2
Психічний компонент здоров'я (MH gen)	40,5

Таким чином, захворювання негативно відобразилося як на соматичній, так і психічній сфері. На фоні обмеження фізичної активності та погіршення самопочуття, наявності больових відчуттів, більш суттєвим виступало зниження показника загального здоров'я (GH), в якості інтегральної самооцінки соматичного благополуччя. Вищеприписане було специфічним для ХВГ і впливало з особливостей клінічного перебігу та симптомології даного захворювання, а саме на фоні відносної відсутності «виразних» клінічних симптомів хвороби було наявних загальне відчуття хворобливості.

В цілому психічний компонент здоров'я (MH gen) був порушений у більшому ступені, ніж фізичний компонент (PH) (відповідно 40,5 та 54,3 бала). Найнижчі показники виявлено за шкалами GH, VT, RE та MH. Пацієнти під час клініко-діагностичної бесіди відмічали відчуття знесилення, відсутності енергії, виснаженість у поєднанні з напруженістю, емоційною невідповідністю, скаржилися на зміну звичного ритму життя та соціальної активності.

Зниження показника якості життя за шкалою соціального функціонування відображало вплив захворювання на соціальну адаптацію, а саме згортання раніше доступної соціальної активності у сфері спілкування та професійної діяльності.

Шкала емоційно-рольового функціонування характеризувала ступінь, в якій негативний емоційний фон хворих впливав на виконання повсякденної діяльності у звичному для них обсязі, а також і фізичної активності.

Низькі показники якості життя за шкалою психічного здоров'я вказували на наявність психоемоційних зрушень викликаних захворюванням, що виражалися у різноманітній психопатологічній симптоматиці в основному афективного та невротичного регістру. Наявність негативних інтенсивних переживань (самоусвідомлення змін у психічній діяльності) сама по собі виступала фактором дистресу, в тому числі сприяла тому, що на тлі психоемоційного перенапруження ситуація в цілому сприймалася особистістю як більш складна та несприятлива.

Результати дослідження якості життя хворих на ХВГ дозволили встановити:

1. в наслідок захворювання якість життя пацієнтів знижувалася за всіма параметрами (фізичного, психічного та соціального функціонування);
2. у більшому ступені знижувався психічний компонент здоров'я;
3. оцінка якості життя відображає інтегральний стан впливу хвороби на життя індивіда та може бути

використана для вивчення ефективності проведених медичних та медико-психологічних заходів.

Якісна оцінка психосоціального ресурсу у поєднанні з якістю життя як інтегрального показника фізичного, психічного та соціального благополуччя було враховано при побудові програми комплексної медико-психологічної допомоги пацієнтам з ХВГ.

Література:

1. Core concerns of couples living with early stage breast cancer / M. E. Shands, F. M. Lewis, J. Sinsheimer [et al.] // *Psychooncology*. – 2006. – №15 (12). – P. 1055 – 1064.
2. Crone C. Comprehensive review of hepatitis C for psychiatrists: risk, screening, diagnosis, treatment and interferon-based therapy complications / C. Crone, M. G. Gabriel // *J. Psych. Pract.* – 2003. – Vol. 9 – P. 93 – 110.
3. M. Ostman M. Stigma by association. Psychological factors in relatives of people with mental illness / M. Ostman, L. Kjellin // *The British Journal of Psychiatry*. – 2002. – Vol. 181. – P. 494 – 498.
4. Major psychiatric side effects of interferon alpha-2b / M. Heeringa, P. Honkoop, R. A. de Man [et al.] // *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. – 1998. – Vol. 142, № 28. – P. 1618 – 1621.
5. Ware J. Overview of the SF-36 Health Survey and the International anality of Life Assessment (JQOLA) / J. Ware, B. Gandek // *Projekt J. Clin. Epidemiology*. – 1998. – Vol. 11. – P. 903 – 912.
6. Zimet G. D. The multidimensional scale of perceived social support / G.D. Zimet [et al.] // *J. Personality assessment*. – 1988. – Vol.52. (1). – P. 30–41.
7. Вирусные гепатиты (клиника, диагностика, лечение) / Лобзин Ю. В., Жданов К. В., Волжанин В. М. Гусев Д. А. – СПб.: "Фоллиант", 2004. – 183 с.
8. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. – СПб.: Издательство «Речь», 2004. – С. 139-146.
9. Ильченко Л. Ю. Современные представления о хронических вирусных поражениях печени / Л. Ю. Ильченко // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2002. – № 1. – 128 с.
10. Канищев А. В. Розлади психічної сфери у хворих на вірусні гепатити: еволюція досліджень та сучасний стан проблеми / А. В. Канищев // *Врачебная практика*. – 2000. – № 3. – С. 51 – 54.
11. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь // *Медицинская психология*. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 3 – 8.
12. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.
13. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко. – Ніжин: Міланік, 2007. – 115 с.
14. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.
15. Шевченко Н. Ф. Якість життя в умовах хронічної хвороби: медичні й психологічні аспекти // *Матеріали II Всеукраїнського психологічного конгресу, присвяченого 110 річчю від дня народження Г. С. Костюка (19-20 квітня 2010 року)*. Т. II. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – С. 347 – 350.

ОЦЕНКА ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО РЕСУРСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

М. Г. ШЕКМАНОВ

Оценка социальной поддержки выявила, что больные с ХВГ наиболее ошутимую помощь получали от семьи, меньшую роль играли друзья и знакомые. У пациентов происходила экстернализация локуса контроля, тогда как дезадаптивными выступали как выраженные варианты экстернализации так и интернализации. Результаты исследования качества жизни больных ХВГ позволили установить, что в результате заболевания качество жизни пациентов снижалась по всем параметрам, в большей степени психический компонент здоровья. Анализ психосоциального ресурса в сочетании с качеством жизни было учтен при построении программы комплексной медико-психологической помощи пациентам с ХВГ.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит, психосоциальный ресурс, качество жизни

ASSESSMENT OF PSYCHOSOCIAL RESOURCE AND QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS

M. G. SHEKMANOV

Assessment of social support found that patients with HVH most significant support received from family, a smaller role played friends and important persons. In patients there was externalization locus of control; pronounced variations externalization and internalization were more maladaptive. The study quality of life patients with HVH identified that disease was decreased quality of life in all settings, a greater degree of mental health component. Analysis of psychosocial resources, combined with the quality of life was taken into account when building a comprehensive program of psychological help to patients with HVH.

Keywords: chronic viral hepatitis, psychosocial resources, quality of life

УДК616.895.87+616.89-02-021

А. Н. Дзюба, Н. А. Дзеружинская, Е. В. Харчук
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ,
КОМОРБИДНОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

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

Ключевые слова: параноидная шизофрения, гипертоническая болезнь, когнитивные нарушения

Сомато-психиатрическая коморбидность – явление довольно распространенное [1], а также весьма затрудняющее терапию пациентов с подобным нозологическим сочетанием. Вследствие ряда факторов (лечение антипсихотическими препаратами, гипоэнергизм, нерациональное питание, сопутствующая зависимость от психоактивных веществ) [2-4] пациенты с шизофренией становятся особо уязвимыми к возникновению некоторых видов соматической патологии, в том числе и к гипертонической болезни [5]. Согласно исследованию S. Leucht (2007) количество пациентов с шизофренией, имеющих данное соматическое осложнение доходит до 20% [6]. Существуют данные об изменении клинко-психопатологической картины основного заболевания (шизофрении) под воздействием сосудистого процесса [7; 8]. Также, в свете перспектив реабилитации актуальной является проблема когнитивных расстройств, возникающих при сочетании данных заболеваний. Поскольку наличие когнитивных нарушений является характерным для обеих нозологий по отдельности, их особенности в условиях коморбидности требуют дополнительных уточнений.

Цель исследования: определить отличия в психопатологической симптоматике и когнитивных нарушениях у лиц с параноидной шизофренией, коморбидной с гипертонической болезнью и у лиц с параноидной шизофренией, не страдающих коморбидным расстройством, влияющим на когнитивное функционирование.

Материал и методы исследования. Обследовано 65 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения. Основную группу составили 36 пациентов, у которых помимо основного заболевания была диагностирована гипертоническая болезнь II ст. Группу сравнения составили 29 пациентов с неосложненной шизофренией. Все обследуемые были женщинами, проходившими лечение в условиях психиатрического стационара. Обе группы были сопоставимы по возрастному составу ($49,64 \pm 7,46$ и $43,14 \pm 4,11$ лет соответственно), уровню образования и актуальному социальному статусу. Нейропсихологическое обследование проходило на этапе становления ремиссии – в среднем на 14–17 день госпитализации. Все пациенты находились на антипсихотической терапии,

включавшей в себя комбинацию конвенциональных и атипичных нейролептиков. Методы исследования: социально-демографический, клинко-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический. Проведение экспериментально-психологического исследования включало в себя использование комплекса нейропсихологических тестов: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA), тест на зрительно-моторную координацию (Trailmakingtest, TMT), тест беглости речевых ответов (VFT) – категориальная и буквенная части, тест Струпа, тест «10 слов» А. Р. Лурия, тест зрительной ретенции А. Бентона. Статистическая обработка осуществлялась с помощью статистического пакета SPSS Statistics 17.0.

Использование данных тестов обусловлено их функциональной наполненностью:

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) (Nasreddine Z., 1996) была разработана для быстрой всесторонней оценки когнитивных нарушений. Она включает в себя исследование различных когнитивных сфер: внимание, исполнительные функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентация.

Тест на зрительно-моторную координацию (Trailmakingtest, TMT) (Reitan R. M., Wolfson D., 1993). Часть «А» оценивает моторную координацию, часть «В» – внимание, рабочую память и исполнительную функцию.

Тест беглости речевых ответов (Verbalfluencytest, VFT) (Lezak M. D., 1995) – для оценки вербальной ассоциативной продуктивности (буквенная часть) и нарушений лексической системы (категорийная часть).

Тест Струпа (Stroopcolorwordinterferencetest) (Stroop J. R., 1935) – для оценки интенсивности и избирательности внимания, а также исполнительных функций.

Тест Лурия на запоминание 10 не связанных по смыслу слов (Лурия А. Р., 1969) – для проверки вербальной памяти – объема слухоречевого запоминания, скорости запоминания, объема отсроченного воспроизведения.

Тест Бентона – для проверки невербальной памяти (Вассерман Л. И. и соавт., 1997).

ASSESSMENT OF PSYCHOSOCIAL RESOURCE AND QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS

M. G. SHEKMANOV

Assessment of social support found that patients with HVH most significant support received from family, a smaller role played friends and important persons. In patients there was externalization locus of control; pronounced variations externalization and internalization were more maladaptive. The study quality of life patients with HVH identified that disease was decreased quality of life in all settings, a greater degree of mental health component. Analysis of psychosocial resources, combined with the quality of life was taken into account when building a comprehensive program of psychological help to patients with HVH.

Keywords: chronic viral hepatitis, psychosocial resources, quality of life

УДК616.895.87+616.89-02-021

А. Н. Дзюба, Н. А. Дзеружинская, Е. В. Харчук
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ,
КОМОРБИДНОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

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

Ключевые слова: параноидная шизофрения, гипертоническая болезнь, когнитивные нарушения

Сомато-психиатрическая коморбидность – явление довольно распространенное [1], а также весьма затрудняющее терапию пациентов с подобным нозологическим сочетанием. Вследствие ряда факторов (лечение антипсихотическими препаратами, гипоэнергизм, нерациональное питание, сопутствующая зависимость от психоактивных веществ) [2-4] пациенты с шизофренией становятся особо уязвимыми к возникновению некоторых видов соматической патологии, в том числе и к гипертонической болезни [5]. Согласно исследованию S. Leucht (2007) количество пациентов с шизофренией, имеющих данное соматическое осложнение доходит до 20% [6]. Существуют данные об изменении клинко-психопатологической картины основного заболевания (шизофрении) под воздействием сосудистого процесса [7; 8]. Также, в свете перспектив реабилитации актуальной является проблема когнитивных расстройств, возникающих при сочетании данных заболеваний. Поскольку наличие когнитивных нарушений является характерным для обеих нозологий по отдельности, их особенности в условиях коморбидности требуют дополнительных уточнений.

Цель исследования: определить отличия в психопатологической симптоматике и когнитивных нарушениях у лиц с параноидной шизофренией, коморбидной с гипертонической болезнью и у лиц с параноидной шизофренией, не страдающих коморбидным расстройством, влияющим на когнитивное функционирование.

Материал и методы исследования. Обследовано 65 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения. Основную группу составили 36 пациентов, у которых помимо основного заболевания была диагностирована гипертоническая болезнь II ст. Группу сравнения составили 29 пациентов с неосложненной шизофренией. Все обследуемые были женщинами, проходившими лечение в условиях психиатрического стационара. Обе группы были сопоставимы по возрастному составу ($49,64 \pm 7,46$ и $43,14 \pm 4,11$ лет соответственно), уровню образования и актуальному социальному статусу. Нейропсихологическое обследование проходило на этапе становления ремиссии – в среднем на 14–17 день госпитализации. Все пациенты находились на антипсихотической терапии,

включавшей в себя комбинацию конвенциональных и атипичных нейролептиков. Методы исследования: социально-демографический, клинко-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический. Проведение экспериментально-психологического исследования включало в себя использование комплекса нейропсихологических тестов: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA), тест на зрительно-моторную координацию (Trailmakingtest, TMT), тест беглости речевых ответов (VFT) – категориальная и буквенная части, тест Струпа, тест «10 слов» А. Р. Лурия, тест зрительной ретенции А. Бентона. Статистическая обработка осуществлялась с помощью статистического пакета SPSS Statistics 17.0.

Использование данных тестов обусловлено их функциональной наполненностью:

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) (Nasreddine Z., 1996) была разработана для быстрой всесторонней оценки когнитивных нарушений. Она включает в себя исследование различных когнитивных сфер: внимание, исполнительные функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентация.

Тест на зрительно-моторную координацию (Trailmakingtest, TMT) (Reitan R. M., Wolfson D., 1993). Часть «А» оценивает моторную координацию, часть «В» – внимание, рабочую память и исполнительную функцию.

Тест беглости речевых ответов (Verbalfluencytest, VFT) (Lezak M. D., 1995) – для оценки вербальной ассоциативной продуктивности (буквенная часть) и нарушений лексической системы (категорийная часть).

Тест Струпа (Stroopcolorwordinterferencetest) (Stroop J. R., 1935) – для оценки интенсивности и избирательности внимания, а также исполнительных функций.

Тест Лурия на запоминание 10 не связанных по смыслу слов (Лурия А. Р., 1969) – для проверки вербальной памяти – объема слухоречевого запоминания, скорости запоминания, объема отсроченного воспроизведения.

Тест Бентона – для проверки невербальной памяти (Вассерман Л. И. и соавт., 1997).

Таблица 1

Сравнительные показатели выполнения когнитивных тестов

Методы нейропсихологического обследования	Основная группа (n=36)	Контрольная группа (n=29)	P
MoCA	24,14 ± 1,31	27,21 ± 1,21	p ≤ 0,01
VFT, категориальная часть	22,75 ± 4,42	28,78 ± 3,39	p ≤ 0,01
VFT, буквенная часть	19,16 ± 2,24	24,84 ± 2,89	p ≤ 0,01
Тест Бентона	4,78 ± 0,95	5,55 ± 0,77	p ≤ 0,01
Тест Струпа – Ч, 1	67,75 ± 10,22	65,48 ± 10,37	p > 0,05
Тест Струпа – Ч, 2	172,76 ± 9,34	137,62 ± 8,15	p ≤ 0,01
TMT – Ч, 1	78,44 ± 7,26	61,93 ± 8,02	p ≤ 0,01
TMT – Ч, 2	168,53 ± 10,98	146,04 ± 10,32	p ≤ 0,01
Тест «10 слов» А. Р. Лурия (отсроченное воспроизведение)	6,61 ± 0,77	7,17 ± 0,65	p ≤ 0,01

Для определения достоверности различий в выборках был использован непараметрический U-критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования. Как и следовало ожидать, основная группа оказалась представлена лицами старшего возраста относительно группы сравнения, что отображает представления о том, что гипертоническая болезнь – это заболевание старших возрастных групп (49,64 ± 7,46 и 43,14 ± 4,11 лет соответственно). Для того чтобы добиться сопоставимости по возрасту между обеими группами было решено при наборе в группу сравнения отдавать предпочтение лицам старше 29 лет (т. е. молодого: 30–44 года, среднего: 45–59 лет и старшего: 60–74 года).

Длительность протекания шизофрении составляла: у пациентов основной группы – 13,94 ± 6,73, у пациентов группы сравнения – 11,03 ± 7,06. Средняя продолжительность гипертонической болезни у пациентов основной группы к моменту обследования составляла 7,74 ± 2,05 лет. Большинство из испытуемых не принимали (или принимали нерегулярно) антигипертензивную терапию в домашних условиях. Причиной подобного поведения можно считать как особенности основного заболевания (нарастание негативной симптоматики в виде гипобулии, апатичности, недостаточности мотивационного компонента), так и процессы стигматизации и самостигматизации, ухудшающие возможности оказания адекватной медицинской помощи данному контингенту.

Выраженность когнитивных расстройств у пациентов обеих групп отображена в Таблице 1.

Сравнение результатов по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA) показало статистически значимое снижение у лиц контрольной группы (P < 0,01).

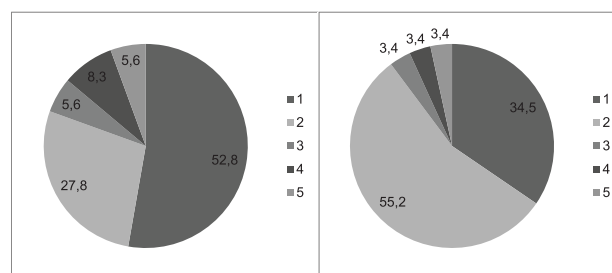
Все когнитивные тесты показали достоверное худшее их выполнение пациентами с шизофренией, отягощенной гипертонической болезнью (p ≤ 0,01, U-критерий Манна-Уитни), за исключением показателей первой части теста Струпа (методика словесно-цветовой интерференции), имеющей вспомогательное значение. С большой долей вероятности можно допустить, что худшие показатели когнитивного функционирования у

лиц основной группы могут быть связаны с нарастанием органического процесса, представляющим из себя следствие протекающей гипертонической болезни. Это может свидетельствовать о более выраженном когнитивном дефиците у лиц из основной группы, что подчеркивает значение коморбидной соматической патологии, ухудшающей протекание психического заболевания и приводящей к прогностически неблагоприятному сценарию протекания эндогенно-процессуального расстройства.

Клинико-психопатологическая структура обеих групп существенно различалась – если в основной группе преобладали пациенты с параноидной симптоматикой (52,8 % против 34,5 % в группе с неосложненной шизофренией), то в группе сравнения чаще наблюдалась галлюцинаторно-параноидная (55,2 % по сравнению с 27,8 % в основной).

Таблица 2

Частота встречаемости психопатологических синдромов среди пациентов с параноидной шизофренией, ассоциированной с гипертонической болезнью, и группы сравнения (параноидная шизофрения)



1 – параноидный; 2 – галлюцинаторно-параноидный; 3 – депрессивно-параноидный; 4 – маниформно-параноидный; 5 – иное

Выводы

Согласно полученным данным, гипертоническая болезнь оказывает клиническое «вмешательство» в течение шизофренического процесса, затрагивая как клинико-психопатологическую структуру психического заболевания, так и когнитивное функционирование, что проявляется в более грубой выраженности когнитивного дефицита. Данные выводы могут иметь значение в построении терапевтического процесса и формировании

реабілітаційних програм, направлених на досягнення комплаєнтності касательно не только антипсихотического лечения, но и мероприятий, нацеленных на устранение отягощающих соматогенных факторов.

Література:

1. Sartorius, N. *Physical illness in people with mental disorders* [Text] / N. Sartorius // *World Psychiatry*. – 2007. – 6 (1). – P. 3-4.
2. McCreadie, R. *Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia* [Text] / R. McCreadie // *Brit Journal of Psychiatry*. – 2003 - № 113 – P. 534-553.
3. 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.
4. 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.

5. Hennekens, C. H., Casey D. E., Hennekens A. R., Hollar D. *Шизофрения и повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний* [Текст] / С. Н. Hennekens // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2008. – № 2. – С. 59-62.
6. Leucht, S. *Physical Illness and Schizophrenia: A Review of the Evidence* [Text] / S. Leucht [et al.]. – Cambridge University Press., 2007. – 224 p.
7. 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.
8. 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.

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ОСІБ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ, КОМОРИДНОЮ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

О. М. Дзюба, Н. О. Дзеружинська, С. В. Харчук

Було обстежено 65 пацієнтів з параноїдною шизофренією, розділених за ознакою наявності / відсутності гіпертонічної хвороби – відповідно 36 і 29 випробовуваних. Встановлено достовірно гірше виконання когнітивних тестів особами з основної групи (обтяжених гіпертонічною хворобою). А також виявилось різне співвідношення психопатологічної симптоматики серед пацієнтів порівнюваних груп, в першу чергу параноїдної і галюцинаторно-параноїдного синдрому в період екзацерації процесуального розладу.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, гіпертонічна хвороба, когнітивні порушення

COGNITIVE IMPAIRMENT IN PARANOID SCHIZOPHRENIA PATIENTS WHICH COMORBIDED WITH ARTERIAL HYPERTENSION

A. N. DZYUBA, N. A. DZERUZHINSKAYA, E. V. HARCHUK

There were examined 65 patients with paranoid schizophrenia separated on the basis of presence / absence of arterial hypertension - accordingly 36 and 29 subjects. It was found reliably worse performance of cognitive tests by persons from the main group (aggravated by arterial hypertension). And also a different ratio of psychopathology among patients of compared groups was revealed, especially the prevalence of paranoid and hallucinatory-paranoid syndrome during the acute of procedural distress.

Keywords: paranoid schizophrenia, arterial hypertension, cognitive impairment

УДК 616.89

В. Л. Лісовенко

ПРОБЛЕМИ ДЕЙНСТИТУЦІАЛІЗАЦІЇ ТРАДИЦІЙНИХ АТРИБУТИВ ТА ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ В ПСИХІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Національна академія державної податкової служби України, м. Ірпін

Ключові слова: психіатричні атрибути, гендерні стереотипи, психіатрична дейнституціалізація

В цивілізованому світі вже давно сформувалась громадська думка, що культура суспільства визначається його відношенням до психічно хворих людей, а також забезпеченням їх соціального благополуччя та прав і свобод людини. Проблемами ж причин та механізмів виникнення, психічних захворювань, їх діагностики, перебігу, лікування та профілактики, як відомо, безпосередньо займається психіатрія як галузь клінічної медицини, виконуючи при цьому вкрай важливу функцію щодо збереження і зміцнення психічного здоров'я, членів суспільства та мінімізації негативних наслідків психічних хвороб, які вражають в першу чергу осіб молодого та середнього віку, що є найбільш продуктивною працездатною та обороноздатною верстою населення кожної країни.

В зв'язку з цим удосконалення клініко-організаційних форм і методів психіатричної допомоги є одним із актуальних завдань держави та державних органів, що опікуються цими проблемами.

Проте, як свідчать статистичні дані та багаторічний досвід більшості стаціонарних психіатричних закладів

системи охорони здоров'я, соціальної політики та інших відомств, призначених для стаціонарного лікування хворих, в тому числі з тривалим перебуванням як в Україні, так і за кордоном, вони крім скорочення ліжкового фонду на даному етапі майже не зазнали суттєвих організаційних змін та відповідної модернізації. Тому як і раніше продовжують зберігати свій колишній соціальний статус, зовнішній вигляд та започаткований ще в минулому організаційно-клінічний устрій і традиційні правила внутрішнього розпорядку, що були встановлені для хворих і їх відвідувачів ще починаючи з XVIII століття і які в цілому не відповідають принципам Європейської Конвенції прав і основоположених свобод людини, а також не задовольняють духовні та соціально-культурні потреби і інтереси хворих.

З одного боку це можна пояснити особливостями патогенезу і патоморфозом психічних розладів в процесі їх перебігу і лікування, а з іншого – традиційними інституціональними принципами і стандартами (лат. institutio – порядок, наставляння) медичного обслуговування хворих психіатричних лікарень та консерватизмом

реабілітаційних програм, направлених на досягнення комплаєнтності касательно не только антипсихотического лечения, но и мероприятий, нацеленных на устранение отягощающих соматогенных факторов.

Література:

1. Sartorius, N. *Physical illness in people with mental disorders* [Text] / N. Sartorius // *World Psychiatry*. – 2007. – 6 (1). – P. 3-4.
2. McCreadie, R. *Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia* [Text] / R. McCreadie // *Brit Journal of Psychiatry*. – 2003 - № 113 – P. 534-553.
3. 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.
4. 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.

5. Hennekens, C. H., Casey D. E., Hennekens A. R., Hollar D. *Шизофрения и повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний* [Текст] / С. Н. Hennekens // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2008. – № 2. – С. 59-62.
6. Leucht, S. *Physical Illness and Schizophrenia: A Review of the Evidence* [Text] / S. Leucht [et al.]. – Cambridge University Press., 2007. – 224 p.
7. 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.
8. 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.

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ОСІБ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ, КОМОРИДНОЮ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

О. М. Дзюба, Н. О. Дзеружинська, С. В. Харчук

Було обстежено 65 пацієнтів з параноїдною шизофренією, розділених за ознакою наявності / відсутності гіпертонічної хвороби – відповідно 36 і 29 випробовуваних. Встановлено достовірніше виконання когнітивних тестів особами з основної групи (обтяжених гіпертонічною хворобою). А також виявилось різне співвідношення психопатологічної симптоматики серед пацієнтів порівнюваних груп, в першу чергу поширеність параноїдного і галюцинаторно-параноїдного синдрому в період екзацерації процесуального розладу.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, гіпертонічна хвороба, когнітивні порушення

COGNITIVE IMPAIRMENT IN PARANOID SCHIZOPHRENIA PATIENTS WHICH COMORBIDED WITH ARTERIAL HYPERTENSION

A. N. DZYUBA, N. A. DZERUZHINSKAYA, E. V. HARCHUK

There were examined 65 patients with paranoid schizophrenia separated on the basis of presence / absence of arterial hypertension - accordingly 36 and 29 subjects. It was found reliably worse performance of cognitive tests by persons from the main group (aggravated by arterial hypertension). And also a different ratio of psychopathology among patients of compared groups was revealed, especially the prevalence of paranoid and hallucinatory-paranoid syndrome during the acute of procedural distress.

Keywords: paranoid schizophrenia, arterial hypertension, cognitive impairment

УДК 616.89

В. Л. Лісовенко

ПРОБЛЕМИ ДЕЙНСТИТУЦІАЛІЗАЦІЇ ТРАДИЦІЙНИХ АТРИБУТІВ ТА ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ В ПСИХІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Національна академія державної податкової служби України, м. Ірпін

Ключові слова: психіатричні атрибути, гендерні стереотипи, психіатрична дейнституціалізація

В цивілізованому світі вже давно сформувалась громадська думка, що культура суспільства визначається його відношенням до психічно хворих людей, а також забезпеченням їх соціального благополуччя та прав і свобод людини. Проблема ж причин та механізмів виникнення, психічних захворювань, їх діагностики, перебігу, лікування та профілактики, як відомо, безпосередньо займається психіатрія як галузь клінічної медицини, виконуючи при цьому вкрай важливу функцію щодо збереження і зміцнення психічного здоров'я, членів суспільства та мінімізації негативних наслідків психічних хвороб, які вражають в першу чергу осіб молодого та середнього віку, що є найбільш продуктивною працездатною та обороноздатною верстою населення кожної країни.

В зв'язку з цим удосконалення клініко-організаційних форм і методів психіатричної допомоги є одним із актуальних завдань держави та державних органів, що опікуються цими проблемами.

Проте, як свідчать статистичні дані та багаторічний досвід більшості стаціонарних психіатричних закладів

системи охорони здоров'я, соціальної політики та інших відомств, призначених для стаціонарного лікування хворих, в тому числі з тривалим перебуванням як в Україні, так і за кордоном, вони крім скорочення ліжкового фонду на даному етапі майже не зазнали суттєвих організаційних змін та відповідної модернізації. Тому як і раніше продовжують зберігати свій колишній соціальний статус, зовнішній вигляд та започаткований ще в минулому організаційно-клінічний устрій і традиційні правила внутрішнього розпорядку, що були встановлені для хворих і їх відвідувачів ще починаючи з XVIII століття і які в цілому не відповідають принципам Європейської Конвенції прав і основоположених свобод людини, а також не задовольняють духовні та соціально-культурні потреби і інтереси хворих.

З одного боку це можна пояснити особливостями патогенезу і патоморфозом психічних розладів в процесі їх перебігу і лікування, а з іншого – традиційними інституціональними принципами і стандартами (лат. institutio – порядок, наставляння) медичного обслуговування хворих психіатричних лікарень та консерватизмом

клінічного мислення працівників психіатричних установ, закоріненого в традиційних звичках і соціальних взаємовідносинах між надавачами і користувачами психіатричної допомоги.

Ці основні суб'єктивні причини і є головними чинниками традиційних атрибутів (лат. *attributum* – придане, суттєва ознака) більшості психіатричних лікарень, інтернатів чи пансіонатів, які збереглися до цього часу, і продовжують переважно функціонувати в умовах закритого режиму утримання психічно хворих людей та анахронізму (грец. *anachronismos* – пережиток, застарілий погляд). При цьому режим закритих дверей (*open door system*) і відсутність прямого доступу до психічно хворих чи до їх лікаря торкається і родичів хворих, і відвідувачів, і інших фактів. Серед традиційно інституціалізованих та існуючих до теперішнього часу психіатричних атрибутів в психіатричних стаціонарах особливо не приємне враження справляють одноманітне зовнішнє і внутрішнє архітектурне планування приміщень, наявність не поодиноких металевих ґрат на вікнах палат і коридорів в лікувальних відділеннях, обладнанні спеціальними вагонними замками і ключами вхідні двері та двері службових кабінетів або ж і взагалі їх відсутність в палатах, багатоліжкові (до 10 і більше ліжок), примітивно мебльовані палати, відсутність або незначна кількість сидячих місць в коридорах і палатах, і кімнатних рослин (вазонів), тощо. Крім того, майже скрізь проглядається відсутність кімнат особистої гігієни, звичайних предметів посуду, особистого одягу хворих, можливість вільного відвідування хворих родичами і знайомими, і т. п. В деяких стаціонарних психіатричних відділеннях через велику кількість хворих і недостатнє знання медперсоналом особливостей їх психічного стану чи побоювання різних потенційних ексцесів існують також певні труднощі з наданням одужуючим хворим з метою їх соціальної адаптації так званих лікувальних відпусток чи вільного виходу за межі відділень або ж і взагалі психіатричного закладу, щодо призначення деяких із показаних методів соціальної терапії, зокрема, пов'язаних з трудовими процесами, фізкультурними вправами, соціальною та соціально-правовою допомогою, тощо.

Самі ж лікарні, не зважаючи на значне скорочення їх розмірів за останні десятиріччя та кількості ліжок, в тому числі в Україні головним чином з матеріально-фінансових міркувань, вони все ще продовжують нараховувати достатньо велику кількість стаціонарних хворих порівняно з сучасними критеріями (в середньому 500 ± 300 ліжок). Крім того, в більшості випадків профілізація і диференціація стаціонарних психіатричних відділень також не відповідає сучасним лікувально-діагностичним принципам, виходячи з покладених на них завдань і функцій на різних стадіях захворювань та особливостей їх перебігу і терапії психічно хворих. Так, більшість психіатричних відділень функціонують по дільнично-територіальному принципу, де утримуються як первинні чи так звані хворі з гострими хворобами, так і хворі з хронічним перебігом психічних захворювань, що, звичайно створює певні незручності в процесі

їх лікування, враховуючи різні терапевтичні підходи, тривалість самого лікування та формування при цьому соціальної недостатності особистості і як правило, деякі негативні соціально-психологічні наслідки захворювань у хворих з хронічним перебігом хвороби.

На цю особливість хворих та заподіяння при цьому моральної шкоди вже одужуючим психічно хворим, на відміну від більшості психіатрів звернув увагу ще в 30-х роках XX століття великий російський фізіолог, лауреат Нобелівської премії, геніальний дослідник вищої нервової діяльності (ВНД) та психічних процесів і властивостей людини І. П. Павлов, який в своїй статті «Пробна екскурсія фізіолога в область психіатрії», вже тоді вказував на «неприпустимість сумісного утримання хворих, маючих в певній мірі самосвідомість з іншими неосудними хворими, з розладами свідомості, від яких перші можуть зазнавати з одного боку сильних роздратувань у формі криків і надзвичайних сцен, а з іншого – і прямого насильства, і які потрібно розглядати як умову, що погіршує їх стан та ще більше знесилює слабкі коркові клітини. Крім того, вже усвідомлення такими хворими порушення їх людських прав, що проявляється в обмеженнях свободи, а також в частковій неминучості уцімлення їх з боку службового і медперсоналу не може не викликати тривогу за удари по цим же слабким корковим клітинам.» Отже, резюмує І. П. Павлов, «необхідно, як найшвидше переводити таких душевно хворих на становище хворих, що страждають всякими іншими хворобами, які так безпосередньо не уцімлюють почуття людської гідності».

На жаль, всі ці наукові спостереження і рекомендації великого вченого і дослідника ВНД людини в основному продовжують залишатись побажаннями.

Але, в сучасних умовах лікування психічно хворих очевидно найбільшим анахронізмом видається саме традиційний гендерний фактор роль якого ніхто не заперечує, проте на практиці фактично не визнає. Це стосується в першу чергу про проблему гендерної ізоляції хворих (*gender* – рід, стать), що давно назріла, тобто окреме утримання в психіатричних стаціонарних відділеннях хворих чоловічої і жіночої статі, що призводить в результаті до створення негативних психіатричних одностатевих гендерних стереотипів (грец. *stereos*-твердий, *typos*-відбиток) та порушення природного гендерного симбіозу між чоловіками та жінками. Така традиційна інституціалізація одностатевих гендерних стереотипів, що склалася історично в психіатричній практиці при відсутності на той час ефективних способів медикаментозно-біологічної та соціальної терапії, на сьогодні протирічить загальним основам статево-рольової соціалізації людини, і в цілому, як сучасній гендерній психології, так і ідеології особистості. Тривала ж ізоляція чоловіків від осіб жіночої статі, чи навпаки, коли хворі протилежного гендеру на протязі тривалого часу не мають можливості ні бачити один одного, ні спілкуватися між собою, призводить до формування у них особливого психічного стану, відомого в психіатрії та пенітенціарних установах, як синдром здичавіння.

Звичайно, сформований на цій основі подібний психічний стан хворих не завжди своєчасно фіксується в історіях хвороби хворих, а у випадку його наявності – він в основному кваліфікується як всього лише стан соціальної деградації внаслідок психічного дефекту. При цьому крім соціального чинника, як суттєвого фактору тривалої ізоляції чоловіків і жінок окремо один від одного в процесі психіатричного лікування, важливу роль в розвитку цього синдрому належить також біолого-психологічним чинникам, які спостерігалися в анамнезі хворих, схильних до емоційно-вольових розладів особистостей, обумовлених їх психічними властивостями. Вищезазначений синдром здичавіння, про який вже раніше йшла мова в наших публікаціях, в більшості випадків не є наслідком психічного дефекту сформованого в результаті процесуального, прогресивного перебігу психічних захворювань, а є продуктом несприятливих ситуативних обставин та тривалої гендерної ізоляції, який з часом може поступово редуціювати, і проявляється в стереотипній поведінці в формі відчуження, пасивності, бездіяльності, байдужості, безініціативності, частковій мовній інконтактності, неохайності, втраті певних культурних і духовних інтересів в тому числі і до оточуючого соціального середовища, включаючи осіб протилежної статі, або ж в негативному ставленні до неї чи агресивності, емоційній холодності, тощо. В умовах тривалого перебування хворих в психіатричному стаціонарі подібні психічні стани таких індивідів важко піддаються лікуванню в тому числі з допомогою психотерапії, а більш успішно лікуються чи поступово проходять після повернення в суспільство.

Ігнорування соціальних факторів і наслідками негативного впливу на хворих традиційних психіатричних атрибутів, особливо закритого режиму утримання в психіатричних лікарнях стало причиною суспільного незадоволення в кінці 60-х і на початку 70-х років минулого століття і навіть призвало в деяких країнах Західної Європи та США до публічних протестів з боку широких народних мас. Особливо відзначився подібний протестний рух під назвою «антипсихіатрія» в Італії, використовуючи при цьому в своїх протестних виступах гасло «свобода-цілюща» та вимагаючи від урядів ліквідувати психіатричні лікарні, а всіх душевно хворих випустити на волю. В результаті в ряді країн були переглянуті традиційні нормативні акти стосовно стану організації надання психіатричної допомоги на принципах деінституціалізації (лат. de – відміна, заперечення; institution – встановлення), а в Італії, де подібний рух проявив найбільшу активність, було прийнято новий Закон про психіатричну допомогу, який між іншим, вважається одним із найдемократичніших подібних Законів в країнах Заходу.

На жаль, в Україні надання психіатричної допомоги громадянам ще не стало одним із першочергових завдань ні уряду, ні суспільства в цілому. Тому деінституціалізація теперішнього стану психіатричної допомоги та її стаціонарної ланки, щодо достатньо аргументованої і цілеспрямованої системи реорганізації всіх установ і

закладів психіатричної служби продовжує залишатися важливою проблемою держави і всього українського соціуму.

Ми ж в свою чергу після прийняття Закону України «Про психіатричну допомогу» в 2000 році в своїх публікаціях неодноразово звертали увагу органів влади, охорони здоров'я та зацікавлених офіційних осіб і громадських організацій на незадовільну ситуацію щодо його виконання як в частині першочергових заходів, так і заходів щодо перспектив удосконалення психіатричної допомоги, які повинні були б забезпечуватись у першу чергу шляхом затвердження відповідної державної програми та на рівні регіонів. Одночасно ми також пропонували конкретні заходи по удосконаленню системи надання психіатричної допомоги на сучасному етапі. В їх числі: подальша децентралізація психіатричної допомоги та переважний розвиток амбулаторної і напівстаціонарної психіатричної мережі, мінімальна ізоляція психічно хворих від нормального соціального оточення та максимальне забезпечення системи по restraint; модернізація психіатричних лікарень на принципах деінституціалізації, включаючи ліквідацію традиційних психіатричних атрибутів та стереотипів у т. ч. гендерних; забезпечення адекватної соціальної політики та пом'якшення медико-соціальних наслідків психіатричних недугів; інтеграція психіатричної і загально-соматичної мережі на рівні районних центрів і областей та психіатричної науки і практики; спадкоємність в діяльності всіх організацій і установ, що беруть участь в охороні психічного здоров'я населення незалежно від відомчої належності; реальне забезпечення соціальної реабілітації психічно хворих, в тому числі занятості та їх прав і свобод в контексті даного Закону та прийнятої в 1950 р. Європейської Конвенції прав і основоположних свобод людини, тощо.

Реалізація цих основних завдань має принципове значення, так як дозволить вирішити вкрай важливу соціальну проблему успішної боротьби з психічними розладами та збереження і зміцнення психічного здоров'я українського суспільства.

Література:

1. Хельмут, Бибер Амбулаторная/психиатрическая помощь Вісник АПУ, №2, 1995.
2. Гушанський Э. Л. Наиболее типичные нарушения прав при оказании психиатрической помощи. Пути обновления психиатрии. Материалы IV съезда НПА, М., 1992.
3. Воронков Г. Л., Лисовенко В. Л. Актуальные вопросы организации лечебных отделений современной психиатрической больницы. Ж. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, №9, 1984.
4. К. Йенсен. Законодательство о психическом здоровье в Европе. Вісник АПУ, №1, 1996
5. Лисовенко В. Л. Деінституціалізація як основний принцип організації психіатричної допомоги на сучасному етапі. Ж. Архів психіатрії, №3, 2002
6. Лисовенко В. Л., Зільберблат Г. М., Квасневський О. Л. Проблеми організації психіатричної допомоги на сучасному етапі розвитку українського суспільства. Ж. Психічне здоров'я, №2, 2008
7. Лисовенко В. Л. Значення клініко-діагностичних, соціально-рольових та соціотерапевтичних чинників в організації психіатричної реабілітації. Ж. Психічне здоров'я, №1, 2011
8. Нормативно-правові документи з питань надання психіатричної допомоги. МОЗ України. Київ, 2002

9. И. П. Павлов. Избранные статьи и речи по вопросам психиатрии и невропатологии В.1, АМН СССР, М., 1951
10. Ястребов В. С. Современная психиатрическая служба и критерии

оценки ее деятельности Ж. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, Т. 101, №3, 2001.

ПРОБЛЕМЫ ДЕИНСТИТУЦИАЛИЗАЦИИ ТРАДИЦИОННЫХ АТРИБУТОВ И ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В. Л. Лисовенко

Институционализация традиционных психиатрических атрибутов и гендерных стереотипов сегодня должна рассматриваться как пережиток традиционной психиатрической практики с соответствующими негативными социокультурными и социально-экономическими последствиями для общества. В связи с этим предлагаются необходимые меры по совершенствованию организационных форм современной психиатрической помощи.

Ключевые слова: психиатрические атрибуты, гендерные стереотипы, психиатрическая деинституционализация

PROBLEMS OF DEINSTITUTIONALISATION OF TRADITIONAL ATRIBUTES AND STEREOTYPES IN PSYCHIATRIC PRACTICE

V.L. LISOVENKO

In the article is information about problems of existence traditional attributes and stereotypes in psychiatric hospital which is an anachronism of today psychiatric practice. Therefore is propose to take measures on theirs deinstitutionalisation.

Keywords: psychiatrics attributes, gender stereotypes, psychiatric deinstitutionalisation.

УДК 616.89.19+616.85)-055.2-08

Р. І. Білобровка

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ ТА НЕВРОТИЗУЮЧІ ФАКТОРИ У ЖІНОК ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ В УМОВАХ КРИЗИ

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького

Ключові слова: ментальні розлади, жіночі проблеми

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

Умови життя людини в сучасному світі відрізняються різноманітністю негативних психогенних факторів, що негативно впливають на психічне здоров'я людини та створюють можливість виникнення психічних порушень [1]. Як відомо, депресії частіше зустрічаються у жінок [3,10,11]. Це стосується і невротичної депресії. У віковій групі 36–45 років чисельність жінок, хворих на цей розлад перевищує чисельність чоловіків у 5–8 разів [4,6]. Не дивлячись на відносно невелику глибину психічних розладів, невротичні депресії часто обумовлюють ризик затяжного перебігу захворювання та супроводжується соціальною дезадаптацією.

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

1. Високе нервово психічне та фізичне навантаження, яке в сім'ї лягає здебільшого на плечі жінок.
2. Невпевненість у завтрашньому дні та тривога у зв'язку з соціально-економічною кризою в країні.

3. Зниження соціального статусу жінки.
4. Загальний стан соціальної невдоволеності через безвихідність ситуації.
5. Дисгармонія сімейних взаємовідносин, як наслідок такого стану речей, викликає підвищення конфліктності, що у свою чергу призводить до негативних наслідків в інших життєвих сферах та до погіршення психоемоційного стану.

Жінки частіше опиняються в стресових ситуаціях, пов'язаних з функціями і обов'язками, які традиційно розглядаються як жіночі. Жінка усвідомлює, що вона повинна гарно виглядати, виходити заміж, займатися домашнім господарством, виховувати дітей, займатися приготуванням їжі. Крім того, жінка ще ходить на роботу, та по можливості робить кар'єру.

G. Witkin [12] виділяє чотири наступні суто жіночі стреси:

- стреси, пов'язані з жіночою фізіологією – менструація, вагітність, менопауза;
- стреси, пов'язані із життєвими змінами – заміжжя, материнство, розлучення, вдовство, відхід дорослих дітей і т. д.;
- психологічні стреси, які переживають неodrужені жінки, які почуваються самотніми; домогосподарки, на яких тяжіють рутинні домашні обов'язки; ділові жінки, на яких тяжіє необхідність частіше бути вдома, щоб не втратити сім'ю;
- стреси життєвих криз, які, як правило, лягають на жіночі плечі – догляд за хворими батьками чи за дітьми-інвалідами.

Як відомо [8], психічні розлади у жінок ведуть до значно гіршої переносимості подібних стресових ситуацій та хворобливого реагування на них.

9. И. П. Павлов. Избранные статьи и речи по вопросам психиатрии и невропатологии В.1, АМН СССР, М., 1951
10. Ястребов В. С. Современная психиатрическая служба и критерии

оценки ее деятельности Ж. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, Т. 101, №3, 2001.

ПРОБЛЕМЫ ДЕИНСТИТУЦИАЛИЗАЦИИ ТРАДИЦИОННЫХ АТРИБУТОВ И ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В. Л. Лисовенко

Институционализация традиционных психиатрических атрибутов и гендерных стереотипов сегодня должна рассматриваться как пережиток традиционной психиатрической практики с соответствующими негативными социокультурными и социально-экономическими последствиями для общества. В связи с этим предлагаются необходимые меры по совершенствованию организационных форм современной психиатрической помощи.

Ключевые слова: психиатрические атрибуты, гендерные стереотипы, психиатрическая деинституционализация

PROBLEMS OF DEINSTITUTIONALISATION OF TRADITIONAL ATRIBUTES AND STEREOTYPES IN PSYCHIATRIC PRACTICE

V.L. LISOVENKO

In the article is information about problems of existence traditional attributes and stereotypes in psychiatric hospital which is an anachronism of today psychiatric practice. Therefore is propose to take measures on theirs deinstitutionalisation.

Keywords: psychiatrics attributes, gender stereotypes, psychiatric deinstitutionalisation.

УДК 616.89.19+616.85)-055.2-08

Р. І. Білобровка

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ ТА НЕВРОТИЗУЮЧІ ФАКТОРИ У ЖІНОК ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ В УМОВАХ КРИЗИ

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького

Ключові слова: ментальні розлади, жіночі проблеми

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

Умови життя людини в сучасному світі відрізняються різноманітністю негативних психогенних факторів, що негативно впливають на психічне здоров'я людини та створюють можливість виникнення психічних порушень [1]. Як відомо, депресії частіше зустрічаються у жінок [3,10,11]. Це стосується і невротичної депресії. У віковій групі 36–45 років чисельність жінок, хворих на цей розлад перевищує чисельність чоловіків у 5–8 разів [4,6]. Не дивлячись на відносно невелику глибину психічних розладів, невротичні депресії часто обумовлюють ризик затяжного перебігу захворювання та супроводжується соціальною дезадаптацією.

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

1. Високе нервово психічне та фізичне навантаження, яке в сім'ї лягає здебільшого на плечі жінок.
2. Невпевненість у завтрашньому дні та тривога у зв'язку з соціально-економічною кризою в країні.

3. Зниження соціального статусу жінки.
4. Загальний стан соціальної невдоволеності через безвихідність ситуації.
5. Дисгармонія сімейних взаємовідносин, як наслідок такого стану речей, викликає підвищення конфліктності, що у свою чергу призводить до негативних наслідків в інших життєвих сферах та до погіршення психоемоційного стану.

Жінки частіше опиняються в стресових ситуаціях, пов'язаних з функціями і обов'язками, які традиційно розглядаються як жіночі. Жінка усвідомлює, що вона повинна гарно виглядати, виходити заміж, займатися домашнім господарством, виховувати дітей, займатися приготуванням їжі. Крім того, жінка ще ходить на роботу, та по можливості робить кар'єру.

G. Witkin [12] виділяє чотири наступні суто жіночі стреси:

- стреси, пов'язані з жіночою фізіологією – менструація, вагітність, менопауза;
- стреси, пов'язані із життєвими змінами – заміжжя, материнство, розлучення, вдовство, відхід дорослих дітей і т. д.;
- психологічні стреси, які переживають неодружені жінки, які почуваються самотніми; домогосподарки, на яких тяжіють рутинні домашні обов'язки; ділові жінки, на яких тяжіє необхідність частіше бути вдома, щоб не втратити сім'ю;
- стреси життєвих криз, які, як правило, лягають на жіночі плечі – догляд за хворими батьками чи за дітьми-інвалідами.

Як відомо [8], психічні розлади у жінок ведуть до значно гіршої переносимості подібних стресових ситуацій та хворобливого реагування на них.

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

Під нашим спостереженням знаходилося 75 жінок, віком 19–59 років з невротичними (27), депресивними (23) та психотичними (25) розладами. Середній вік обстежуваних складав 39,8 років. Тривалість захворювання було від 1 до 12 років, у середньому 7,2 роки. З хворими проводилася клінічна бесіда а також їм був запропонований спеціально розроблений та підготовлений нами опитувальник. Використовувалась 5-ти бальна шкала оцінки значимості. Опитування хворих з психотичними та депресивними розладами проводилося після досягнення в процесі терапії достатньо адекватного ставлення до свого стану.

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

- I. Особистісні;
- II. Сімейні;
- III. Фінансові.

Психологічні проблеми проявлялись відчуттям меншовартості та неможливістю самореалізації. Причиною цього було, як стверджували опитувані, «шок» внаслідок перебування в психіатричному стаціонарі, психічні розлади, які посилювали низьку самооцінку, завищені вимоги до себе, завищена оцінка оточуючих (реальна або уявна), що не дозволяє добиватися доброго місця праці та навчання. Відчуття втрати перспектив на майбутнє (кар'єра, заміжжя), відчуття упередженого ставлення оточуючих, зокрема, як до психічно хворої.

Група сімейних проблем визначалася:

- Порушенням стосунків з чоловіком (конфлікти, розпад або загроза розпаду сім'ї);
- Трудністю виконання сімейних та домашніх обов'язків;
- Порушенням стосунків з батьками (гіперопіка, втрата взаєморозуміння, конфронтація);
- Проблемами взаємовідносин з дітьми.

Фінансові проблеми, пов'язані з психічним захворюванням, виникали через втрату місця праці та необхідність тривалого лікування.

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

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

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

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

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

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

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

Висновки

Психологічні розлади та психотравмуючі проблеми у жінок зумовлюють взаємну індукцію.

Проблеми жінок, хворих психічно, не можуть бути вирішені тільки на рівні медицини. Вони вимагають зосередження зусиль і уваги всього суспільства, зміни багатьох поширених поглядів на психічні захворювання в цілому та міжособистісні стосунки в родині зокрема.

Література:

1. Александровський Ю. А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. М. 1996.
2. Бахтеева Т. Д. «Клинико-психопатологические особенности невротизации у женщин» // Ж. Архів психіатрії. 2004. - Т.10,2(37) — с. 75-78.
3. Ветроградова О. П., Поляков С. Э., Степанов И. Л. и др. Структура пограничных расстройств депрессивного спектра // Журн.

- Неврол. и психиатрии. 1992; 92, с.103-105.
4. Воробьев М. И., Винникова И. М., Смирнова О. Ю. Депрессивные расстройства невротического уровня у больных общемедицинской сети. В кн: Ранняя диагностика и прогноз депрессий. М. 1990; с.16-19.
 5. Сандерс Ч. «Женщина и стресс». — Минск: Попурри, 1997.-495с.
 6. Точилев В. А. Неглубокие депрессии и их распознавание. История вопроса и современное состояние (обзор). Обозрение психиатр. и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. 1999; №3 -с.39-43.
 7. Асанова Л.М., Лаврова т. н., Психогенные невротические депрессии у женщин (психопатологический и психосоматический аспекты)// Жур. Неврол. и психиатрии. 2001; №11 — с.14- 18.
 8. Рыжков В. Практическая психология женских кризи сов. Санкт-Петербург: 1998.
 9. Cilberston F.M. Depression and gender// Am.Psychologist.-1997.-N52.-V.1.-P.25-31.
 10. Kessler R., McVonagle, Swarz H. et al. Sex and depression in the national comorbidity survey/ J/Affect Dis. 1993.- № 23. — P.85-96.
 11. Wolk S.I., Weissman M.M., Women and depression: an update. Review of Psychiatry. Waschington D.C.: American Psychiatry Press. 1995.- №14 — P.227-259.
 12. Witkin G. The Female Stress Syndrome. Newmarket Press, N.Y. 1991.

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

Р. И. БИЛОБРЮКА

Было изучено психологически важные проблемы 75 женщин, которые лечились в психиатрической больнице, которые рассматриваются как психотравмирующие и индуцирующие факторы ментальных расстройств.

Ключевые слова: ментальные расстройства, женские проблемы

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

R. I. BILOBRYUKA

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

Keywords: mental disorders, women's problems

УДК 616.89-057-051-085

Є. М. Харченко¹, М. І. Продан²

ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ З ПРОФЕСІЙНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ, ЩО ПРАЦЮЄ ІЗ ХВОРИМИ НА ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ¹

Берегівський медичний коледж, м. Берегове²

Ключові слова: професійна дезадаптація, середній медичний персонал, психопатологічні й патопсихологічні особливості

В умовах реформування системи охорони здоров'я України, в змінених соціально-економічних умовах і підвищенні вимог до якості медичної допомоги, актуальним стає питання вивчення факторів, які впливають на професійну діяльність медичних працівників, зокрема, кваліфікованого середнього медичного персоналу (СМП), здатного надати якісний сестринський догляд.

Численні стресові фактори, притаманні сучасному навколишньому середовищу сестринського персоналу, що працює з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання (ХОНІЗ), чинять негативний вплив як на стан їх здоров'я, так і на професійну діяльність, формуючи професійну дезадаптацію (ПД).

Треба зазначити, що професійній діяльності СМП, які працюють з ХОНІЗ, притаманна низка специфічних особливостей, пов'язаних не тільки з необхідністю виконання роботи на високому професійному рівні, але й, насамперед, з підвищеним стресовим навантаженням внаслідок тісної взаємодії з проблемами пацієнта, необхідності демонстрування додаткових емпатичних здібностей, співпереживання та співчуття, що виснажує психічний ресурс сестринського персоналу.

Усі вищезазначене стає підґрунтям для розвитку в СМП станів ПД, в основі яких стають негативні зрушення психічної сфери та психологічних властивостей, що потребує ретельного вивчення для розробки

заходів специфічної медико-психологічної корекції та психопрофілактики.

Метою роботи було визначення психопатологічних та патопсихологічних предикторів розвитку ПД у СМП, що працюють з ХОНІЗ, для подальшої розробки заходів їх психокорекції.

Контингент та методи дослідження. За умови інформованої згоди обстежено 237 медичних сестер, що працюють з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання. Серед загальної кількості обстежених у для участі в подальшій роботі було відібрано 120 осіб, в яких за допомогою опитувальника «Рівень професійної дезадаптації», розробленого О. Н. Родіною [1], була діагностована ПД різного ступеню вираженості.

За тривалістю виявленої ПД обстежені були розділені на дві групи: особи з тривалістю ПД до року (гостра дезадаптація – 60 осіб, основна група 1, ОГ1) та особи з 2–5 річною ПД (хронічна дезадаптація – 60 осіб, основна група 2, ОГ2). В якості групи порівняння були досліджені 50 медичних сестер, в яких встановлено низький рівень ПД, або її відсутність (50 осіб, ГП).

Аналіз результатів здійснювали на основі даних клініко-психологічного та психодіагностичного методів дослідження. Психопатологічні особливості досліджених оцінювали за допомогою шкал депресії і тривоги Гамільтона (HDRS і HARS) [2]. Персоналогічні особливості обстежених виявляли з використанням методики

- Неврол. и психиатрии. 1992; 92, с.103-105.
4. Воробьев М. И., Винникова И. М., Смирнова О. Ю. Депрессивные расстройства невротического уровня у больных общими медицинскими сетями. В кн: Ранняя диагностика и прогноз депрессий. М. 1990; с.16-19.
 5. Сандерс Ч. «Женщина и стресс». — Минск: Попурри, 1997.-495с.
 6. Точилев В. А. Неглубокие депрессии и их распознавание. История вопроса и современное состояние (обзор). Обозрение психиатр. и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. 1999; №3 -с.39-43.
 7. Асанова Л.М., Лаврова т. н., Психогенные невротические депрессии у женщин (психопатологический и психосоматический аспекты)// Жур. Неврол. и психиатрии. 2001; №11 — с.14- 18.
 8. Рыжков В. Практическая психология женских кризисов. Санкт-Петербург: 1998.
 9. Cilberston F.M. Depression and gender// Am.Psychologist.-1997.-N52.-V.1.-P.25-31.
 10. Kessler R., McVonagle, Swarz H. et al. Sex and depression in the national comorbidity survey// J/Affect Dis. 1993.- № 23. — P.85-96.
 11. Wolk S.I., Weissman M.M., Women and depression: an update. Review of Psychiatry. Waschington D.C.: American Psychiatry Press. 1995.- №14 — P.227-259.
 12. Witkin G. The Female Stress Syndrome. Newmarket Press, N.Y. 1991.

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

Р. И. БИЛОБРЮКА

Было изучено психологически важные проблемы 75 женщин, которые лечились в психиатрической больнице, которые рассматриваются как психотравмирующие и индуцирующие факторы ментальных расстройств.

Ключевые слова: ментальные расстройства, женские проблемы

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

R. I. BILOBRYUKA

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

Keywords: mental disorders, women's problems

УДК 616.89-057-051-085

Є. М. Харченко¹, М. І. Продан²

ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ З ПРОФЕСІЙНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ, ЩО ПРАЦЮЄ ІЗ ХВОРИМИ НА ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ¹

Берегівський медичний коледж, м. Берегове²

Ключові слова: професійна дезадаптація, середній медичний персонал, психопатологічні й патопсихологічні особливості

В умовах реформування системи охорони здоров'я України, в змінених соціально-економічних умовах і підвищенні вимог до якості медичної допомоги, актуальним стає питання вивчення факторів, які впливають на професійну діяльність медичних працівників, зокрема, кваліфікованого середнього медичного персоналу (СМП), здатного надати якісний сестринський догляд.

Численні стресові фактори, притаманні сучасному навколишньому середовищу сестринського персоналу, що працює з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання (ХОНІЗ), чинять негативний вплив як на стан їх здоров'я, так і на професійну діяльність, формуючи професійну дезадаптацію (ПД).

Треба зазначити, що професійній діяльності СМП, які працюють з ХОНІЗ, притаманна низка специфічних особливостей, пов'язаних не тільки з необхідністю виконання роботи на високому професійному рівні, але й, насамперед, з підвищеним стресовим навантаженням внаслідок тісної взаємодії з проблемами пацієнта, необхідності демонстрування додаткових емпатичних здібностей, співпереживання та співчуття, що виснажує психічний ресурс сестринського персоналу.

Усі вищезазначене стає підґрунтям для розвитку в СМП станів ПД, в основі яких стають негативні зрушення психічної сфери та психологічних властивостей, що потребує ретельного вивчення для розробки

заходів специфічної медико-психологічної корекції та психопрофілактики.

Метою роботи було визначення психопатологічних та патопсихологічних предикторів розвитку ПД у СМП, що працюють з ХОНІЗ, для подальшої розробки заходів їх психокорекції.

Контингент та методи дослідження. За умови інформованої згоди обстежено 237 медичних сестер, що працюють з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання. Серед загальної кількості обстежених у для участі в подальшій роботі було відібрано 120 осіб, в яких за допомогою опитувальника «Рівень професійної дезадаптації», розробленого О. Н. Родіною [1], була діагностована ПД різного ступеню вираженості.

За тривалістю виявленої ПД обстежені були розділені на дві групи: особи з тривалістю ПД до року (гостра дезадаптація – 60 осіб, основна група 1, ОГ1) та особи з 2–5 річною ПД (хронічна дезадаптація – 60 осіб, основна група 2, ОГ2). В якості групи порівняння були досліджені 50 медичних сестер, в яких встановлено низький рівень ПД, або її відсутність (50 осіб, ГП).

Аналіз результатів здійснювали на основі даних клініко-психологічного та психодіагностичного методів дослідження. Психопатологічні особливості досліджених оцінювали за допомогою шкал депресії і тривоги Гамільтона (HDRS і HARS) [2]. Персоналогічні особливості обстежених виявляли з використанням методики

діагностики акцентуацій Г. Шмішека та Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI) [3].

Результати дослідження. Вивчення вираженості депресивних проявів у досліджених встановило наявність депресії у переважної більшості осіб ОГ1 і ОГ2. Розподіл обстежених за рівнем депресії за HDRS відображено на рис. 1.

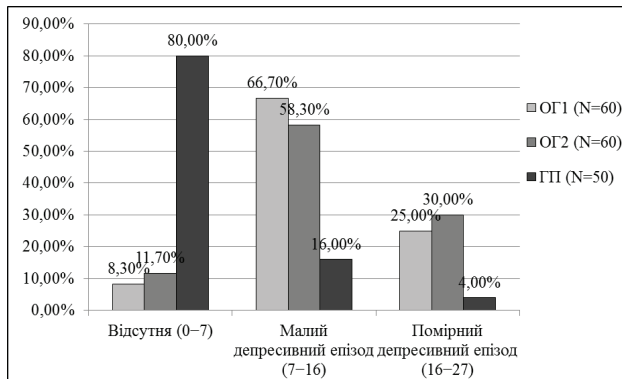


Рис. 1. Розподіл обстежених за рівнем депресії (HDRS)

З даних малюнку 1, видно, що пацієнти всіх груп значно відрізнялися за тяжкістю депресивного синдрому за об'єктивним критерієм оцінки. Так, виявлена депресія

на рівні малого депресивного епізоду у ОГ1 склала 66,7% у ОГ2 – 58,3%. У свою чергу, в обстежуваних ОГ1 виявлена чітка тенденція до зниження власних депресивних хвилювань (помірний депресивний епізод встановлено у 25,0%, у групі ОГ2 – 30,0%). Відсутність депресії у ОГ1 та ОГ2 виявлено, відповідно, у 8,3% та 11,7%. У ГП – відсутність депресії встановлено у 80,0%, малий депресивний епізод у 16,0%, помірний депресивний епізод у 4,0% обстежуваних. Середній бал за HDRS у ОГ1 склав у діапазоні відсутність депресії – 5,5 бала, малого депресивного епізоду – 14,0 бала, помірного депресивного епізоду – 38 балів; у СМП ОГ2, відповідно, – 5,0; 13,0 та 25,0 балів. У ГП, відповідно, – 3,0; 9,0 та 18,0 балів. Отже, можна зазначити, що показники депресивного стану у обстежених ОГ1 були більш виражені, ніж у осіб ОГ2, як у баловому, так й у відсотковому виявах. У межах дослідження структури частоти симптомів вивчено міжгруповий розподіл серед обстежуваних (розподіл діагностованих симптомів депресії за HDRS відображено в Табл. 1). За результатами міжгрупового кореляційного аналізу відібрані показники, у яких рівень достовірності взаємозв'язку був понад 0,05, тобто відокремлено основні значущі показники (за частотою симптомів у всіх трьох групах), які враховувалися під

Таблиця 1

Розподіл діагностованих симптомів депресії за HDRS у обстежених різними проявами ПД

Симптоми	Групи								
	ОГ1			ОГ2			ГП		
	№	%	± m	№	%	± m	№	%	± m
Знижений настрій	76	7,1	2,6	66	7,8	2,7	8	10,3	3,0
Почуття провини	84	7,8	2,7	67	7,9	2,7	7	9,0	2,9
Суїцидальні тенденції	14	1,3	1,1	5	0,6	0,8	-	-	-
Складнощі під час засинання	77	7,2	2,6	65	7,7	2,7	8	10,3	3,0
Безсоння	81	7,5	2,6	70	8,3	2,8	5	6,4	2,4
Раннє пробудження	64	6,0	2,4	55	6,5	2,5	3	3,8	1,9
Праця та діяльність	67	6,2	2,4	56	6,6	2,5	4	5,1	2,2
Загальмованість мислення	68	6,3	2,4	48	5,7	2,3	5	6,4	2,4
Збудження	64	6,0	2,4	67	7,9	2,7	3	3,8	1,9
Психічна тривога	24	2,2	1,5	12	1,4	1,2	5	6,4	2,4
Соматична тривога	13	1,2	1,1	17	2,0	1,4	4	5,1	2,2
Соматичні порушення ШКТ	25	2,3	1,5	27	3,2	1,8	7	9,0	2,9
Загальносоматичні симптоми	31	2,9	1,7	37	4,4	2,0	6	7,7	2,7
Розлади сексуальної сфери	77	7,2	2,6	12	1,4	1,2	2	2,6	1,6
Іпохондричні розлади	56	5,2	2,2	33	3,9	1,9	3	3,8	1,9
Утрата ваги	74	6,9	2,5	65	7,7	2,7	2	2,6	1,6
Ставлення до власного захворювання	40	3,7	1,9	37	4,4	2,0	2	2,6	1,6
Добові коливання стану (п. А та Б)	31	2,9	1,7	22	2,6	1,6	2	2,6	1,6
Деперсоналізація та дереалізація	15	1,4	1,2	12	1,4	1,2	-	-	-
Маячні розлади	16	1,5	1,2	7	0,8	0,9	-	-	-
Обсесивно-компульсивні розлади	77	7,2	2,6	66	7,8	2,7	2	2,6	1,6
Всього	1074	100,0		846	100,0		78	100,0	

час розробки системи психокорекції ПД у СМП, котрий працює з ХОНІЗ, та оцінки їх ефективності в динаміці.

У обстежуваних ОГ1 значущими визнано: депресивний настрій у вигляді спонтанних висловлювань і невербальної поведінки; почуття провини у вигляді самозвинувачення; суїцидальні висловлювання; безсоння (неможливість заснути вночі, неспокійний сон упродовж ночі, раннє пробудження; втрата інтересу до діяльності у вигляді апатії; загальмованість у бесіді, ажитація – неспокійні рухи руками ($p < 0,05$). В осіб ОГ2 значущими виявили: психічну тривогу у вигляді роздратованості; соматичну тривогу у вигляді підвищеного серцебиття, задишки, підвищене потовиділення; загальносоматичні симптоми – тяжкість у кінцівках, голові, м'язовий біль, втрата відчуття енергії ($p < 0,05$). У обстежуваних ГП значущими виявлено: знижений настрій, почуття провини, ускладнене засинання, соматичні порушення ШКТ, загальносоматичні симптоми ($p < 0,05$).

Вивчення проявів тривоги за HARS дало наступні результати (рис. 2), з якого видно, що у 25% обстежуваних з ОГ1, 15% з ОГ2 та 90% осіб ГП виявлено субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики. У цілому в усіх трьох групах середній бал дорівнював 7 балам.

Обстежуючи пацієнтів, віднесених до групи із діагностованим тривожним розладом, установлено, що у 50% осіб ОГ1 (середній бал – 45) стан відповідав критеріям тривожного розладу за шкалою HARS. У обстежуваних ОГ2, відповідно, – 23,3% (середній бал – 48). Виявлено, що в більшості обстежуваних обох груп із діагнозом тривожний розлад в ОГ1 він відповідав тривожному розладу тяжкого ступеня вираженості ($p < 0,05$), у ОГ2 – тривожному розладу середнього ступеня вираженості. Респонденти ОГ1 під час оцінювання не мали схильності до «приховування» симптомів тривоги ($p < 0,05$). Обстежені у більшості обґрунтовували наявність тривоги хвилюванням за власне здоров'я та здоров'я своїх родичів. Тобто можна стверджувати, що нами зафіксовано так званий процес «перенесення бачених хворобливих станів» у стаціонарі на себе та близьких ($p < 0,05$). У більшості обстежуваних цієї групи була знижена стресостійкість до психоемоційного навантаження та напруження (відчуття горя хворими та родичами). Отже, обстежувані висловлювали таке: «Якщо це буде в мене?», «Ніхто не застрахований від цього». У свою чергу, наявність тривожного розладу в пацієнтів ОГ2, на нашу думку зумовлено чинником «звикання» до психоемоційного навантаження – своєрідною адаптацією до напруження. Проте така адаптація не є підвищенням стресостійкості, а може розглядатися як «емоційне вигорання» з усіма клінічними ознаками та провідною «холодністю до інших». Серед обстежуваних ГП клінічних ознак, які б відповідали критеріям тривожного розладу за шкалою HARS, не виявлено.

З метою виявлення провідних симптомів тривожного стану та тривожного розладу, нами досліджено їх структуру та частоту (Табл. 2).

З даних Таблиці 2 видно, що в цілому, у осіб ОГ1 симптоми тривоги «рівномірно» розподілилися у так

званому «психічному кластері реагування». Так, серед виявлених симптомів домінували тривожний настрій (8,0%), напруження (8,2%), страх (8,3%), інсомнія

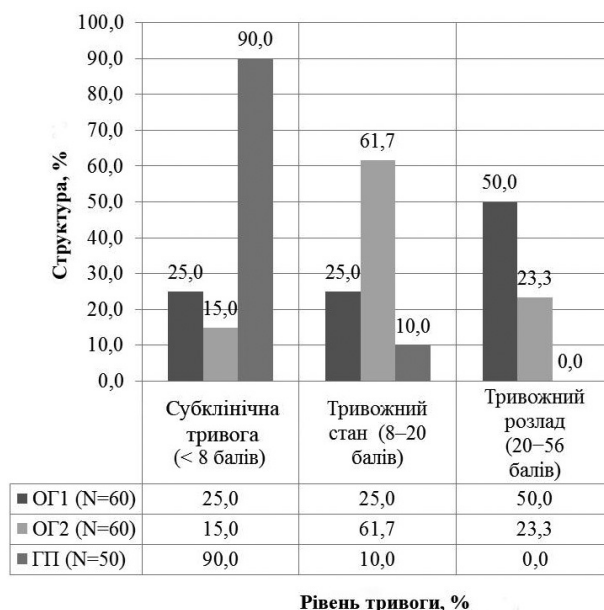


Рис. 2. Розподіл обстежуваних за рівнем вираженості тривоги (HARS)

(8,5%), інтелектуальні порушення (8,2%), депресивний настрій (8,4%) ($p < 0,05$). Ці симптоми також за ступенем вираженості значно переважали симптоми «соматичного» радикала як у середині групи, так і в порівнянні із обстежуваними ОГ2 ($p < 0,05$).

В обстежуваних ОГ2 серед змінних переважали «соматичні» над «психічними» симптомами тривоги, а саме: соматичні м'язові симптоми (6,9%), соматичні сенсорні (6,9%), серцево-судинні (8,8%), респіраторні (8,9%), гастроінтестинальні (8%), сечостатевої системи (8,3%), вегетативні (8,4%), поведінка під час огляду (8,5%) ($p < 0,05$). Ці симптоми також за ступенем вираженості значно переважали симптоми «психічного» радикала як серед обстежуваних у середині групи, так і в порівнянні з пацієнтами ОГ1 ($p < 0,05$).

В обстежуваних ГП виявлено домінування напруження (11,2%), страху (11%), інсомнії (11,2%), вегетативних симптомів (11,4%) ($p < 0,05$). Проте за аналізом причин виникнення таких симптомів не встановлено їх зв'язку з виконанням службових обов'язків ($p < 0,05$). Наявність цих симптомів була спричинена особистісними особливостями обстежуваних, які були властиві їм протягом усього життя та розглядалися самими обстежуваними як властиві їм та нормальні. У деяких пацієнтів такі симптоми були анамнестично пов'язані з наявними життєвими ситуаціями та соматичними розладами, які мали обстежувані у житті.

Подальшим кроком дослідження було встановлення індивідуально-психологічних чинників формування ПД у СМП, який працює з ХОНІЗ, для чого нами здійснено виявлення провідних особистісних рис, що мали негативну дію на формування станів дезадаптації. За результатами аналізу визначалася спроможність

Таблиця 2

Розподіл діагностованих симптомів тривоги (за HARS)

Симптоми	Групи								
	ОГ1			ОГ2			ГП		
	№	%	± m	№	%	± m	№	%	± m
Тривожний настрій	77	8,0	2,7	65	5,9	2,4	34	5,7	2,3
Напруження	79	8,2	2,7	58	5,3	2,2	67	11,2	3,2
Страх	80	8,3	2,8	72	6,5	2,5	66	11,0	3,1
Інсомнія	82	8,5	2,8	77	7,0	2,5	67	11,2	3,2
Інтелектуальні порушення	79	8,2	2,7	52	4,7	2,1	32	5,3	2,2
Депресивний настрій	81	8,4	2,8	64	5,8	2,3	34	5,7	2,3
Соматичні м'язові симптоми	58	6,0	2,4	76	6,9	2,5	45	7,5	2,6
Соматичні сенсорні симптоми	65	6,8	2,5	76	6,9	2,5	23	3,8	1,9
Серцево-судинні симптоми	56	5,8	2,3	97	8,8	2,8	32	5,3	2,2
Респіраторні симптоми	67	7,0	2,5	98	8,9	2,8	43	7,2	2,6
Гастроінтестинальні симптоми	55	5,7	2,3	88	8,0	2,7	21	3,5	1,8
Сечостатеві симптоми	66	6,9	2,5	92	8,3	2,8	32	5,3	2,2
Вегетативні симптоми	57	5,9	2,4	93	8,4	2,8	68	11,4	3,2
Поведінка при огляді	58	6,0	2,4	94	8,5	2,8	35	5,8	2,3
Всього	960	100,0		1102	100,0		599	100,0	

Примітка: достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

обстежуваними сприйняття психотерапевтичного впливу та формування психотерапевтичних груп залежно від загального показника. Загалом за результатами дослідження між групами обстежуваних установлено істотні розбіжності за індивідуально-психологічними особистісними рисами, як за їхньою частотою, так і за ступенем їх вираженості.

Вивчення структури та розподілу акцентуованих рис характеру у обстежених СМП, дозволило отримати наступні результати (рис. 3). У обстежених ОГ1 переважали акцентуації за типами дистимічності ($21,7 \pm 4,1\%$), емотивності ($33,3 \pm 4,7\%$), циклотимності ($13,3 \pm 3,4\%$) ($p < 0,001$). У ОГ2 серед провідних рис акцентуацій характеру переважали екзальтованість ($21,7 \pm 4,1\%$), циклотимність ($23,3 \pm 4,2\%$). Серед осіб ГП спостерігались циклотимні ($26,0 \pm 4,4\%$), емотивні ($12,0 \pm 4,4\%$), педантичні ($12,0 \pm 4,4\%$) акцентуації. Загалом можна констатувати, що серед обстежених ОГ1, ОГ2 та ГП загальна структура акцентуацій відрізнялася, проте для всіх обстежуваних встановлена схильність до циклотимії.

Узагальнюючи результати дослідження акцентуованих рис характеру, а також ураховуючи анамнез життя, можна зазначити,

що обстежувані з акцентуацією за дистимічним типом характеризувалися зниженою контактністю ($33,0\%$) ($p < 0,001$), зниженим настроєм ($42,3\%$) ($p < 0,001$), реакцією страху на ставлення до них навколишніх ($37,2\%$) ($p < 0,001$), полярною зміною настрою ($16,0\%$) ($p < 0,001$). Обстежувані із діагностованою акцентуацією за емотивним типом характеризувалися слабкістю емоційного контролю. У таких осіб виявлено підвищену імпульсивність ($25,3\%$) ($p < 0,001$), схильність до конфліктів ($33,2\%$) ($p < 0,001$), низьку мотивацію до праці

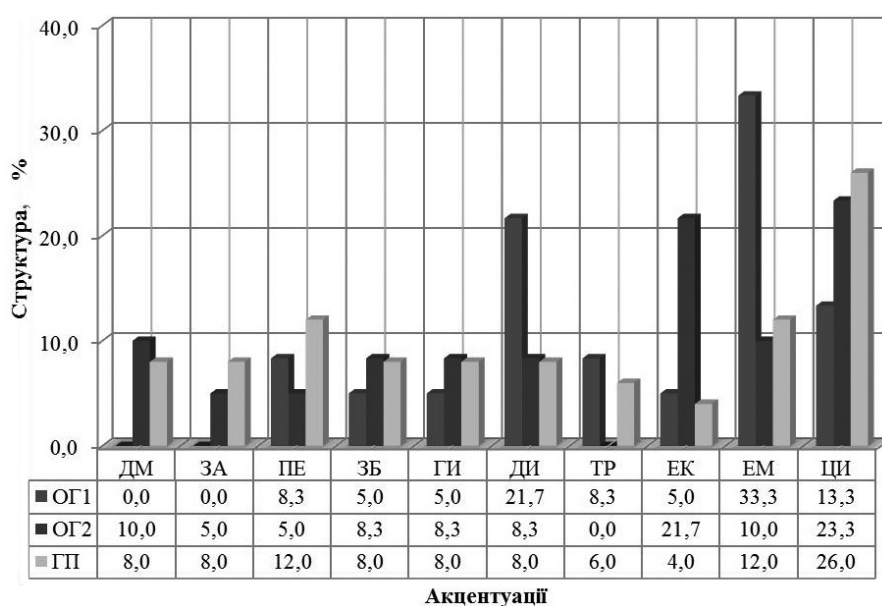


Рис. 3. Розподіл обстежуваних за загальною структурою акцентуацій (ДМ – демонстративність; ЗА – застрягання; ПЕ – педантичність; ЗБ – збудливість; ГИ – гіпертимність; ДИ – дистимічність; ТР – тривожно-боязкість; ЕК – екзальтованість; ЕМ – емотивність; ЦИ – циклотимність)

(12,6%) ($p < 0,001$), слабе ставлення до своїх обов'язків (9,5%) ($p < 0,001$). Обстежувані ОГ2 з акцентуацією за екзальтованим типом характеризувалися схильністю до прикрашання своєї персони, авантюризму, егоцентризму із неадекватною самооцінкою власних дій ($p < 0,001$), позерства ($p < 0,001$), демонструванням емоційної лабільності ($p < 0,001$).

Під час проведення міжгрупового аналізу за ступенем вираженості акцентуацій виявлено, що в обстежуваних ОГ1 серед рис переважали дистимічність (середній бал – 14), емотивність (середній бал – 16), циклотимність (середній бал – 13) ($p < 0,001$). У ОГ2 серед провідних рис акцентуацій характеру та темпераменту переважали екзальтованість (середній бал – 13) циклотимність (середній бал – 15). У ГП серед рис акцентуацій характеру встановлені циклотимність (середній бал – 12), емотивність (середній бал – 15), педантичність (середній бал – 14). Такий розподіл у всіх трьох групах обстежуваних не є несподіваним, оскільки виявлені у процесі збору анамнестичні дані щодо взаємовідносин та ступенем задоволеності власним функціонуванням у різних сферах дали змогу окреслити загальні причини розвитку дезадаптації, та як наслідок – формування на їх основі патопсихологічних реакцій у вигляді а) постійного коливання настрою з тенденцією до його зниження, виражене у осіб ОГ1; б) бажання почувати себе слабкіше для привернення уваги до себе.

Дослідженням особистісних властивостей респондентів за допомогою тесту FPI значущі відмінності між ОГ1 та ОГ2 було виявлено лише за шкалами депресивності ($\phi = 3,43$; $p \leq 0,001$) та врівноваженості ($\phi = 2,66$; $p \leq 0,05$). Установлено: чим довше пацієнти ОГ2 працювали із ХОНІЗ, тим менше вони ставали схильними до погіршення психічних станів у бік депресивності, це свідчило про компенсацію їх адаптованості до умов роботи з часом. У обстежуваних ОГ2 достовірно більшою мірою виявлена сформована здатність до протистояння негативним проявам, що впливають на психоемоційний стан та вміння саморегуляції.

Для визначення значущих відмінностей особистісних особливостей між ОГ1, ОГ2 та ГП, нами використано ϕ -критерій кутового перетворення Фішера. У обстежуваних ОГ1 та ГП відмінності було виявлено за показниками невротичності ($\phi = 2,75$; $p \leq 0,001$), дратівливості ($\phi = 2,44$; $p \leq 0,001$), сором'язливості ($\phi = 2,92$; $p \leq 0,001$), врівноваженості ($\phi = 1,67$; $p \leq 0,05$) та емоційної лабільності ($\phi = 2,35$; $p \leq 0,001$). Схожі результати отримано під час порівняння пацієнтів ОГ2 та ГП, а саме за шкалами: невротичність ($\phi = 2,51$; $p \leq 0,001$), депресивність ($\phi = 3,2$; $p \leq 0,001$), дратівливість ($\phi = 2,7$; $p \leq 0,001$), урівноваженість ($\phi = 2,70$; $p \leq 0,05$), сором'язливість ($\phi = 2,10$; $p \leq 0,05$), емоційна лабільність ($\phi = 2,65$; $p \leq 0,01$). Ці результати свідчать про те, що з набуттям професійного та життєвого досвіду знижується рівень невротизації, що забезпечує організованість поведінки у стресових ситуаціях, також змінюється рівень дратівливості, а що менше СМП має негативних емоційних переживань, то вони ліпше адаптуються до умов зовнішнього середовища та професійної діяльності.

Порівнюючи результати обстежуваних ОГ1 та ГП, виявлено значущі відмінності за шкалами невротичності ($\phi = 2,61$; $p \leq 0,001$), депресивності ($\phi = 2,81$; $p \leq 0,05$), врівноваженості ($\phi = 1,85$; $p \leq 0,05$) та сором'язливості ($\phi = 1,94$; $p \leq 0,05$). Такі результати свідчать про те, що під час праці обстежувані ОГ2 набули вищих адаптаційних здібностей щодо регуляції власних психічних станів. Під час порівняння результатів дослідження у ОГ2 та ГП виявлено значущі відмінності за показниками невротичності ($\phi = 2,67$; $p \leq 0,001$), сором'язливості ($\phi = 2,51$; $p \leq 0,05$) та емоційної лабільності ($\phi = 2,32$; $p \leq 0,05$). Зниження урівноваженості можна трактувати як прояв дезадаптації.

Обстежувані ОГ2 були більш спрямовані на спілкування й активну взаємодію, ніж пацієнти ОГ1 ($\phi = 2,44$; $p \leq 0,05$). Можливо, зі збільшенням часу праці спілкування із хворими змінюються якісні показники взаємовідносин. Обстежувані стають більш відкритими та готовими до спілкування.

У разі визначення відмінностей між обстежуваними ОГ2 та ГП, виявлено достовірні відмінності за показниками невротичності ($\phi = 2,76$; $p \leq 0,001$), депресивності ($\phi = 2,54$; $p \leq 0,05$) та дратівливості ($\phi = 3,45$; $p \leq 0,05$). Загалом пацієнти ГП виявилися стійкішими до впливу зовнішніх стрес-факторів, та врівноваженішими за обстежуваних ОГ2. Між пацієнтами ОГ1 та ГП існували достовірні відмінності у показниках невротичності ($\phi = 2,62$; $p \leq 0,05$) та дратівливості ($\phi = 3,34$; $p \leq 0,05$), відкритості ($\phi = 2,65$; $p \leq 0,01$) й емоційної лабільності ($\phi = 2,22$; $p \leq 0,05$). З часом обстежувані ОГ1 стають ригіднішими в емоційній сфері, більш схильними до «застрягання» на негативних емоціях, що впливає на розвиток професійної дезадаптації.

Опираючись на отримані дані, нами типологізовані психологічні особливості, притаманні представникам усіх досліджуваних груп. Так, для осіб ОГ1 характерним виявилось сполучення психологічних властивостей, які означені нами як депресивно-унікаючий тип. Вони характеризувалися схильністю до депресивного реагування, тривожністю, скутістю, складнощами у соціальних контактах, нерішучістю і невпевненістю у собі. Обстежувані уникали ризикованих ситуацій, сприймали занепокоєно несподівані події, від будь-яких змін чекали лише негараздів. У спілкуванні вони були сором'язливі, скуті, прагнули не виділятися і ні в що не втручатися. Великих компаній уникали, віддавали перевагу вузькому колу старих, перевірених друзів. Такі особи виявляли тривожність, збудливість у поєднанні зі швидким виснаженням і стомлюваністю. Провідною особливістю були зниження порогів збудливості і підвищена чутливість.

У респондентів ОГ2 визначена комбінація психологічних рис, які об'єднані нами в емоційно-невротичний тип, що характеризувався нестійкістю емоційного стану, що проявлявся в частих коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, недостатній саморегуляції. Високі оцінки за шкалою «емоційна лабільність» свідчили про їх тонку душевну організацію, проте, погану саморегуляцію психічних станів, нестійкий емоційний

стан. Вони часто були не здатні до роботи, що потребувала певного напруження, вищого рівня контролю за діями, вольових зусиль, концентрації, зібраності. Ситуації із високою мірою невизначеності вони переносили погано, легко впадали у відчай. Гостро переживаючи свою невдачу, могли разом із реакціями самозвинувачення демонструвати ворожість до навколишніх.

Обстежуваним ГП був властивий відкрито-врівноважений тип, їм було властиве прагнення до довірливої та відвертої взаємодії із навколишніми людьми за високого рівню самокритичності (відкритість); добра захищеність до дії стрес-факторів у звичайних життєвих ситуаціях, що базувалася на впевненості в собі, оптимістичності й активності, відсутності внутрішнього напруження і конфліктності, задоволеності собою і своїми успіхами (врівноваженість); наявність вираженої потреби в спілкуванні і постійній готовності до задоволення цієї потреби. Їм були притаманні яскравість емоційних проявів, природність і невимушеність поведінки, готовність до співпраці, чуйне, уважне ставлення до людей. Такі обстежувані мали широке коло друзів, знайомих, легко сходилися з людьми (товариськість). Цим особам були властиві екстравертованість та високий рівень комунікативної компетентності.

Висновки

Установлено, що ПД у СМП, які працюють з ХОНІЗ проявляється, насамперед, у вигляді депресивних (іноді – депресивно-тривожних) проявів, що виражені більше у осіб з гострою, ніж з хронічною ПД. В структурі депресивних симптомів у осіб з гострою ПД переважають: депресивний настрій у вигляді спонтанних висловлювань і невербальної поведінки; почуття провини у вигляді самозвинувачення; суїцидальні висловлювання; безсоння; втрата інтересу до діяльності; загальмованість у бесіді, ажитація ($p < 0,05$). У СМП з хронічною ПД значущими симптомами встановлені: психічна тривога у вигляді роздратованості; соматична тривога у вигляді підвищеного серцебиття, задишка, підвищене потовиділення; тяжкість у кінцівках, голові, м'язовий біль, спад сил ($p < 0,05$). В структурі тривожних симптомів у осіб з гострою ПД домінують симптоми «психічного кластера реагування», а саме: тривожний настрій (8,0%), напруга (8,2%), страх (8,3%), інсомнія (8,5%), інтелектуальні порушення (8,2%), депресивний настрій (8,4%) ($p < 0,05$), які за ступенем вираженості значно переважають симптоми «соматичного» радикалу ($p < 0,05$). У СМП з хронічною ПД переважають «соматичні» симптоми тривоги над «психічними», а саме: соматичні м'язові симптоми (6,9%), соматичні сенсорні (6,9%), серцево-судинні (8,8%), респіраторні (8,9%),

гастроінтестинальні (8,0%), сечостатеві (8,3%), вегетативні (8,4%), поведінка під час огляду (8,5%) ($p < 0,05$), які мають значно більшу ступінь вираженості, ніж симптоми «психічного» радикалу ($p < 0,05$).

Особливістю психічного стану СМП без вираженої ПД є коливання настрою, ускладнене засинання, соматичні порушення ШКТ, загальносоматичні симптоми ($p < 0,05$). Також у них виявлено наявність симптомів напруження (11,2%), страху (11,0%), інсомнії (11,2%), вегетативних симптомів (11,4%) ($p < 0,05$), які не пов'язані із виконанням службових обов'язків ($p < 0,05$), а спричинені особистісними особливостями, властивими їм протягом життя. У деяких обстежуваних такі симптоми анамнестично були пов'язані з наявними життєвими ситуаціями та соматичними розладами, на які вони страждають ($p < 0,05$).

Для осіб з гострою ПД виявилась притаманною схильність «перенесення бачених хворобливих станів» у стаціонарі на себе та близьких ($p < 0,05$), що супроводжується зниженою стресостійкістю до психоемоційного навантаження та напруження. У СМП з хронічною ПД виявлене «звикання» до психоемоційного навантаження – своєрідна адаптація до напруження без підвищення стресостійкості, що класифіковано як варіант «емоційного вигорання».

Загальною рисою для всіх СМП, що працюють з ХОНІЗ, визначена наявність циклотимічної акцентуації, а предиктором розвитку ПД встановлені патофизиологічні тенденції до постійного коливання настрою зі схильністю до його зниження та бажання почувати себе слабкіше для привернення уваги до себе. Аналіз результатів психодіагностичного дослідження дозволив типологізувати психологічні особливості СМП, що працюють з ХОНІЗ. Для осіб з гострою ПД характерним є депресивно-унікаючий психологічний тип, особам з хронічною ПД притаманним є емоційно-невротичний, а СМП без ПД властивий відкрито-врівноважений психологічний тип.

Отримані дані лягли в основу розробленої нами системи психокорекції ПД у СМП, що працюють з ХОНІЗ.

Література:

1. *Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности: Учеб. пособие / Под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2003. – С.147 – 151.*
2. *Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии (Современная терапия). / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Харьков: Торнадо, 2003. – 350 с.*
3. *Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2008. – 672 с.*

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ, РАБОТАЮЩИХ С БОЛЬНЫМИ ОСОБО ОПАСНЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е. М. Харченко, М. И. Продан

На основе клинико-психологического и психодиагностического исследования 170 человек – среднего медицинского персонала, работающих с больными особо опасными инфекционными заболеваниями, определены их психопатологические и патоперсоналогические особенности, присущие психологически благополучным лицам (50 медицинских сестер), а также лицам с острой (60 персон) и хронической (60 человек) профессиональной дезадаптацией. Установлена типология психологических свойств, характерных для исследуемого контингента: депрессивно-избегающий, эмоционально-невротический и открыто-уравновешенный психологические типы. Полученные результаты легли в основу разработки системы психокоррекционных мероприятий для среднего медперсонала, работающих с больными особо опасными инфекциями.

Ключевые слова: профессиональная дезадаптация, средний медицинский персонал, психопатологические и патоперсоналогические особенности

PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPERSONALOGICAL FEATURES NURSING STAFF WITH PROFESSIONAL EXCLUSION, WORKING WITH PATIENTS WITH ESPECIALLY DANGEROUS INFECTIOUS DISEASES

E. M. KHARCHENKO, M. I. PRODAN

Based on clinical, psychological and psychodiagnostic study 170 people - nurses who work with patients with particularly dangerous infectious diseases set their psychopathology and pathopersonalological features specific psychological prosperous individuals (50 nurses), and those with acute (60 Persons) and chronic (60) professional maladjustment. Installed typology of psychological character of the studied population: avoiding depressive, neurotic and emotionally open-balanced psychological types.

Keywords: professional exclusion, nurses, psychiatric and pathopersonalological features

УДК 616.89

М. А. Соловьева, И. Я. Пинчук

**ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ
НА ФОРМИРОВАНИЕ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ
У СОТРУДНИКОВ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
(ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)**

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

Ключевые слова: стресс, факторы риска, депрессии, тревога, служащие банков, профилактика

Перемены, происходящие на протяжении последних лет в экономической, социальной, материально-технической сферах общества, создали предпосылки для роста заболеваемости невротическими и социально-стрессовыми расстройствами. По данным Международного бюро труда в Европе [1] заболевания стрессовой этиологии составляют от 50 до 60% от общего числа заболеваний трудоспособной части населения. Рост уровня стрессовых расстройств отмечается в Германии, Дании, Эстонии, Бельгии, Ирландии, Великобритании, Франции [2]. В странах Европейского Содружества проводятся многочисленные исследования по изучению характера влияния психосоциальных факторов на здоровье работников, анализируются клинические проявления стрессовых расстройств и возможности управления рисками на разных уровнях: организационном, экономическом, социальном.

В Германии, Литве, Великобритании, Италии, Греции, на Кипре признаны секторами с высоким риском развития постстрессовых расстройств следующие отрасли: образование, здравоохранение, социальное обеспечение, банковский сектор, государственные службы. В Великобритании одним из ведущих факторов стресса для работников банков и местных органов власти является необходимость частого взаимодействия с агрессивно настроенными клиентами. Профессиональная подготовка сотрудников помогает им справиться с агрессией, способствует эффективному управлению ситуацией, но не предупреждает последствий воздействия стресса. Кроме этого значимыми для данной категории служащих остаются вопросы внешней и внутренней конкуренции, страх перед увольнением, перфекционизм, стремление постоянно контролировать ситуацию. Круг вопросов, с которыми банковские сотрудники обращаются за помощью к психотерапевту, включает в себя тревогу, депрессию, расстройства пищевого поведения, наркомании,

злоупотребление алкоголем и деперсонализацию. По мнению некоторых авторов, за многими из этих конкретных задач скрывается более общий страх неудачи, а часто и сильное чувство ненависти к себе [3].

В Австрии профессиональный стресс у служащих является причиной досрочного выхода на пенсию в 42% случаев [2].

Высокий риск развития стрессовых расстройств у работников банковского сектора отмечается на Кипре и в Греции. Наиболее существенными факторами, predisposing к их формированию, является значительная перегрузка на работе, нехватка времени на восстановление, а также особенности межличностных взаимоотношений между сотрудниками и руководством: дискриминация, фаворитизм, делегирование ответственности, постановка противоречивых задач [2, 4].

По мнению французских авторов наиболее значимыми факторами стресса для сотрудников французских финансово-кредитных организаций также является "монархический" стиль руководства, обусловленный исторически сложившимся стереотипом управления, особенно в государственном секторе экономики. Авторитарное поведение лидеров, отсутствие этики в управленческих отношениях, возможность резкой критики или даже возмездия за совершенные ошибки приводит к постоянному состоянию психо-эмоционального напряжения у работников. Кроме этого, иерархический и жестко централизованный стиль функционирования нивелирует индивидуальные характеристики сотрудников, требует соблюдения "инструментального" подхода к исполнению профессиональных обязанностей, значительно ограничивает возможности карьерного роста, что в свою очередь приводит к неудовлетворенности, эмоциональному выгоранию.

Кроме вышеперечисленных, в качестве стрессовых факторов называются следующие: монотонность

Ключевые слова: профессиональная дезадаптация, средний медицинский персонал, психопатологические и патоперсоналогические особенности

PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPERSONALOGICAL FEATURES NURSING STAFF WITH PROFESSIONAL EXCLUSION, WORKING WITH PATIENTS WITH ESPECIALLY DANGEROUS INFECTIOUS DISEASES

E. M. KHARCHENKO, M. I. PRODAN

Based on clinical, psychological and psychodiagnostic study 170 people - nurses who work with patients with particularly dangerous infectious diseases set their psychopathology and pathopersonalological features specific psychological prosperous individuals (50 nurses), and those with acute (60 Persons) and chronic (60) professional maladjustment. Installed typology of psychological character of the studied population: avoiding depressive, neurotic and emotionally open-balanced psychological types.

Keywords: professional exclusion, nurses, psychiatric and pathopersonalological features

УДК 616.89

М. А. Соловьева, И. Я. Пинчук

**ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ
НА ФОРМИРОВАНИЕ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ
У СОТРУДНИКОВ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
(ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)**

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

Ключевые слова: стресс, факторы риска, депрессии, тревога, служащие банков, профилактика

Перемены, происходящие на протяжении последних лет в экономической, социальной, материально-технической сферах общества, создали предпосылки для роста заболеваемости невротическими и социально-стрессовыми расстройствами. По данным Международного бюро труда в Европе [1] заболевания стрессовой этиологии составляют от 50 до 60% от общего числа заболеваний трудоспособной части населения. Рост уровня стрессовых расстройств отмечается в Германии, Дании, Эстонии, Бельгии, Ирландии, Великобритании, Франции [2]. В странах Европейского Содружества проводятся многочисленные исследования по изучению характера влияния психосоциальных факторов на здоровье работников, анализируются клинические проявления стрессовых расстройств и возможности управления рисками на разных уровнях: организационном, экономическом, социальном.

В Германии, Литве, Великобритании, Италии, Греции, на Кипре признаны секторами с высоким риском развития постстрессовых расстройств следующие отрасли: образование, здравоохранение, социальное обеспечение, банковский сектор, государственные службы. В Великобритании одним из ведущих факторов стресса для работников банков и местных органов власти является необходимость частого взаимодействия с агрессивно настроенными клиентами. Профессиональная подготовка сотрудников помогает им справиться с агрессией, способствует эффективному управлению ситуацией, но не предупреждает последствий воздействия стресса. Кроме этого значимыми для данной категории служащих остаются вопросы внешней и внутренней конкуренции, страх перед увольнением, перфекционизм, стремление постоянно контролировать ситуацию. Круг вопросов, с которыми банковские сотрудники обращаются за помощью к психотерапевту, включает в себя тревогу, депрессию, расстройства пищевого поведения, наркомании,

злоупотребление алкоголем и деперсонализацию. По мнению некоторых авторов, за многими из этих конкретных задач скрывается более общий страх неудачи, а часто и сильное чувство ненависти к себе [3].

В Австрии профессиональный стресс у служащих является причиной досрочного выхода на пенсию в 42% случаев [2].

Высокий риск развития стрессовых расстройств у работников банковского сектора отмечается на Кипре и в Греции. Наиболее существенными факторами, predisposing к их формированию, является значительная перегрузка на работе, нехватка времени на восстановление, а также особенности межличностных взаимоотношений между сотрудниками и руководством: дискриминация, фаворитизм, делегирование ответственности, постановка противоречивых задач [2, 4].

По мнению французских авторов наиболее значимыми факторами стресса для сотрудников французских финансово-кредитных организаций также является "монархический" стиль руководства, обусловленный исторически сложившимся стереотипом управления, особенно в государственном секторе экономики. Авторитарное поведение лидеров, отсутствие этики в управленческих отношениях, возможность резкой критики или даже возмездия за совершенные ошибки приводит к постоянному состоянию психо-эмоционального напряжения у работников. Кроме этого, иерархический и жестко централизованный стиль функционирования нивелирует индивидуальные характеристики сотрудников, требует соблюдения "инструментального" подхода к исполнению профессиональных обязанностей, значительно ограничивает возможности карьерного роста, что в свою очередь приводит к неудовлетворенности, эмоциональному выгоранию.

Кроме вышеперечисленных, в качестве стрессовых факторов называются следующие: монотонность

работы, необходимость оперирования большими объемами информации, высокая рабочая нагрузка, нехватка времени, противоречивость выдвигаемых задач, отсутствие мотивации. В качестве негативных физических факторов – шум, повышенная температура, влажность, скученность в помещениях, социально-экономических – страх потерять работу, внешняя и внутренняя конкуренция [5; 6; 7].

В Италии с 2003 года по настоящее время отмечается значительное увеличение числа работ, посвященных вопросам возникновения профессионального стресса и его влияния на психическое и соматическое здоровье сотрудников в банковском секторе экономики. Это обусловлено значительным изменением условий труда в связи с проводящейся в стране приватизацией государственных банковских структур (если в 1992 году 8 из 10 крупнейших банков находились под контролем государства или государственного учреждения, то в настоящее время только один), а также быстрым процессом концентрации капитала и жесткой конкуренции на рынке акций. Связанное с этим нарушение существующего равновесия в отрасли привело к изменению стиля руководства и характера производственных отношений в банках [8].

Большинство исследований в итальянских банках проводилось на местном (региональном и субрегиональном) уровне (Mencarelli и др., 2006; Balestro и др., 2005; Pappone и др., 2001, 2003, 2004, 2005, 2006, 2008; Giaccone и др., 2010). Только исследования, проведенные Национальным институтом по охране труда и профилактике (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, 2009) и Ambrosi et al. (2006) были осуществлены на национальном уровне [8].

Данные Pappone, Garofalo (2008) полученные в процессе обобщения и сравнения результатов исследований, проведенных в Кампании, крупнейшем южном регионе Италии, свидетельствуют о росте уровня тревожности среди банковских служащих: от 11% во всей выборке в 2003 году до 19% среди мужчин и 18% среди женщин в 2008 году. В Апулии, по данным тех же авторов, в 2005 году, процент сотрудников с высоким уровнем тревожности составил 30% среди мужчин и 28% среди женщин при сопоставимом уровне в контрольной группе средних показателей тревоги 14,2% среди мужчин и 10,7% среди женщин. Уровень профессиональной тревоги у банковских служащих распределялся следующим образом: наиболее высокие показатели «серьезного беспокойства» отмечались у сотрудников бек-офиса – 33,9%, у сотрудников фронт-офиса они составляли 29%, у продавцов финансовых продуктов – 26,4%, у руководителей высшего звена – 25,3%. Наименьшие показатели были у сотрудников головного управления банка – 20,5%. Уровень ситуативной тревожности был наиболее высоким у менеджеров и продавцов – 29,1%, наиболее низким у руководителей высшего звена – 21,1% [9;10;15].

По данным анкетного опроса, проведенного среди банковских служащих тех же регионов в 2008 году [9], около 70% считают себя исключенными из процесса

принятия решений, касающегося их работы и служебного положения, 60% полагают, что темп и рабочее давление затрудняет соблюдение в отношении них трудовых соглашений, отмечают, что их профессиональные знания и навыки недостаточно востребованы 44% сотрудников, что они недостаточно и несвоевременно информируются руководством о времени и особенностях продуктов продажи – 25%, что они недостаточно защищены от нападений и грабежей – 25%. Испытывают чувство усталости от своей работы 15% опрошенных. Это коррелирует с данными Mencarelli и соавт. (2006), согласно которым среди сотрудников банка в Ломбардии, у 17% респондентов определяются симптомы выгорания, в то время как 20% респондентов отмечают, что работают с перегрузкой [11].

В тоже время по данным Giaccone M., Pullia G. (2010) только 33,6% банковских служащих считают, что их работа является источником чрезмерного напряжения, 19,8% отмечают ухудшение их здоровья. Эти цифры выше среди респондентов, продажи и / или продвижения финансовых продуктов (соответственно 48% и 21,6%). Наиболее значимыми причинами «чрезмерного стресса» среди сотрудников в банковской отрасли они называют домогательство и запугивание со стороны начальства (54,3%), дискриминацию (43,4%), давление со стороны клиентов (42,6%) [8].

По результатам обследования разных контингентов банковских служащих в северо-восточных регионах Италии, авторами было выявлено, что сотрудники, работавшие в условиях жестких требований к работе и высокой ответственности за принимаемые решения, имели более высокие показатели нарушений психического здоровья, чем их коллеги на менее ответственных должностях. Наиболее существенно отличались показатели по возникновению общей утомляемости (74,4% у группы с высоким профессиональным напряжением и 30% с низким), раздражительности (соответственно 67,2% и 30%), тревожности (55,2% и 26,7%), беспокойства (61,2% и 16,7%). Также различались показатели развития у данных контингентов соматических жалоб в виде головных болей (72,0% и 46,7%) болей в животе (соответственно 52,8% и 26,7%), аллергии (соответственно 14% и 10%), заболеваний щитовидной железы (соответственно 6,6% и 0%), и другим нарушениям работы эндокринной системы (соответственно 8,1% и 0%) [8].

По данным исследований, проведенным Balestro S., M. Ciani, D. Ferrazza, C. Frasccheri, A.P. Jeri, M. Minora, M. Mocci, B. Pighi, E. Tagliarini (2005), 70% сотрудников банка воспринимают свой уровень мотивации как «низкий» и «очень низкий», 53% беспокоятся о своем здоровье и безопасности на рабочем месте. В качестве наиболее сильных источников стресса опрошенные называли отношения с клиентами – 37% респондентов, низкую информированность – 74% и организационные изменения – 45% соответственно. Кроме того, 28% респондентов считают, что уровень стресса «часто» мешает им качественно выполнять производственные задачи [12].

По Pignoloni (2006) 8,3% респондентов сообщают о возникновении у них бессонницы и тревоги 11,4% (14,3% среди женщин) [13].

Отдельным образом рассматривается ситуация в call-центре банка. По данным Gilardi L. (2007), 69,2% мужчин и 77,9% женщин, работающих в центрах обработки вызовов, сообщают о бессоннице, беспокойстве и депрессии, 27,7% мужчин и 35% женщин сообщили, что они нуждаются в оказании медицинской помощи. Среди психических появлений, наиболее распространенными являются симптомы тревожного расстройства, о них сообщили 63,2% женщин и 49,2% среди мужчин, достигающих степени нозологии с необходимостью медицинского вмешательства соответственно 28,7% и 18,5% респондентов. Кроме того, 77% работников сообщают о появлении или ухудшении этих симптомов после работы в колл-центре, а 11% сообщают об отсутствии на работе, в связи с вышеперечисленными жалобами, в течение 6 дней за последние четыре недели [14].

Gilioli and Palmi (2003) проводили исследование с целью выявления посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у 22 сотрудников в Ломбардии, которые стали жертвами нападения на рабочем месте. Достоверных результатов получено не было из-за краткости периода наблюдения [16]. Аналогичные исследования проводились в США среди банковского контингента служащих, как относящегося к группе повышенного риска возникновения посттравматического расстройства в результате кризисных ситуаций, таких как грабежи и взятие заложников. При анализе было выявлено, что многие из них имеют определенные симптомы посттравматического стрессового расстройства, которые соответствуют критериям DSM-IV-TR, но с некоторыми специфическими личностными и поведенческими характеристиками. Наиболее существенными особенностями были: избегающее поведение, жалобы на ночные кошмары, различные формы нарушения сна, навязчивые тягостные воспоминания. Авторы пришли к выводу о необходимости проведения у данного контингента профилактических мероприятий методами когнитивно-поведенческой терапии. Однако, по приведенным данным, лишь в нескольких банковских учреждениях есть отдельные программы оказания психологической помощи сотрудникам, подвергшихся нападению, в большинстве банков никаких мер не принимается [17].

Таким образом, существует ряд серьезных предположений для того, чтобы говорить о возможности формирования у служащих финансово-кредитных учреждений донозологических и нозологических невротических расстройств и необходимости разработки системы мер по их профилактике.

Литература:

1. Caillard J.F. MALAISE AU TRAVAIL / Le point de vue de la médecine du travail // AMEDOC, Trouville, 2006. – 95 p.
2. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions / Work-related stress, 2010 – www.eurofound.europa.eu
3. Sinclair M. Fear and self-loathing in the City: a guide to keeping sane in the Square Mile. London: Karnac Books; 2010. – 246 p.
4. Michailidis M., Georgiou Y. / Employee occupational stress in Banking // Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation, 2005, V. 24, N. 2/2005. – p. 123-137
5. Deriot G. / Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action / Rapport d'information n° 642 (2009-2010), fait au nom de la Mission d'information sur le mal-être au travail et de la commission des affaires sociales, déposé le 7 juillet 2010, – http://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-1_mono.html
6. Prévenir le stress, le harcèlement ou les violences – <http://www.inrs.fr/accueil/produits/bdd.html>
7. Daniel B., Yanat Z. / L'éthique manageriale : responsabilité sociale et enjeu de performance durable pour l'entreprise / Rapport d'information aux Centres de recherche « Humanisme et Gestion » organisée par Bordeaux Ecole de Management, 2004 – Corinne. affagard@bordeaux-bs.edu.
8. Giaccone M. / Italy: EWCO car on work-related stress (IT1004059Q)/ 2010, – <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn1004059s/it1004059q.htm>
9. Pappone P., Garofalo E. / Valutazione dello stress organizzativo nel settore del credito / Dipartimento di Salute Mentale ASL NA1, 2008, – <http://www.fisac.it/documenti/salute/InterventoValutazioneRischiStressPappone.pdf>
10. Pappone, P. Indagine conoscitiva per la valutazione dello stress e del disagio organizzativo in alcuni istituti bancari operanti in Puglia. Analisi d'insieme dei risultati [Survey to assess stress and organisational risk factors in banks in Puglia: an overall analysis of results], Bari, FISAC-CGIL, 2006, <http://www.fisacpuglia.it/Stress/relazionePAPPONE%20BARI06%20corr.pdf>
11. Mencarelli, Di Bisceglie M., Castiglioni F. / Benessere lavorativo e rischi psicosociali nella professione bancaria: una indagine in Lombardia. (Well-being at work and psychosocial risks in banking occupations: a survey in Lombardy) / 2006, – <http://www.uilca.it/genfile.php?id=794>
12. Balestro S., M. Ciani, D. Ferrazza, C. Frascheri, A.P. Jeri, M. Minora, M. Mocchi, B. Pighi, E. Tagliarini (2005), Stress in ambiente bancario ("Stress in banking environment"). Available online at: <http://www.fiba.it/iniziativa-documenti/ricerche/indagine-stress/stress-in-ambiente-bancario.pdf>
13. Pignoloni L. (2006) Sicurezza e salute dei lavoratori nella grande distribuzione organizzata ("Workers' health and safety in retail chain"). Available online at: <http://www.iresmarche.net/attivita.htm>
14. Gilardi L., Fubini L., Falcone U., Migliardi A., D'Errico A., Mamo C., Quarta D., Silipo G., Fattori di rischio occupazionale nei call centres (Occupational risk factors in call centres), available online at: <http://www.dors.it/alleg/0201/reportmaggio2007.pdf>
15. Ambrosi L., R. Zefferino, F. Fischetti (2006) Attività lavorativa in ambito bancario e rischio psichico, studio dell'organizzazione del lavoro e della tipologia delle mansioni ("Work activities in banks and psychic risks, organization study and type of tasks"). ISPESL-Università di Foggia 2006. Available online at: http://www.csspd.it/download/ALLEGATI_CONTENTUTI/310706_Ambrosi_Zefferino_Fischetti_studio.pdf
16. Gilioli R, Palmi S. Nuovi aspetti delle conseguenze della new economy sulle funzionineuropeiche. La patologia stress correlata nei bancari che hanno subito rapina, Consorzio per il Centro di collaborazione con l'OMS, per la medicina del lavoro e l'igiene industriale. Roma: ISPESL; 2003
17. Mello P, Caminha R.M., Lorenzoni P.L. e Kristensen C. / Clinical considerations about cognitive-behavioral psychotherapy of bank employees with Post-Traumatic Stress Disorder. // Contextos Clinic [online], 2011, – vol.4, n.1, pp. 1-7.

ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ФОРМУВАННЯ ДОНОЗОЛОГІЧЕСКИМИ НЕВРОЗОПОДІБНИХ РОЗЛАДІВ У ПРАЦІВНИКІВ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНИХ УСТАНОВ (ЗА ДАНИМИ ЗАРУБІЖНОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

М. А. Соловйова, І. Я. Пінчук

У статті наводяться дані про проведені в європейських країнах дослідження, присвячених питанням негативної дії ряду психосоціальних факторів на здоров'я службовців фінансово-кредитних організацій.

Ключові слова: стрес, фактори ризику, депресії, тривога, службовці банків, профілактика

**ADVERSE EFFECTS ON THE FORMATION OF PSYCHOSOCIAL FACTORS PRENEUROLOGICAL NEUROSIS DISORDERS
IN EMPLOYEES OF FINANCIAL AND CREDIT INSTITUTIONS
(DATA OF FOREIGN LITERATURE)**

M. A. SOLOVIEVA, I. YA. PINCHUK

The paper presents data on European countries, conducted in studies of adverse action on a number of psychosocial factors on health of employees of financial and credit institutions.

Keywords: stress, risk factors, depression, anxiety, employees of banks, prevention

УДК: 159.923:159.942.5+616.89-008]:351.74-051-057.875

В. Ю. Омелянович

**ВЛИЯНИЕ АКЦЕНТУИРОВАННЫХ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ НА ДИНАМИКУ СИНДРОМА
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У
СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ И КУРСАНТОВ ВУЗОВ СИСТЕМЫ МВД**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психическая дезадаптация, психосоматические заболевания, акцентуации личности, синдром эмоционального выгорания, механизмы психологической защиты, сотрудники органов внутренних дел

В современной медицинской психологии и психиатрии психическая адаптация рассматривается как комплекс адекватных взаимоотношений с окружающей средой [1], а теоретическая база понимания данного процесса была разработана еще В. Н. Мясищевым в его концепции личности, как системы значимых отношений, сформированных на основе совокупности наследственного и исторического опыта [2; 3]. Для понимания причин нарушений психической адаптации под воздействием достаточно специфической совокупности социальных и физических психотравмирующих факторов, присущих такому виду профессиональной деятельности, как служба в органах внутренних дел, необходимо комплексное изучение функционирования механизмов психологической защиты, в т. ч. и таких деструктивных, как эмоциональное выгорание, в зависимости от личностных особенностей индивида [4–6].

В связи с вышесказанным, целью настоящего исследования являлось определение роли конкретных видов акцентуаций личности в эффективности функционирования психологической защиты у сотрудников органов внутренних дел с нарушениями психической адаптации.

Задачами настоящего исследования, соответственно, выступали: выявление взаимосвязей между выраженностью определенных типов акцентуаций личности и сформированностью фаз синдрома эмоционального выгорания у сотрудников ОВД в состоянии парциальной психической дезадаптации, страдающих психосоматическими заболеваниями и у практически здоровых; исследование влияния акцентуированных черт личности на активность конкретных механизмов психологической защиты; гендерная оценка выявленных закономерностей и формирование рекомендаций о практическом использовании полученных результатов в первичной и вторичной психопрофилактической работе.

Материалы и методы исследования. Материалом данной работы являются результаты обследования 2123 человек: 1630 сотрудников органов и подразделений Главного Управления МВД Украины в Донецкой области и 493 курсантов Донецкого юридического института

МВД Украины. Каждая из указанных выборок была разбита на 2 гендерные группы, которые, в свою очередь состояли из 3 исследовательских групп: 1 группа – лица, у которых было диагностировано состояние парциальной психической дезадаптации (ППД), состоящая из 125 мужчин-сотрудников ОВД (70% группы) и 54 женщин (30%), а так же из 63 мужчин-курсантов (100% группы); 2 группа – пациенты, страдающие психосоматическими заболеваниями (ПСЗ), состоящая из 213 сотрудников-мужчин (77,74%) и 61 женщины (22,26%), а так же из 21 мужчины-курсанта (48,84% группы) и 22 женщин (51,16%); 3 – контрольная группа, составленная практически здоровыми, адаптированными респондентами (ПЗ): 1176 сотрудников ОВД, из которых 962 (81,8%) принадлежали к мужскому гендеру, а 214 (18,2%) – к женскому, а так же 388 курсантов, из которых 291 (75%) принадлежали к мужскому гендеру, а 97 (25%) – к женскому.

Для определения типа и выраженности акцентуации личности была использована Методика определений акцентуаций характера К. Леонгарда (ОАХ) [7]. Экспериментально-психологическое исследование динамических характеристик синдрома эмоционального выгорания проводилось с использованием Методики диагностики уровня эмоционального выгорания – ДУЭВ (В. В. Бойко) [8], а изучение особенностей психологической защиты проводилось при помощи методики Индекс жизненного стиля (ИЖС), разработанной Р. Плутчик и соавт., адаптированной в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева [9]. Анализ полученных результатов проводился с использованием корреляционного анализа Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно результатам корреляционного анализа показателей методик ОАХ и ДУЭВ, у всех представителей группы ППД мужского гендера сотрудников ОВД имели место статистически значимые положительные корреляционные связи между выраженностью возбудимой и дистимической акцентуациями личности и всеми тремя фазами СЭВ ($r \geq 0,268$; $p \leq 0,014$), а так же между

**ADVERSE EFFECTS ON THE FORMATION OF PSYCHOSOCIAL FACTORS PRENEUROLOGICAL NEUROSIS DISORDERS
IN EMPLOYEES OF FINANCIAL AND CREDIT INSTITUTIONS
(DATA OF FOREIGN LITERATURE)**

M. A. SOLOVIEVA, I. YA. PINCHUK

The paper presents data on European countries, conducted in studies of adverse action on a number of psychosocial factors on health of employees of financial and credit institutions.

Keywords: stress, risk factors, depression, anxiety, employees of banks, prevention

УДК: 159.923:159.942.5+616.89-008]:351.74-051-057.875

В. Ю. Омелянович

**ВЛИЯНИЕ АКЦЕНТУИРОВАННЫХ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ НА ДИНАМИКУ СИНДРОМА
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У
СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ И КУРСАНТОВ ВУЗОВ СИСТЕМЫ МВД**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психическая дезадаптация, психосоматические заболевания, акцентуации личности, синдром эмоционального выгорания, механизмы психологической защиты, сотрудники органов внутренних дел

В современной медицинской психологии и психиатрии психическая адаптация рассматривается как комплекс адекватных взаимоотношений с окружающей средой [1], а теоретическая база понимания данного процесса была разработана еще В. Н. Мясищевым в его концепции личности, как системы значимых отношений, сформированных на основе совокупности наследственного и исторического опыта [2; 3]. Для понимания причин нарушений психической адаптации под воздействием достаточно специфической совокупности социальных и физических психотравмирующих факторов, присущих такому виду профессиональной деятельности, как служба в органах внутренних дел, необходимо комплексное изучение функционирования механизмов психологической защиты, в т. ч. и таких деструктивных, как эмоциональное выгорание, в зависимости от личностных особенностей индивида [4–6].

В связи с вышесказанным, целью настоящего исследования являлось определение роли конкретных видов акцентуаций личности в эффективности функционирования психологической защиты у сотрудников органов внутренних дел с нарушениями психической адаптации.

Задачами настоящего исследования, соответственно, выступали: выявление взаимосвязей между выраженностью определенных типов акцентуаций личности и сформированностью фаз синдрома эмоционального выгорания у сотрудников ОВД в состоянии парциальной психической дезадаптации, страдающих психосоматическими заболеваниями и у практически здоровых; исследование влияния акцентуированных черт личности на активность конкретных механизмов психологической защиты; гендерная оценка выявленных закономерностей и формирование рекомендаций о практическом использовании полученных результатов в первичной и вторичной психопрофилактической работе.

Материалы и методы исследования. Материалом данной работы являются результаты обследования 2123 человек: 1630 сотрудников органов и подразделений Главного Управления МВД Украины в Донецкой области и 493 курсантов Донецкого юридического института

МВД Украины. Каждая из указанных выборок была разбита на 2 гендерные группы, которые, в свою очередь состояли из 3 исследовательских групп: 1 группа – лица, у которых было диагностировано состояние парциальной психической дезадаптации (ППД), состоящая из 125 мужчин-сотрудников ОВД (70% группы) и 54 женщин (30%), а так же из 63 мужчин-курсантов (100% группы); 2 группа – пациенты, страдающие психосоматическими заболеваниями (ПСЗ), состоящая из 213 сотрудников-мужчин (77,74%) и 61 женщины (22,26%), а так же из 21 мужчины-курсанта (48,84% группы) и 22 женщин (51,16%); 3 – контрольная группа, составленная практически здоровыми, адаптированными респондентами (ПЗ): 1176 сотрудников ОВД, из которых 962 (81,8%) принадлежали к мужскому гендеру, а 214 (18,2%) – к женскому, а так же 388 курсантов, из которых 291 (75%) принадлежали к мужскому гендеру, а 97 (25%) – к женскому.

Для определения типа и выраженности акцентуации личности была использована Методика определений акцентуаций характера К. Леонгарда (ОАХ) [7]. Экспериментально-психологическое исследование динамических характеристик синдрома эмоционального выгорания проводилось с использованием Методики диагностики уровня эмоционального выгорания – ДУЭВ (В. В. Бойко) [8], а изучение особенностей психологической защиты проводилось при помощи методики Индекс жизненного стиля (ИЖС), разработанной Р. Плутчик и соавт., адаптированной в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева [9]. Анализ полученных результатов проводился с использованием корреляционного анализа Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно результатам корреляционного анализа показателей методик ОАХ и ДУЭВ, у всех представителей группы ППД мужского гендера сотрудников ОВД имели место статистически значимые положительные корреляционные связи между выраженностью возбудимой и дистимической акцентуациями личности и всеми тремя фазами СЭВ ($r \geq 0,268$; $p \leq 0,014$), а так же между

выраженностью фазы напряжения и акцентуированными чертами педантичного, тревожного и циклотимного типа ($r \geq 0,229$; $p \leq 0,037$), между фазой резистенции и выраженностью педантичной акцентуации, ($r = 0,277$; $p = 0,011$), между выраженностью фазы истощения и циклотимной акцентуацией ($r = 0,251$; $p \leq 0,022$).

У представителей группы ПСЗ мужского гендера сотрудников ОВД возбудимая и дистимичная акцентуации так же значимо коррелировали с выраженностью всех трех фаз СЭВ ($r \geq 0,283$; $p \leq 0,005$), однако кроме них аналогичные корреляционные связи имели место и у педантичной, тревожной и циклотимной акцентуаций личности ($r \geq 0,173$; $p \leq 0,008$). Активность фаз резистенции и истощения коррелировали еще и с выраженностью застревающей и эмотивной акцентуации ($r \geq 0,167$; $p \leq 0,005$).

У практически здоровых мужчин-сотрудников ОВД так же имели место значимые положительные корреляционные связи между активностью всех трех фаз СЭВ с выраженностью тревожной и возбудимой акцентуации личности ($r \geq 0,181$; $p \leq 5E-06$), а так же, хотя и довольно слабые, то все же статистически значимые, корреляции между фазами резистенции, истощения и акцентуациями по педантичному, экзальтированному типу ($r \geq 0,087$; $p \leq 0,029$), между фазой истощения и застревающей, дистимичной акцентуациями ($r \geq 0,079$; $p \leq 0,048$).

Основной, достаточно показательной особенностью взаимосвязей между СЭВ и выраженностью акцентуированных черт личности у практически здоровых сотрудников ОВД является отрицательная корреляция между активностью фазы напряжения и выраженностью гипертимной и демонстративной акцентуаций ($r \geq -0,012$; $p \leq 0,002$), чего не наблюдается у пациентов, составляющих группы ППД и ПСЗ.

В связи с тем, что в процессе настоящего исследования особый интерес представляют собой только четыре типа акцентуаций личности, в большей степени присущие той или иной группе пациентов, следует отметить, что у мужчин-сотрудников в состоянии ППД процессы эмоционального выгорания на начальных этапах развития СЭВ (фазы напряжения и резистенции) протекают более активно именно у лиц с, присущими данной группе, педантичными чертами характера, хотя застревающие, демонстративные и гипертимные черты значимой роли в данном процессе не играют. В свою очередь, у пациентов, страдающих ПСЗ, выраженность, свойственных им застревающих черт характера способствует эмоциональному выгоранию в фазе резистенции и истощения, а гипертимные и демонстративные черты характера никоим образом с эмоциональным выгоранием не связаны. По-видимому, именно гипертимный и демонстративный тип акцентуации, которые, как было сказано выше, отрицательно коррелируют с выраженностью начальной фазы СЭВ (напряжения) у практически здоровых сотрудников ОВД, следует расценивать в качестве благоприятного личностного фактора, препятствующего эмоциональному выгоранию.

У представителей женского гендера сотрудников ОВД в состоянии ППД статистически значимые

корреляционные связи ($r \geq 0,342$; $p \leq 0,048$) имели место только между выраженностью возбудимых черт характера и активностью фаз напряжения, резистенции, а так же между фазой резистенции и выраженностью тревожной акцентуации характера. У пациенток, страдающих ПСЗ, с активностью всех трех фаз СЭВ имела значимые положительные корреляционные связи выраженность педантичных и возбудимых черт характера ($r \geq 0,34$; $p \leq 0,03$); с активностью фаз резистенции и истощения коррелировала выраженность тревожной акцентуации личности ($r \geq 0,362$; $p \leq 0,02$).

Следует особо отметить, что, присущие всем представителям женского гендера сотрудников ОВД, эмотивные и демонстративные черты личности не имели значимых корреляционных связей с активностью эмоционального выгорания, более того, у практически здоровых выраженность этих типов акцентуации личности выявляли отрицательную корреляцию с активностью фазы напряжения ($r \geq -0,19$; $p \leq 0,021$). Этот факт свидетельствует о том, что эмотивный и демонстративный тип акцентуации личности относится к факторам, препятствующим процессам эмоционального выгорания у практически здоровых сотрудниц ОВД, а у лиц, чьи адаптационные резервы оказались недостаточными, данные виды акцентуации, по крайней мере, не влияют на развитие СЭВ.

Принимая во внимание все вышесказанное, следует отметить, что из, присущих представителям исследуемых групп типов акцентуации личности, только педантичную акцентуацию, можно рассматривать в качестве личностного фактора, способствующего протеканию процессов эмоционального выгорания у пациенток, страдающих ПСЗ.

Аналогичный анализ влияния акцентуаций личности на развитие синдрома эмоционального выгорания был проведен и для выборки курсантов ВУЗа МВД. В результате корреляционного анализа Пирсона показателей интегральных шкал методики ДУЭВ и ОАХ оказалось, что у мужчин-курсантов ВУЗа МВД в состоянии ППД активность всех трех фаз СЭВ была связана с выраженностью эмотивной, педантичной, тревожной, возбудимой и дистимичной акцентуаций личности ($r \geq 0,251$; $p \leq 0,049$). Кроме того, выраженность застревающих черт характера коррелировала с выраженностью фазы напряжения, экзальтированной – с выраженностью фазы истощения, а циклотимной – с активностью фазы резистенции и напряжения ($r \geq 0,262$; $p \leq 0,04$).

У пациентов, страдающих ПСЗ, обращает на себя внимание отрицательная корреляционная связь между активностью фазы напряжения и выраженностью гипертимной, экзальтированной акцентуаций личности ($r \geq -0,45$; $p \leq 0,043$). У женщин-курсанток значимых отрицательных корреляций выявлено не было, в то время как положительные корреляции имели место между фазами СЭВ и возбудимой, тревожной, циклотимной и экзальтированной акцентуациями личности ($r \geq 0,439$; $p \leq 0,041$).

У практически здоровых и мужчин, и женщин-курсантов так же имела место отрицательная корреляционная

связь между активностью фазы напряжения и выраженностью гипертимной акцентуации личности ($r \geq -0,16$; $p \leq 0,015$). В то же время, у практически здоровых представителей обеих гендерных групп положительная корреляция имела между большинством фаз СЭВ и всеми акцентуациями личности ($r \geq 0,153$; $p \leq 0,045$), кроме эмотивной и демонстративной.

Таким образом, если у практически здоровых курсантов ВУЗа МВД, вне зависимости от гендерной принадлежности, любые акцентуированные черты, кроме проявлений застревающей, эмотивной и демонстративной акцентуации, выступали в качестве условно-патогенного фактора развития СЭВ, а гипертимная акцентуация личности, наоборот, препятствовала процессам эмоционального выгорания, то у пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, наблюдались явные гендерные отличия: у мужчин гипертимные и экзальтированные черты препятствовали процессам эмоционального выгорания, а появления возбудимой акцентуации – способствовали развитию СЭВ, в свою очередь, у женщин, кроме возбудимой акцентуации, в качестве условно-патогенного фактора выступали еще и характеристики тревожной, циклотимной и экзальтированной акцентуаций личности. У представителей мужского гендера курсантов в состоянии ППД фактором, предрасполагающим к возникновению СЭВ, выступала не какая-либо конкретная акцентуация личности, а наличие акцентуированных черт вообще, как специфической психологической характеристики индивида.

Следующим феноменом, рассматриваемым в настоящей работе, являются механизмы психологической защиты. В результате проведенного корреляционного анализа Пирсона показателей методик ОАХ и ИЖС было установлено, что у практически здоровых мужчин-сотрудников ОВД выраженность всех типов акцентуаций личности имели значимые положительные корреляционные связи ($r \geq 0,26$; $p \leq 3E-11$) со степенью напряженности психологической защиты, за исключением дистимичной акцентуации, у которой имела лишь отрицательная корреляция с активностью механизмов отрицания ($r = -0,16$; $p = 5E-05$) и положительная – с активностью механизмов проекции ($r = -0,113$; $p = 0,005$).

У практически здоровых женщин-сотрудниц ОВД диапазон корреляционных связей между выраженностью акцентуаций личности и степенью напряженности психологической защиты был значительно уже – степень напряженности психологической защиты была тем выше, чем более выраженными у респондентов были черты застревающей, эмотивной и педантичной акцентуации личности ($r \geq 0,215$; $p \leq 0,01$), в основном за счет механизмов отрицания, проекции и замещения ($r \geq 0,179$; $p \leq 0,032$).

Обращает на себя внимание тот факт, что у представителей мужского гендера сотрудников ОВД, составивших группу ППД, статистически значимые корреляционные связи, в отличие от практически здоровых, имели место только между СНЗ и выраженностью таких типов акцентуаций личности, как застревающий, педантичный,

тревожный, циклотимный и демонстративный ($r \geq 0,285$; $p \leq 0,009$). В данном случае механизмами, обеспечивающими степень напряжения защиты и связанными с выраженностью указанных типов акцентуаций личности, выступают механизмы регрессии, компенсации и замещения ($r \geq 0,22$; $p \leq 0,032$).

У пациентов, страдающих ПСЗ, как и у практически здоровых, СНЗ была связана положительными корреляционными связями с выраженностью практически всех типов акцентуаций личности (за исключением дистимичной и экзальтированной), при этом связи между конкретными МПЗ и типами акцентуаций личности были, хотя и не такими многочисленными, как у практически здоровых, но все же включали в себя большую часть данных психологических характеристик.

Принимая во внимание то, что, как было сказано выше, застревающий и педантичный типы акцентуации личности являются наиболее выраженными у лиц в состоянии парциальной психической дезадаптации, а именно с ними связана активность не только наиболее специфичных для состояний ППД механизмов регрессии и замещения, но и механизмов компенсации, реактивных образований, представляется возможным заключить, что в состоянии ППД напряженность психологической защиты путем включения, как протективных, так и дефензивных механизмов, тем выше, чем более выраженными являются условно-патогенные акцентуированные черты личности пациентов. В свою очередь, в отношении группы больных ПСЗ данное утверждение отнести не представляется возможным. Напротив, в случае развития психосоматических заболеваний, как и относительно практически здоровых мужчин-сотрудников ОВД, нельзя говорить об определенной причинно-следственной связи между выраженностью акцентуированных черт личности и превалированием определенных механизмов психологической защиты.

У представителей группы ППД женского гендера сотрудников ОВД статистически значимые корреляционные связи степени напряженности психологической защиты имели место только с выраженностью черт циклотимной акцентуации характера ($r = 0,377$; $p = 0,026$), а у пациенток, страдающих ПСЗ – с выраженностью педантичных и демонстративных черт ($r \geq 0,31$; $p \leq 0,048$). С выраженностью циклотимной акцентуации характера у женщин-сотрудниц, составивших группу ППД, коррелировали, обусловившие степень напряжения защиты, механизмы вытеснения, регрессии, проекции и замещения ($r \geq 0,377$; $p \leq 0,025$), тогда как у пациенток, страдающих ПСЗ, с наиболее выраженными педантичными чертами личности, в большей степени были активированы только механизмы регрессии, проекции и замещения ($r \geq 0,34$; $p \leq 0,03$), а у демонстративных личностей – механизмы отрицания и компенсации ($r \geq 0,31$; $p \leq 0,049$).

Таким образом, активность участия механизмов проекции и замещения в повышении степени напряженности защиты связана с выраженностью педантичных черт личности как у практически здоровых, так и у страдающих ПСЗ женщин-сотрудниц ОВД, у которых,

кроме того, СНЗ зависит от выраженности черт демонстративной акцентуации личности, но за счет уже других механизмов психологической защиты – отрицания и компенсации. Учитывая то, что, представители женского гендера сотрудников ОВД, страдающие ПСЗ, являются в большей мере личностями эмотивными и демонстративными, а основными МПЗ, активированными при развитии психосоматических заболеваний, выступают механизмы компенсации и интеллектуализации, следует отметить особую роль механизмов компенсации для данного контингента, специфичного, по-видимому, для личностей с преобладанием именно демонстративных черт характера. В свою очередь, механизм вытеснения, являясь одним из основных механизмов психологической защиты, специфичных для состояний ППД у женщин-сотрудниц ОВД, хотя и связан с циклотимными чертами характера, скорее всего, является универсальным, в личностно-ассоциированном ракурсе, МПЗ.

Корреляционный анализ показателей методик ОАХ и ИЖС представителей мужского гендера курсантов ВУЗа МВД так же выявил достаточно специфические особенности взаимодействия данных психологических феноменов. Степень напряженности защиты у представителей группы ППД была тем выше, чем более были выражены характеристики гипертимной, педантичной, возбудимой и экзальтированной акцентуации личности ($r \geq 0,259$; $p \leq 0,042$), причем у гипертимных и экзальтированных личностей были в большей степени активированы механизмы регрессии и компенсации ($r \geq 0,278$; $p \leq 0,029$), у педантичных личностей – регрессии, компенсации, проекции и реактивных образований ($r \geq 0,319$; $p \leq 0,011$), а у возбудимых личностей – вытеснения, регрессии, проекции и замещения ($r \geq 0,275$; $p \leq 0,03$).

У мужчин-курсантов ВУЗа МВД со степенью напряженности защиты коррелировала только выраженность дистимичной акцентуации личности, причем корреляция носила отрицательный характер ($r = -0,545$; $p \leq 0,042$) и осуществлялась за счет связи данного типа акцентуации личности с механизмами вытеснения и проекции ($r \geq -0,487$; $p \leq 0,025$).

Особое внимание обращает на себя тот факт, что у практически здоровых мужчин-курсантов выраженность всех типов акцентуации личности, за исключением дистимичного, имели статистически значимые положительные корреляционные связи со степенью напряженности функционирования механизмов психологической защиты ($r \geq 0,238$; $p \leq 5E-05$). У практически здоровых представителей женского гендера курсантов ВУЗа МВД, как и у мужчин, степень напряженности защиты тем выше, чем в большей мере присутствуют черты акцентуации личности ($r \geq 0,234$; $p \leq 0,023$). Вместе с тем, если у мужчин в данном случае исключение составляла дистимичная акцентуация личности, то у женщин – гипертимная.

У женщин-курсанток, страдающих ПСЗ, со СНЗ были связаны только тревожная и педантичная акцентуации личности, причем, в отличие от мужчин-курсантов, корреляция носила отрицательный характер ($r \geq 0,565$;

$p \leq 0,006$) и объяснялась связями педантичной акцентуации с механизмами компенсации и проекции ($r \geq 0,564$; $p \leq 0,006$), а тревожной – с механизмами регрессии, проекции, замещения и реактивных образований ($r \geq 0,423$; $p \leq 0,05$).

Таким образом, если у практически здоровых представителей как мужского, так и женского гендера курсантов ВУЗов МВД степень напряжения психологической защиты напрямую связана с выраженностью акцентуаций личности, то в случае нарушения барьера индивидуальной психологической защиты эта связь, в большей мере, утрачивается, сохраняясь у мужчин в состоянии ППД только в отношении педантичной, тревожной, возбудимой и экзальтированной акцентуаций, а в процессе развития ПСЗ – вообще исчезает, за исключением дистимичной акцентуации, при наличии которой СНЗ снижается. В свою очередь, у женщин, страдающих ПСЗ, единственными из акцентуаций личности, продолжающих влиять на СНЗ, являются педантичная и тревожная. Это указывает на особую роль именно педантичной и тревожной акцентуаций личности в функционировании механизмов психологической защиты у пациенток, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Выводы

Подводя итог, изложенным выше результатам настоящего исследования, представляется возможным утверждать, что гипертимные черты личности следует расценивать в качестве благоприятного личностного фактора, препятствующего процессам эмоционального выгорания у представителей обоих гендеров сотрудников ОВД и курсантов ВУЗов МВД, а у женщин в качестве такого фактора выступает еще и демонстративная акцентуация личности. На начальных этапах развития СЭВ процессы эмоционального выгорания протекают более активно у мужчин-сотрудников, которым присущи черты педантичных личностей, в то время, как у пациентов, страдающих ПСЗ, выраженность застревающих черт характера способствует эмоциональному выгоранию в фазе резистенции и истощения. В состоянии ППД у представителей мужского гендера курсантов фактором, предрасполагающим к возникновению СЭВ выступает выраженность акцентуированных черт личности вообще, а не какой-то конкретный тип акцентуации.

В свою очередь, у женщин-сотрудниц ОВД в состоянии ППД на активность развития СЭВ оказывает влияние выраженность тревожных и возбудимых черт личности, а в случае развития ПСЗ – педантичной акцентуации личности, тогда как у женщин-курсанток в качестве условно-патогенного фактора выступают черты возбудимой, тревожной, циклотимной и экзальтированной акцентуаций личности.

В состоянии ППД у представителей мужского гендера сотрудников ОВД напряженность психологической защиты, путем задействования как протективных, так и дефензивных механизмов, тем выше, чем более выраженными являются условно-патогенные акцентуированные черты личности пациентов, в частности:

у сотрудников ОВД – застревающие и педантичные, а у курсантов – педантичные, тревожные, возбудимые и экзальтированные. При этом, с выраженностью акцентуированных черт личности ассоциированы, как специфичные для данного состояния, механизмы регрессии и замещения, так и механизмы компенсации и реактивных образований.

В случае возникновения психосоматических заболеваний у представителей мужского гендера и сотрудников ОВД, и у курсантов ВУЗов МВД, как и у практически здоровых мужчин-сотрудников ОВД, какой-либо определенной причинно-следственной связи между акцентуированными чертами личности и превалированием определенных механизмов психологической защиты нет.

У представителей женского гендера сотрудников ОВД основными акцентуированными чертами личности, влияющими на активность механизмов психологической защиты у лиц в состоянии ППД выступают черты циклотимной акцентуации, а у страдающих ПСЗ – педантичной и демонстративной акцентуации личности. При этом, если механизмы регрессии, проекции и замещения активируются во всех случаях, то механизмы отрицания и компенсации присущи только пациенткам, страдающим ПСЗ, у которых превалируют демонстративные черты личности, а у женщин-сотрудниц ОВД в состоянии ППД универсальным, в личностно-ассоциированном ракурсе, являются механизмы вытеснения. У женщин-курсанток, страдающих ПСЗ, на повышение степени напряженности психологической защиты влияет педантичная и тревожная акцентуации личности, при этом напряженность МПЗ осуществляется за счет проекции, что дает возможность рассматривать данный

механизм в качестве гендерно-специфического фактора для больных ПСЗ.

Выявленные гендерные особенности взаимосвязей между процессами эмоционального выгорания, психологической защиты и выраженностью акцентуированных черт личности представляется необходимым учитывать при разработке специфических критериев кадрового отбора на службу в органы внутренних дел и дифференцированного отбора сотрудников ОВД, в отношении которых психологами подразделений должны осуществляться плановые профилактические психологические интервенции.

Література:

1. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л.: Наука, 1988. — С. 5.
2. Мясисев В. Н. Личность и неврозы. — Л.: ЛГУ, 1960. — 426 с.
3. Мясисев В. Н. Проблемы личности в психологии и медицине. В кн.: Актуальные вопросы медицинской психологии. Л., — 1974, — С. 5–25.
4. Аршава І. Ф. 15. Емоційна стійкість людини та її діагностика. — Дніпропетровськ: РВВ ДНУ, 2006. — 336 с.
5. Барко В. І. Професійний відбір кадрів до органів внутрішніх справ (психологічний аспект): Монографія. — К.: Ніка-Центр, 2002.
6. Профилактика профессиональной деформации личности сотрудника органов внутренних дел: Методическое пособие. / Под общ. ред. В. М. Бурыкина. — М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2004.
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1998 — С. 274 — 281.
8. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1998 — С. 161 — 169.
9. Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля // Пособие для психологов и врачей. Санкт-Петербург, — 2005, 51 с.

ВПЛИВ АКЦЕНТУЙОВАНИХ РИС ОСОБИСТОСТІ НА ДИНАМІКУ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ ТА МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ПРАЦІВНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ ТА КУРСАНТІВ ВНЗІВ СИСТЕМИ МВС

В. Ю. ОМЕЛЯНОВИЧ

На ґрунті експериментально-психологічного обстеження репрезентативної групи працівників органів внутрішніх справ та курсантів системи МВС виявлені та структуровані гендерні особливості впливу окремих типів акцентуацій особистості на динаміку синдрому емоційного вигорання та функціонування механізмів психологічного захисту. Визначені умовно-сприятливі та умовно-патогенні акцентуації особистості, які відіграють важливу роль в психічній адаптації до служби в органах внутрішніх справ.

Ключові слова: психічна дезадаптація, психосоматичні захворювання, акцентуації особистості, синдром емоційного вигорання, механізми психологічного захисту, працівники органів внутрішніх справ

EFFECT OF PERSONALITY ACCENTUATED CHARACTERISTICS ON DYNAMICS OF EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME AND PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS AMONG INTERNAL AFFAIRS BODY EMPLOYEES AND HEI CADETS OF THE MIA SYSTEM

V. Yu. OMELIANOVICH

Experimental-psychological study of a representative group of internal affairs body employees and cadets of the MIA system allowed defining and structuring gender peculiarities as to the effect of certain types of personality accentuations on dynamics of emotional burnout syndrome and functioning of psychological defense mechanisms. There have been determined relative-friendly and relative-pathogenic personality accentuations playing an important role in psychic adaptation to service in internal affairs body.

Keywords: psychic disadaptation, psychosomatic disorders, personality accentuations, emotional burnout syndrome, psychological defense mechanisms, internal affairs body employees

УДК 616.89

В. В. Волобуев

ИЗМЕНЕНИЕ ПОЗИЦИИ СУБЪЕКТА ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И КАТАСТРОФ

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

Ключевые слова: позиция субъекта, непсихотические психические расстройства, пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф, личностные особенности, уровень тревоги и депрессии

Согласно данным проведенных исследований психопатологическая симптоматика у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф достаточно распространена. Например, отмечено наличие у них в 35,2% случаев стойких психопатологических симптомов, среди которых 25,8% – депрессии, 29,9% – повышенная тревожность, 35,8% – соматические психогенные расстройства, 22,9% – алкоголизм [1; 2]. В целом, распространенность различных психических нарушений среди пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф может достигать 80 %, причем значительную их часть составляют депрессии [2].

В генезе указанных расстройств большую роль играют факторы, определяющие механизмы формирования психических состояний, отражающих процесс адаптации к сложным условиям. Их формирует не столько объективная сущность «опасности», «сложности», «трудности» ситуации, сколько субъектная реакция человека [1; 2; 4].

Несмотря на то, что контингент пострадавших при техногенных авариях неоднороден по возрасту, социальному статусу, исходному психофизиологическому состоянию, своей готовности жить и работать в экстремальных условиях (т.е. пострадавшие значительно различаются между собой по индивидуальной реактивности и личностной предрасположенности к стрессовым реакциям), выявлены общие тенденции возникновения непсихотических психических расстройств у данных лиц.

Исследования, проведенные в Украине, показывают, что главным психологическим последствием пребывания пострадавших в психотравмирующей ситуации техногенного характера является ощущение, что изменилось их поведение, образ мыслей, общий тон настроения, взгляд на жизнь в целом, тип эмоционального реагирования [1; 2; 4; 6]. Эта измененность переживается как негативная, вызывающая ощущение внутреннего дискомфорта, вследствие чего возникают депрессивные переживания, что, в свою очередь, способствует неустойчивости прежней позиции субъекта. Пострадавшие воспринимают себя после техногенной аварии или катастрофы менее «активными», менее «сильными» и менее «хорошими» по сравнению с тем, какими они были до аварии» [1]. Личностные особенности данных лиц характеризуются неуверенностью в своих силах, ощущением социальной незащищенности, пассивностью, депрессивной настроенностью по отношению к своему состоянию, пессимизмом в отношении собственных

перспектив, неверием в обещания официальных государственных структур [1; 4].

Предположение о полифакторной природе психических расстройств у пострадавших подразумевает то, что, с одной стороны, они вторично возникают на фоне соматических заболеваний, с другой, – что они формируются через посредство психологического дистресса, связанного с субъективной оценкой факторов аварии и их возможного влияния на здоровье [1; 3].

Американский исследователь Дж. Вильсон также предположил, что форма реагирования человека на травмирующее событие и успешность дальнейшей адаптации к повседневной жизни, зависят не только от самого события, но и от психологических характеристик личности пострадавшего [2]. Этим автором предложен личностно-средовой подход к объяснению посттравматического стрессового синдрома. Составными компонентами такого подхода являются: характеристики личности пострадавшего, включая мотивы, черты характера, убеждения, ценностные ориентации, сформированность эмоциональной сферы и т. п.; средовые и ситуационные факторы; индивидуальные субъективные реакции человека на травму, а именно эмоциональные реакции; изменения когнитивного стиля, то есть способности оценивать события, анализировать ситуацию; изменения в мотивационной сфере; изменения на нейрофизиологическом уровне; усилия, предпринимаемые личностью для приспособления к изменившимся требованиям ситуации. При этом, Дж. Вильсон подчеркивает, что «несмотря на то, что травмирующая ситуация может в большей или меньшей степени воздействовать на какой-то один уровень, это воздействие способно привести к нарушению или полному разрушению равновесия между всеми уровнями функционирования индивидуума, в результате чего у человека могут наблюдаться проявления различных патологических разрушений» [2].

З. Фрейд в своей работе «Тревога, торможение, симптом» [7] соотносит модель любого шокового состояния или травмы с потерей ребенком материнского объекта в качестве первичной потери. Данный автор считает эту тревогу первоначальной и говорит о том, что именно она провоцирует вытеснение. Таким образом, тревога имеется изначально. Далее З. Фрейд рассуждает о реальных ситуациях невзгод, встреча с которыми, по его мнению, вызывает тревогу. В предельных, крайних ситуациях такого рода мы встречаем смерть, а это вызывает тревогу, поскольку обнаруживается то, что не имеет смысла.

Согласно Ж. Лакану [9], такая травма отсылает к мысли о встрече с пустотой в символическом регистре психической системы. Эти тревожащие встречи несут угрозу для означающей системы субъекта, т. е. для сферы значений, в которой он развивается, что ведет к неустойчивости позиции субъекта. С точки зрения Ж. Лакана [9], субъект встречает дыру в отношении смысла. Это переживание покинутости является результатом появления того реального, которое явилось неожиданным и не смогло быть усвоенным. Именно с этим на интрасубъектном уровне сталкиваются пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф. От возможности усвоения каждым из них неожиданного реального зависит развитие впоследствии непсихотического или психотического психического расстройства. По сути, это появление того, что совершенно превысило защитные реакции субъекта, что повлекло за собой неустойчивость его позиции в отношениях с самим собой и с окружающими его людьми.

Из указанного выше можно сделать вывод о том, что каждый субъект реагирует на травму определенным образом – в зависимости от своей семейной истории, структуры клинической симптоматики, символических и воображаемых ресурсов, которыми он располагает, но по истечении определенного (строго индивидуального) времени пошатнувшаяся позиция субъекта ведет к изменениям личностных черт пострадавших с непсихотическими психическими расстройствами, что вторично усиливает у них ощущение безнадежности и безвыходности, с постепенно возрастающей уверенностью в собственной несостоятельности.

Психотерапевтическая работа позволяет субъекту осознать свои отношения не с собственным Я психотерапевта, а с теми важными другими, которые и являются его истинными, но не узанными собеседниками на бессознательном уровне. Субъект призван постепенно открыть для себя, к какому из них он, о том не подозревая, обращается на самом деле, и шаг за шагом признать наличие отношений переноса [9].

Субъект не находится с предстоящим ему объектом в чисто двухполюсном взаимодействии — лишь в общении с другим субъектом получает его взаимодействие с этим объектом свой смысл и вступает он с этим объектом во взаимодействие лишь постольку, поскольку с ним же вступает во взаимодействие другой субъект, и поскольку оба они могут этот объект как-то именовать [9].

Следует отметить, что схема, которая ставит в центр психотерапии объектное отношение, упускает из виду сам источник психотерапевтического опыта — того

субъекта, который о нем рассказывает [9]. Тот факт, что он о себе рассказывает, и является пружиной психотерапии, его движущей силой. Все проявления измененной позиции субъекта отображаются, в том числе, и неудовлетворенности во всех сферах собственной жизни.

Данное исследование проведено с целью изучения влияния позиции субъекта на клиническую картину непсихотических психических расстройств и качество жизни пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф.

Материал и методы. На базе ОКПНБ-медико-психологического центра г.Донецк нами обследовано 90 человек. Критерии включения определялись возрастом испытуемых от 45 до 65 лет, наличием первичного диагноза непсихотического психического расстройства. Все пациенты относились к пострадавшим вследствие техногенных аварий и катастроф. Отбор исследуемых проводился случайным методом из числа всех госпитализированных в стационар больных данной категории.

В качестве инструментов первичной оценки результата использовались шкала Спилберга-Ханина для оценки уровня тревоги, тесты Зунга и СМЛ, а также краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни [10].

Неустойчивость позиции субъекта анализировалась по характеру личностного профиля СМЛ исследуемых во взаимосвязи с уровнями тревожной и депрессивной симптоматики, а также со степенью удовлетворенности качеством своей жизни.

Средний возраст изучаемой группы больных ($N=90$) составил 47,6 года (стандартное отклонение (SD) = 2,3). Все участники являлись мужчинами с наличием непсихотического психического расстройства органического происхождения (F06.6 согласно МКБ-10).

Результаты и их обсуждение. Средние значения шкал СМЛ, связанные с превалирующими ($p<0,01$) личностными особенностями обследованных, представлены в Таблице 1. Достоверные отличия показателей трех приведенных в данной таблице шкал не выявлены ($p>0,05$).

Можно сделать вывод о том, что неустойчивость позиции субъекта в первую очередь дестабилизирует уверенность в собственном «Я» пациента, ослабляя его, заставляя его сомневаться во многих, а со временем, и во всех своих поступках, мыслях, собственных силах. Это подтверждается шкалой невротического сверхконтроля, которая выявляет у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами мотивационную направленность на соответствие нормативным критериям, как

Таблица 1

Превалирующие личностные особенности обследованных пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических психических расстройств

Шкалы СМЛ					
Шкала невротического сверхконтроля		Шкала пессимистичности		Шкала индивидуалистичности	
Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)
89,7	6,2	93,5	5,4	93,4	5,3

Таблица 2

Оценка тревоги и депрессии у обследованных пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических психических расстройств

Тест Спилбергера-Ханина (баллы)				Тест Зунга (баллы)	
Ситуативная тревога		Личностная тревога			
Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)
55,4	6,6	58,4	5,7	57,8	4,6

в социальном окружении, так и сфере физиологических функций своего организма, а также – к подавлению спонтанности (т.е. непринужденности, непосредственности реакций), сдерживанию активной самореализации, контролю над агрессивностью; для пострадавших характерны также гиперсоциальная направленность интересов, ориентация на правила, инструкции, указания, инертность в принятии решений, сверхответственность, сочетающаяся с тенденцией к избеганию серьезной ответственности из-за страха не справиться [6; 8]. При этом нарастание пессимистичности можно расценивать как объективное подтверждение ослабления «Я» пациента, которое не справившись с нахлынувшими вытесненными эмоциями, обеспечивает осознание имеющихся проблем через призму неудовлетворенности и пессимистической оценки своих перспектив. Высокий уровень пессимистичности может также отражать нарастающую уверенность в безнадежности своих попыток что-либо изменить. Как известно, высокие показатели по 2-й шкале СМИЛ могут быть связаны с ситуацией резкого разочарования после пережитой неудачи или в связи с заболеванием, нарушающим обычный ход жизни и перспективные планы человека [6]. В случае с пострадавшими вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами имеет место и то, и другое.

Неустойчивость позиции субъекта на бессознательном уровне с ослаблением Эго обрушивает на психику пациента мощный уровень тревоги из вытесненных психотравмирующих событий, которую пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами пытаются трансформировать, включая личностный механизм защиты. Но, к сожалению, безуспешно. Попытки укрепить в психической сфере пациентов ослабленное Эго высокой индивидуалистичностью при решении обычных вопросов, в итоге, приводит к невозможности пострадавших вписаться в предлагаемую им обстоятельствами

социальную нишу; они оказываются непонятыми, «изгоями», которых, не принимая всерьез, опасаются и избегают.

Таким образом, повышение показателей шкал невротического сверхконтроля, пессимистичности и индивидуалистичности достаточно четко показывает степень ослабления Эго, вызванного неустойчивостью позиции субъекта, что связано с возникновением психической патологии.

Клинические проявления непсихотических психических расстройств у обследованных характеризовались преимущественно тревожной и депрессивной симптоматикой, которая была проанализирована с помощью опросников Спилбергера-Ханина и Зунга (Табл. 2).

Приведенные данные демонстрируют высокий показатель уровня тревоги и депрессии у исследуемых. Как следует из Таблицы 2, среднее значение уровня ситуативной тревоги на 23,1 % превышает верхнюю границу её умеренного уровня, а личностной тревоги – на 29,8 % [5]. Уровень депрессии по шкале Зунга свидетельствует о наличии невротического уровня депрессии (до 60 баллов) [5], превышая 50-ти балльный рубеж на 15,6%.

Вышеописанные проявления приводят к снижению качества жизни пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических психических расстройств. Для изучения 4 сфер жизни исследуемых мы использовали «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни» [10]. Результаты приведены в Табл. 3.

Как следует из Табл. 3, самый низкий показатель удовлетворенности у исследуемых отмечается в сфере №2. Именно неудовлетворенность своим психическим состоянием (сфера №2) является одним из основных проявлений ослабленного Эго вследствие неустойчивости позиции субъекта, а вслед за этим неудовлетворенность распространяется и на оценку своего физического состояния (сфера №1), и на оценку социального окружения (сфера №3) и окружающей среды (сфера №4).

Таблица 3

Преобразованные показатели основных сфер качества жизни у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических психических расстройств

Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни							
Сфера №1		Сфера №2		Сфера №3		Сфера №4	
Среднее значение, %	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение, %	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение, %	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение, %	Стандартное отклонение (SD)
39,7	5,6	37,3	5,4	44,6	7,4	46,3	5,3

Таким образом, анализируя всю цепочку развития психопатологической симптоматики у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами и её влияние на качество жизни обследованных, можно отметить важность психотерапевтической работы на уровне позиции субъекта как неотъемлемой составляющей стабилизации состояния данных больных.

Литература:

1. Гаврилюк В. В. Динамика ценностных ориентации в период социальной трансформации / В. В. Гаврилюк, Н. А. Трикоз // Социологические исследования. - 2002. - №1. - С. 96-105.
2. Гуськова А. К. Основные источники психологической напряженности и реакции различных групп лиц, вовлеченных в радиационную аварию, меры их коррекции / А. К. Гуськова // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф: Тез. докл. V Международной научной конференции. Минск, 1998. - С. 72.
3. Дикая Л. Г. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования / Л. Г. Дикая, А. В. Махнач // Психологический журнал. - 1996. - №3. - С.137-148.
4. Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине / И. В. Давыдовский. - М.: Медицина, 1962. - 112 с.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. - Самара: «БАХРАХ-М», 2001. - С.23-48
6. Собчик Л. Н. «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛЛ», Москва, 2002. - С.40-85
7. Фрейд З. «Истерия и страх», перевод на русский язык А. М. Боковиной. ООО «Фирма СТД», 2006-С.227-229.
8. Crits-Christoph P., Connolly Gibbons M. B., Narducci J., Schamberger M., Gallop R.: Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD// Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2005.
9. Lacan J. Le Seminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient, Paris, Seuil 1998. С.69-72.
10. WHOQOL-BREF «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни» Field Trial Version, December 1996, PROGRAMME ON MENTAL HEALTH WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA

ЗМІНА ПОЗИЦІЇ СУБ'ЄКТА ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ТЕХНОГЕННИХ АВАРІЙ І КАТАСТРОФ

В. В. Волобуєв

У статті досліджений вплив позиції суб'єкта на ослаблення особи з формуванням симптомів тривоги і депресії в клінічній картині непсихотичних психічних розладів у постраждалих внаслідок техногенних аварій і катастроф. Проаналізовано задоволеність досліджуваних якістю свого життя за основними сферами життєдіяльності.

Ключові слова: позиція суб'єкта, непсихотичні психічні розлади, постраждалі внаслідок техногенних аварій і катастроф, особові особливості, рівень тривоги і депресії, якість життя

CHANGE OF A POSITION OF THE SUBJECT IN SURVIVORS OF TECHNOGENIC CATASTROPHES AND ACCIDENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

V. V. VOLOBUYEV

In the article influence of a position of the subject on weakening of the personality with formation of symptoms of anxiety and a depression in a clinical picture of non- psychotic mental disorders in survivors of technogenic catastrophes and accidents was investigated. Satisfaction of investigated persons by quality of the life on the main spheres of activity was analysed.

Keywords: position of the subject, non-psychotic mental disorders due to technogenic catastrophes and accidents, personal features, anxiety, depression, quality of life

УДК 616.895.8: 616.895.4:615.862

А. К. Напреенко¹, Г. М. Зильберблат², Н. Е. Ивашенко¹

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СИМПТОМАМИ ДЕПРЕССИИ

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев¹

Коммунальное учреждение Киевского областного совета

«Областное психиатрически-наркологическое объединение», п. г. т. Глеваха²

Ключевые слова: реабилитация, шизофрения, симптомы депрессии, внутренняя картина болезни

Вступлення

В структуре психопатологической симптоматики при шизофрении депрессия занимает особое место. Симптомы депрессии при шизофрении не только значительно усиливают страдание, причиняемое заболеванием, но и усугубляют нарушения в психосоциальном функционировании и могут предшествовать предпринимаемым или завершенным суицидальным попыткам [10].

Важность изучения этого вопроса обусловлена также сложностью распознавания данной симптоматики при шизофрении на фоне общего обеднения эмоциональных реакций и необходимостью дифференцировать депрессию от негативного симптомокомплекса. Шизофреническим депрессиям свойственны разная степень

атипичности психопатологических нарушений и значительный синдромальный полиморфизм. Характерны стертость аффекта, малая выраженность признаков витальности и суточных колебаний состояния, преобладают апатия, безразличие, раздражительность [4].

Депрессии манифестируют на разных этапах шизофренического процесса. Рассматриваются следующие варианты: депрессия как продром шизофрении; депрессия как выраженный компонент острого эпизода; постпсихотические депрессии, перекрывающиеся с манифестными проявлениями эндогенного процесса по типу единого психоза; депрессия на постприступных этапах течения шизофрении – постшизофреническая депрессия; нейролептические депрессии [7, 10].

Таким образом, анализируя всю цепочку развития психопатологической симптоматики у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами и её влияние на качество жизни обследованных, можно отметить важность психотерапевтической работы на уровне позиции субъекта как неотъемлемой составляющей стабилизации состояния данных больных.

Литература:

1. Гаврилюк В. В. Динамика ценностных ориентации в период социальной трансформации / В. В. Гаврилюк, Н. А. Трикоз // Социологические исследования. - 2002. - №1. - С. 96-105.
2. Гуськова А. К. Основные источники психологической напряженности и реакции различных групп лиц, вовлеченных в радиационную аварию, меры их коррекции / А. К. Гуськова // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф: Тез. докл. V Международной научной конференции. Минск, 1998. - С. 72.
3. Дикая Л. Г. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования / Л. Г. Дикая, А. В. Махнач // Психологический журнал. - 1996. - №3. - С.137-148.
4. Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине / И. В. Давыдовский. - М.: Медицина, 1962. - 112 с.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. - Самара: «БАХРАХ-М», 2001. - С.23-48
6. Собчик Л. Н. «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛЛ», Москва, 2002. - С.40-85
7. Фрейд З. «Истерия и страх», перевод на русский язык А. М. Боковиной. ООО «Фирма СТД», 2006-С.227-229.
8. Crits-Christoph P., Connolly Gibbons M. B., Narducci J., Schamberger M., Gallop R.: Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD// Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2005.
9. Lacan J. Le Seminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient, Paris, Seuil 1998. С.69-72.
10. WHOQOL-BREF «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни» Field Trial Version, December 1996, PROGRAMME ON MENTAL HEALTH WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA

ЗМІНА ПОЗИЦІЇ СУБ'ЄКТА ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ТЕХНОГЕННИХ АВАРІЙ І КАТАСТРОФ

В. В. Волобуєв

У статті досліджений вплив позиції суб'єкта на ослаблення особи з формуванням симптомів тривоги і депресії в клінічній картині непсихотичних психічних розладів у постраждалих внаслідок техногенних аварій і катастроф. Проаналізовано задоволеність досліджуваних якістю свого життя за основними сферами життєдіяльності.

Ключові слова: позиція суб'єкта, непсихотичні психічні розлади, постраждалі внаслідок техногенних аварій і катастроф, особові особливості, рівень тривоги і депресії, якість життя

CHANGE OF A POSITION OF THE SUBJECT IN SURVIVORS OF TECHNOGENIC CATASTROPHES AND ACCIDENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

V. V. VOLOBUYEV

In the article influence of a position of the subject on weakening of the personality with formation of symptoms of anxiety and a depression in a clinical picture of non- psychotic mental disorders in survivors of technogenic catastrophes and accidents was investigated. Satisfaction of investigated persons by quality of the life on the main spheres of activity was analysed.

Keywords: position of the subject, non-psychotic mental disorders due to technogenic catastrophes and accidents, personal features, anxiety, depression, quality of life

УДК 616.895.8: 616.895.4:615.862

А. К. Напреенко¹, Г. М. Зильберблат², Н. Е. Ивашенко¹

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СИМПТОМАМИ ДЕПРЕССИИ

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев¹

Коммунальное учреждение Киевского областного совета

«Областное психиатрически-наркологическое объединение», п. г. т. Глеваха²

Ключевые слова: реабилитация, шизофрения, симптомы депрессии, внутренняя картина болезни

Вступлення

В структуре психопатологической симптоматики при шизофрении депрессия занимает особое место. Симптомы депрессии при шизофрении не только значительно усиливают страдание, причиняемое заболеванием, но и усугубляют нарушения в психосоциальном функционировании и могут предшествовать предпринимаемым или завершенным суицидальным попыткам [10].

Важность изучения этого вопроса обусловлена также сложностью распознавания данной симптоматики при шизофрении на фоне общего обеднения эмоциональных реакций и необходимостью дифференцировать депрессию от негативного симптомокомплекса. Шизофреническим депрессиям свойственны разная степень

атипичности психопатологических нарушений и значительный синдромальный полиморфизм. Характерны стертость аффекта, малая выраженность признаков витальности и суточных колебаний состояния, преобладают апатия, безразличие, раздражительность [4].

Депрессии манифестируют на разных этапах шизофренического процесса. Рассматриваются следующие варианты: депрессия как продром шизофрении; депрессия как выраженный компонент острого эпизода; постпсихотические депрессии, перекрывающиеся с манифестными проявлениями эндогенного процесса по типу единого психоза; депрессия на постприступных этапах течения шизофрении – постшизофреническая депрессия; нейролептические депрессии [7, 10].

Также достаточно остро стоит вопрос терапии депрессии при шизофрении, поскольку в ряде случаев применение антидепрессантов может спровоцировать обострение психотической симптоматики. Судя по данным исследований, наиболее важную роль играет не наличие депрессивных и психотических симптомов в клинической картине, а характер их взаимоотношений в составе синдрома. Так, при лечении острых состояний, определяющихся психотическими расстройствами с элементами депрессивных нарушений, которые развиваются в рамках шизофрении, эффективна монотерапия атипичными антипсихотиками; добавление антидепрессантов может привести к ухудшению состояния больных. Напротив, при развитии депрессии после купирования острого психотического состояния и в хронической стадии заболевания комбинированное лечение антидепрессантами и антипсихотиками оправдано.

Однако в свете современных представлений о комплексном подходе к лечению психических заболеваний терапия шизофренических депрессий неполноценна без реабилитационных мероприятий.

Для разработки комплекса реабилитационных мероприятий важны исследования основных характеристик депрессии при шизофрении, в том числе – исследование внутренней картины болезни таких пациентов. Это позволило бы скорректировать неадекватные представления пациента о болезни, что, в свою очередь, необходимо для повышения комплаентности пациентов, формирования адаптивного поведения в условиях заболевания и, соответственно – уменьшения риска рецидива.

Исследование внутренней картины болезни при шизофрении с депрессивными симптомами

Целью нашего исследования было изучение взаимосвязи между наличием депрессивной симптоматики в клинической картине шизофрении и характеристиками внутренней картины болезни у пациентов.

Материалы и методы. Были использованы такие методы исследования, как клинико-психопатологический; методика диагностики типа отношения к болезни ТОБОЛ (Вассерман Л. И. и др., 2005) [1]; опросник восприятия болезни (IPQ-R) [8, 9]; шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS); методика Life Style Index (индекс стиля жизни) для определения механизмов психологической защиты [2]; исследование медицинской документации.

В исследование было включено 116 пациентов, проходивших стационарное лечение во 2-м, 10-м и 16-м отделениях Коммунального учреждения Киевского областного совета «Областное психиатрически-наркологическое медицинское объединение», из них 59 женщины и 57 мужчин. Пациенты осматривались и тестировались по выходу из острого психотического состояния, на 15–30 день пребывания в стационаре.

Результаты исследования и их обсуждение. Депрессивная симптоматика была обнаружена у 39 из обследованных пациентов (34%). Наличие депрессивной симптоматики определялось как балл 4 и выше по пункту G6 (Депрессия) шкалы PANSS.

Было проанализировано влияние наличия депрессивной симптоматики на частоту различных типов отношения к болезни с помощью опросника ТОБОЛ. Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения (Табл. 1).

Как мы видим, у депрессивных пациентов, по сравнению со средним показателем, существенно уменьшена частота гармоничного, эргопатического и анозогнозического типов отношения к болезни – то есть тех типов отношения, при которых выраженные явления

Таблица 1

Депрессия у пациентов, страдающих шизофренией, как фактор, влияющий на частоту типов реагирования на болезнь

Типы реагирования	Средний показатель у всех обследованных пациентов, в баллах по шкале ТОБОЛ	Средний показатель у депрессивных пациентов, в баллах по шкале ТОБОЛ
Гармоничный	9,6	2,4
Эргопатический	16,2	8,6
Анозогнозический	7,5	0,5
Тревожный	14,8	19,5
Ипохондрический	13,1	19,0
Неврастенический	10,6	14,1
Меланхолический	11,7	21,2
Апатический	8,9	14,6
Сенситивный	21,8	24,5
Эгоцентрический	11,9	16,1
Паранойяльный	7,9	10,1
Дисфорический	5,8	8,7

психической дезадаптации отсутствуют. Гармоничный тип реагирования на болезнь у депрессивных пациентов встречается приблизительно в 4 раза реже, чем в среднем среди всех обследованных пациентов. Эргопатический тип реагирования (то есть «уход от болезни в работу») встречается почти в 2 раза реже, чем в среднем; анозогнозический – в 15 раз реже.

В это же время типы отношения к болезни, которые характеризуются наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием, у депрессивных пациентов встречаются чаще. Особенно заметно у этой группы пациентов повышена частота встречаемости апатического, ипохондрического, дисфорического, эгоцентрического типов реагирования на болезнь. Естественно, у депрессивных пациентов практически в 2 раза выше среднего показателя и частота встречаемости меланхолического типа реагирования, что служит дополнительным доказательством достоверности результатов обследования пациентов с шизофренией с помощью шкалы ТОБОЛ.

Также пациенты были обследованы с помощью пересмотренной версии Вопросника восприятия болезни (IPQ-R). Вопросник восприятия болезни – это теоретически обоснованный метод исследования, состоящий из восьми шкал, которые обеспечивают информацию о компонентах, лежащих в основе когнитивной и эмоциональной репрезентации болезни. Шкалы оценивают

идентичность – симптомы, которые пациенты ассоциируют с болезнью, причину – идеи пациента об этиологии, временные рамки – ощущаемую длительность болезни и представления о её цикличности, последствия – ожидаемые результаты и исход, а также контроль – как пациент ощущает контроль над заболеванием (дополнительно дифференцируются личностный и медикаментозный контроль). Также выделены шкала понимания болезни и шкала эмоциональной репрезентации.

Как показали результаты исследования (Табл. 2), депрессивные пациенты (по сравнению с общими показателями среди всех пациентов) воспринимают свою болезнь как обладающую большим количеством симптомов, более хроническую и цикличную (то есть склонную к периодическим непредвиденным обострениям и улучшениям), имеющую более серьёзные последствия и менее доступную для понимания. Эмоциональная репрезентация (выраженность негативных эмоций, связанных с болезнью), как и следовало ожидать, у депрессивных пациентов выше среднего уровня.

Одним из факторов, принимающих участие в формировании внутренней картины болезни, является структура механизмов психологических защит и их напряжённость. При исследовании взаимосвязи между наличием депрессивной симптоматики и напряжённостью психологических защит выяснилось следующее (Табл. 3).

Таблица 2

Депрессия у пациентов, страдающих шизофренией, как фактор, влияющий на компоненты субъективной репрезентации болезни

Компоненты репрезентации болезни	Средний показатель у всех обследованных пациентов	Средний показатель у депрессивных пациентов	Максимальное количество баллов по шкалам
Идентичность	7,4	8,6	14
Временные рамки	14,7	17,6	30
Последствия	21,8	24,2	30
Личный контроль	20,2	20,1	30
Медикаментозный контроль	19,4	19,2	25
Понимание	15,1	14,3	25
Цикличность	14,1	15,9	20
Эмоциональная репрезентация	19,9	24,2	30

Таблица 3

Депрессия у пациентов, страдающих шизофренией, как фактор, влияющий на напряжённость психологических защит

Напряжённость психологических защит	Средний показатель у всех обследованных пациентов, %	Средний показатель у депрессивных пациентов, %
Отрицание	53,8	55,5
Подавление	40,8	47,3
Регрессия	46,1	56,9
Компенсация	46,7	50,7
Проекция	56,9	67,4
Замещение	27,2	37,6
Интеллектуализация	57,6	57,7
Реактивные образования	53,0	55,4
Напряжённость защит в целом	47,8	53,6

Напряжённость защит в целом у депрессивных пациентов выше среднего уровня, что свидетельствует о большей склонности таких пациентов к искажениям в восприятии реальности и дезадаптивному поведению. Особенно повышен (в сравнении со средним показателем) у депрессивных пациентов уровень напряжённости таких механизмов психологических защит, как замещение, подавление, регрессия и проекция, то есть онтогенетически более древних и примитивных защит.

Выводы

Как показали результаты исследования, наличие депрессивной симптоматики при шизофрении оказывает существенное влияние на внутреннюю картину болезни. Причём, с одной стороны, депрессия при шизофрении ассоциирована с большей критичностью пациентов: у таких пациентов значительно снижена частота анозогнозического типа отношения к болезни; они воспринимают свою болезнь как обладающую большим количеством симптомов, более хроническую и имеющую более серьёзные последствия. А с другой стороны – депрессивная симптоматика коррелирует со склонностью к дезадаптивным формам поведения: у этой группы пациентов заметно повышена частота встречаемости апатического, ипохондрического, дисфорического, эгоцентрического типов реагирования на болезнь, гармоничный тип реагирования на болезнь встречается почти в 4 раза реже, чем в среднем среди всех обследованных пациентов; напряжённость защит в целом у депрессивных пациентов выше среднего уровня, что свидетельствует о большей склонности таких пациентов к искажениям в восприятии реальности и дезадаптивному поведению; особенно повышен у депрессивных пациентов уровень напряжённости таких механизмов психологических защит, как замещение, подавление, регрессия и проекция, то есть онтогенетически более древних и примитивных защит.

Таким образом, для этой группы пациентов необходим комплекс психокоррекционных воздействий, направленный на снижение тревоги относительно тяжести течения болезни, формирование уверенности в возможности благоприятного исхода заболевания при соблюдении режима назначенного врачом лечения. Кроме этого, необходима коррекция дезадаптивных установок и форм поведения.

Исходя из этих особенностей, в Коммунальном объединении Киевского областного совета «Областное психиатрически-наркологическое медицинское объединение» разработан комплекс реабилитационных мероприятий для пациентов, страдающих шизофренией с симптомами депрессии.

Система реабилитационных мероприятий для больных шизофренией с симптомами депрессии. При реабилитации подобных пациентов учитываются следующие моменты. Реабилитационные мероприятия проводятся в определённой последовательности, в зависимости от состояния больного на момент их назначения и с расширением круга мероприятий по мере улучшения этого состояния.

Первый этап – восстановительная терапия.

На этом этапе больной находится ещё в остром состоянии. Главной задачей этого этапа является предотвращение формирования психического дефекта, так называемого «госпитализма», «сползания больного к изоляции». Не менее важной на этом этапе считается задача сохранения и восстановления двигательной активности. Бездеятельность, монотонность, недостаточность контактов с людьми, отсутствие жизненных интересов и перспектив, чувство безнадёжности ведут к возникновению гиподинамии. Для предупреждения этих отрицательных явлений существенное значение имеет правильно проводимая двигательная терапия. На данном этапе пациентам с шизофренической депрессией предлагается лечебная физкультура и спортивный комплекс «Бодифлекс». Упражнения для данной группы пациентов подбираются щадяще, с постепенным и тщательно продуманным увеличением нагрузок, во избежание возникновения чувства неполноценности и негативизма.

Для восстановления и сохранения эмоциональной сферы на этом этапе применяется также танцевально-двигательная терапия. Проведение такой формы работы важно для развития у пациентов чувства сенситивности к своему телу, принятия его, устранения страха перед физическим контактом с другими людьми, правильной оценки эмоциональной экспрессии окружающих и «раскрепощения» собственной, что, как следствие, позволяет расширить поведенческий репертуар и повысить коммуникативные возможности. Метод способствует: мобилизации личностных ресурсов пациента; запуску процессов саморегуляции в организме; улучшению эмоционального и физического состояния путём интеграции психического и телесного; активизирует бессознательное, делая его доступным для вербальной работы и катарсического высвобождения; расширяет коммуникативную сферу; позволяет увеличить функциональные возможности в эмоциональной, когнитивной и телесной областях через специфический контакт с терапевтом и участниками группы [3]. При работе с пациентами, страдающими шизофренией с симптомами депрессии, необходимо преодолевать пессимизм пациентов относительно своих способностей к танцевальным движениям, их нежелание вступать в контакт. Необходимо дать им возможность первое время просто наблюдать, как работают другие группы пациентов, и только затем – подключаться к работе группы.

Также на этапе восстановительной терапии в медицинском объединении большое значение придается проведению арт-терапии. Участие в данной группе не требует наличия у больного каких-либо художественных способностей. В ходе занятий им предлагается использовать изобразительные материалы по своему усмотрению, главным образом, для выражения с их помощью своих чувств и мыслей. Арт-терапия даёт возможность выхода агрессивности и другим негативным чувствам. Применяемая на начальных этапах лечения арт-терапия имеет своей целью стабилизацию состояния больного и его адаптацию к условиям психиатрического

учреждения. Занятия изобразительной деятельностью на этом этапе позволяют пациенту выразить свои переживания, помогают их структурированию и осознанию, а также способствуют установлению контакта больного с окружающими. Кроме того, использование арт-терапевтических приемов на этом этапе позволяет получить дополнительную информацию о содержании внутреннего мира больного и системе его отношений. В процессе групповой арт-терапии участвуют различные психотерапевтические факторы: художественной экспрессии, коммуникативный, интерпретации и вербальной обратной связи. Они оказывают положительное влияние на различные стороны социального функционирования и качества жизни пациентов. Этот процесс сам по себе является лечебным, так как в любой творческой работе задействованы умение владеть собой, ответственность, контроль, выбор и принятие решения. Эти компоненты позволяют личности распознавать себя. В итоге наблюдается упорядочивание поведения, улучшается концентрация внимания, развиваются художественные способности, что способствует позитивному восприятию пациентом себя и окружающего мира. Отмечается и улучшение общего самочувствия [7]. При наличии депрессии в структуре шизофренического психоза важно разрешать пациентам работать в своём собственном темпе, не подгоняя и не навязывая более оптимистичные темы и изобразительные средства, но давая им возможность ознакомиться с результатами творчества других пациентов.

Второй этап – реадаптация.

Задача этого этапа – восстановление приспособляемости к условиям внешней среды. Здесь большое значение имеет трудотерапия с обучением новым навыкам. В медицинском объединении пациенты под руководством труд.инструкторов активно привлекаются к уборке помещений, территорий, закреплённых за отделениями, к мелким ремонтным работам, а также к выращиванию сельскохозяйственных культур. На этом этапе пациентам, страдающим шизофренической депрессией, важно почувствовать свою нужность и полезность, но необходимо вовлекать таких пациентов в трудовую терапию постепенно, с осторожным дозированием нагрузок.

Также на этом этапе проводятся обучающие психотерапевтические группы: студия дизайна, музыкотерапия, киноклуб, психодинамическая группа, образовательнотерапевтическая группа для родственников.

На занятиях студии дизайна пациенты приобретают определённые навыки работы с различными материалами. Это может послужить началом обучения профессиональным навыкам. Занятия в студии способствуют раскрепощению творческого потенциала. У пациентов улучшается моторика, развиваются коммуникативные навыки, вырабатывается творческий подход к решению любых проблем. Пациентам, страдающим шизофренией с симптомами депрессии, показана работа на студии дизайна в небольших группах, состоящих из пациентов с разной патологией, при этом вовлечение в работу происходит естественным путём, во время

работы пациент обычно постепенно «заражается» энтузиазмом своих партнёров. Занятия в студии дизайнера для подобных больных хороши тем, что пациент сразу видит результаты своего труда – за одну сессию обычно удаётся создать законченное изделие, таким образом, закрепляется позитивный опыт, появляется уверенность в себе и своих возможностях, повышается самооценка. Пациент приобретает новые практические навыки, поэтому чувствует свою полезность, особенно если имеет возможность изготовить оригинальные подарки своим близким.

На занятиях музыкотерапии используется благоприятное воздействие музыки на психику человека. Часто проведение музыкотерапии практикуется в сочетании с ароматерапией. В процессе лечения может отмечаться оживление моторики, отмечаются адекватные эмоции и вербальные реакции. У депрессивных больных ставится цель – улучшение настроения, ослабление напряжённости, тревожности, отвлечение от тягостных переживаний. На занятиях музыкотерапии (мелотерапии) участники группы прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, мысли, ассоциации, фантазии, возникающие у них в ходе прослушивания. На одном занятии используют, как правило, три музыкальных произведения. Программа занятия строится на основе постепенного изменения настроения. Первое произведение формирует определённую атмосферу для всего занятия, проявляет настроение группы, налаживает контакты, готовит к дальнейшему прослушиванию. Это спокойное произведение, обладающее расслабляющим действием. Второе произведение – динамичное, напряжённое, несёт основную нагрузку, его функция заключается в стимулировании интенсивных эмоций, воспоминаний, ассоциаций проективного характера из собственной жизни человека. Третье произведение снимает напряжение, создаёт атмосферу покоя. Оно бывает спокойным, релаксирующим, либо, напротив, энергичным, дающим заряд бодрости, оптимизма, энергии. При работе с больными шизофренией с симптомами депрессии особенно важно поощрение любых их эмоциональных реакций во время прослушивания музыкального произведения, поскольку депрессия на фоне эмоциональной уплощённости нередко переживается особенно тягостно, как невозможность выразить и донести своё страдание до окружающих, что создаёт ощущение «отрезанности» от мира и «замороженности». Проявление же чувств под влиянием музыки обычно воспринимается такими больными как облегчение.

На занятиях киноклуба идёт просмотр специально подобранного фильма. Отдаётся предпочтение фильмам философского направления. В ряде картин рассматриваются различные аспекты позитивного мышления, анализируется взаимосвязь наших мыслей, наших отдельных поступков и судьбы в целом. Использование специально подобранных фильмов позволяет оказывать существенное воздействие на эмоциональное состояние людей при минимально затраченных средствах. В одних случаях

фильмы отвлекают человека от тягостных переживаний и направляют его энергию на достижение положительных целей, избавляют от скуки, пробуждают интерес к познанию, в других – заставляют пересмотреть всю свою жизнь, изменить не только отношение к чему-либо, но и всё поведение. Такого рода терапия эффективна потому, что позволяет зрителям идентифицировать себя с героем, и понять, что они не единственные люди с подобной проблемой. По мере того, как герой решает свою проблему, зритель эмоционально включается в процесс и, в конце концов, обретает понимание собственной ситуации. Что особенно важно для пациентов, страдающих шизофренией с симптомами депрессии, такое воздействие совершается исподволь и ненавязчиво.

Для родственников пациентов создана образовательно-терапевтическая группа. Цель этой группы – научить родственников правильному обращению с их психически больными близкими, принятию их болезни, контролю над собственными эмоциями, распознаванию ранних признаков обострения заболевания, в целом попытаться гармонизировать семейные отношения. При работе с родственниками больных, страдающих шизофренической депрессией, большое внимание уделяется раннему распознаванию депрессивных симптомов для уменьшения риска суицидального поведения.

Большое внимание на этом этапе должно уделяться лечению занятостью и развлечениями. Особенно это важно для пациентов с депрессией в структуре шизофрении, которые нередко тяготеют больничной обстановкой, высказывают жалобы на «скуку» и в то же время на неспособность себя ничем занять. В этом направлении в объединении больным предлагаются: настольные игры (шашки, шахматы), кружок художественной самодеятельности, дискотека. Занятия настольными играми способствуют восстановлению и развитию интеллектуальных способностей, развивается память. Также в объединении ежемесячно проводятся концерты художественной самодеятельности, подготовленные силами самих пациентов.

Третий этап – выздоравливающие больные.

На этом этапе особое внимание уделяется выработке мотивации к предстоящей выписке, возвращению в общество. Ко всем прочим группам добавляется группа «Коммуникативные навыки». Задача этого модуля – научить пациентов эффективным навыкам общения, умению правильно решать межличностные проблемы, которые могут возникнуть в процессе общения с другими людьми. Данный тренинг представляет собой структурированную обучающую программу, формирующую навыки социального поведения, необходимые для создания определённой сети социальных контактов и уменьшения стресса, развившегося в результате interpersonalных конфликтов и неудач. Желательными результатами прохождения этих тренингов являются: принятие пациентом себя, своих достоинств и недостатков, осознание собственной ценности, своих возможностей, принятие других людей, умение распознавать своё эмоциональное состояние, мотивы поведения, последствия

поступков, повышение стрессоустойчивости, умения находить собственные ресурсы в трудных ситуациях. Для депрессивных пациентов, страдающих шизофренией, нередко имеет большое значение сама возможность вступать в общение с практически незнакомыми людьми в безопасной обстановке. Снижается тревожность, появляется опыт доброжелательных взаимоуважительных отношений с другими людьми, приобретаются навыки к самоанализу, постепенно приходит осознание негативных паттернов в собственном поведении, формируется умение эффективно решать межличностные проблемы.

Все перечисленные группы проводятся на общепольничном уровне. Ведут эти группы в основном психологи. Кроме этих мероприятий, в каждом отделении дежурным персоналом проводятся по отдельному плану лекции, беседы, кружковая работа.

Также в работе с больными шизофренией с симптомами депрессии чрезвычайно важны индивидуальные беседы с врачом, во время которых важно создать атмосферу доверия и принятия. В беседах необходимо делать акцент на преходящем характере обострений болезни, возможности при адекватном поддерживающем лечении вернуться к прежнему уровню социального функционирования. Крайне важно скорректировать явления стигматизации и самостигматизации, для этого можно коснуться темы широкой распространённости психических заболеваний во всём мире и ложности обыденных представлений о психических болезнях как о чём-то постыдном и страшном. Желательно (анонимно) приводить примеры пациентов, справившихся с болезнью и находящихся в длительной ремиссии после целого ряда обострений. Не следует избегать темы суицидальных мыслей и поступков как наиболее опасных проявлений болезни. Необходимо выяснить отношение пациента к этой проблеме и, при наличии суицидальной настроенности в настоящее время либо в анамнезе, проводить коррекцию этих мыслей, подчёркивая их болезненность и появление к ним критики после окончания обострения заболевания, а также необратимость суицидального поведения, его последствия для родных и близких пациента. Конечной целью индивидуальных бесед является пояснение пациенту механизмов, закономерностей и методов лечения заболевания, формирование более оптимистичного мироощущения пациентов, улучшение комплаенса.

Хочется отметить положительные моменты, проявляющиеся в результате проведения всех этих реабилитационных мероприятий, общую динамику изменений состояния больных шизофренией с симптомами депрессии.

Постепенно улучшается настроение, возрастает оптимизм, увеличивается степень взаимного доверия и откровенности таких пациентов. Растёт их вовлечённость в процесс деятельности и обсуждения. Некоторые, общаясь во время занятий, устанавливают друг с другом более тесные дружеские отношения. Члены групп начинают воспринимать друг друга уже не столько как «пациентов», а как личностей. Всё это способствует

большей активности, созданию продуктивной рабочей атмосферы. Повышается степень осознанности пациентами своих потребностей и переживаний, а это в свою очередь, ведёт к постепенному повышению самооценки и улучшению настроения. Уменьшается актуальность болезненных переживаний, повышаются критические способности, уменьшается стресс от осознания наличия психической болезни – пациенты понимают, что жизнь продолжается, и становятся более устойчивыми к стигматизации. Всё это облегчает возвращение пациента в общество после перенесённого обострения болезни.

Литература:

1. Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии / Под ред. М. М. Кабанова. Л.: Медицина, 1990. С. 8–16.
2. Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. – Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. – СПб.: Издательство: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 50 с.
3. Жарикова А. А. Интегративная танцевально-двигательная психотерапия в системе лечебно-реабилитационных мер для больных с соматоформными расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16. – М., 2010. – 155 с.
4. Кинкулькина М. А. Депрессии при различных психических заболеваниях. Клиника и лечение: автореф. дис. ... доктора мед. наук: 14.00.18. – М., 2007. – 285 с.
5. Конева О. В. Постшизофреническая депрессия: клинические, адаптационные и реабилитационные аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – Томск, 2010. – 210 с.
6. Копытин А. И. Арт-терапия психических расстройств. / А. И. Копытин. – СПб.: Речь, 2011. – 368 с.
7. Смулевич А. Б. Психопатология и клиника депрессий, развивающихся при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5. – № 5. – С. 8.
8. Figueiras M. J., Alves N. C. Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people // Psychology and Health. – 2007. – Vol. 22(2), P. 143–158.
9. Hagger M. S., Orbell S. A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context // Psychology and Health. – 2005. – Vol. 20(2), P. 161–173.
10. Mulholland C., Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management // Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – vol. 6. – P. 169–177.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ІЗ СИМПТОМАМИ ДЕПРЕСІЇ

О. К. НАПРЄСНКО, Г. М. ЗІЛЬБЕРБЛАТ, Н. Є. ІВАЩЕНКО

У статті розглянуто проблему реабілітації хворих на шизофренію, що в структурі психопатологічної симптоматики мають прояви депресії. Наведено результати дослідження внутрішньої картини хвороби у пацієнтів, що страждають на шизофренію з симптомами депресії. На основі результатів дослідження надано схему реабілітаційних заходів, необхідних для таких хворих.

Ключові слова: реабілітація, шизофренія, симптоми депресії, внутрішня картина хвороби

REHABILITATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH SYMPTOMS OF DEPRESSION

O. K. NAPRYEYENKO, G. M. ZILBERBLAT, N. Y. IVASHCHENKO

The article deals with the problem rehabilitation of patients with schizophrenia, that have manifestations of depression in the structure of psychopathology. Research results of internal picture of the disease in patients with schizophrenia with symptoms of depression presented. Based on the results of the study a scheme of rehabilitation measures for such patients provided.

Keywords: rehabilitation, schizophrenia, depression symptoms, internal picture of disease

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

О. В. Піонтковська

ДИТЯЧА ПСИХООНКОЛОГІЯ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1, м. Харків

Ключові слова: психоонкологія, онкологічно хворі діти, психологічна допомога

Рівень дитячої онкологічної захворюваності в Україні становить 10–11 випадків захворювання на 100 тисяч дитячого населення. На обліку в онкологічних установах перебуває близько 5,5 тисяч дітей. Перше місце у структурі злоякісних новоутворень (ЗН) займають лейкози (29%), друге – ЗН головного мозку (16%), третє – лімфоми (13%), четверте – ЗН нирок (7%), п'яте – ЗН кісток, суглобових хрящів та ЗН сполучної та м'яких тканин – по 4% [1]. Близько 4% усіх хворих на ЗН дітей виявляють в IV стадії захворювання.

Онкологічна патологія є досить рідкісною серед дитячого населення, однак смертність від злоякісних новоутворень (ЗН) в структурі дитячої смертності в Україні посідає 5-е місце, поступаючись нещасним випадкам, перинатальній смертності, вродженим аномаліям, хворобам нервової системи. Біля 3/4 дітей з онкологічним захворюванням отримують спеціальне лікування, проте кожна 4-та хвора дитина помирає протягом року з моменту встановлення діагнозу [2–4].

Розглянувши конкретну ситуацію дитячої онкологічної захворюваності в Україні на прикладі м. Харкова та Харківської області, виявлено наступні особливості. Спеціалізована медична допомога надається у дитячих онкологічних, гематологічних відділеннях та відділенні дитячої нейрохірургії (діти з пухлинами ЦНС). Кількість хворих дітей, які знаходяться на диспансерному обліку з приводу онкопатології, кожного року суттєво не змінюється, що обумовлено переходом частини пацієнтів під нагляд лікаря-онколога по досягненню 18-річчя та

смерті хворих на фоні прогресування хвороби, і відповідно виявленням нових випадків захворювання.

За віковою структурою у захворюваності переважає вікова категорія старше 14 років та від 7 до 14 років, що відрізняється від загальноукраїнської захворюваності, де переважає категорія до 4-х років. Найбільш високі показники дитячої онкологічної захворюваності характерні для молодших вікових груп дітей (до 4-х років), надалі спостерігається поступове зниження рівня показників. Рівень захворюваності дівчаток усіх вікових груп є трохи нижче рівня захворюваності хлопчиків. У «підлітковій» групі захворюваність починає зростати, причому у дівчаток показник дещо більше, ніж у хлопчиків (рис. 1).

Структура ЗН у дітей в 2011 р. в цілому не відрізняється від структури у попередніх роках, тоді як кількість пацієнтів за нозологічними формами може відрізнятися. Однак загальна тенденція, оцінюючи захворюваність за 3–4 роки залишається незмінною. Стабільно велика кількість реєструється пацієнтів з пухлинами головного мозку, що за даним захворюваності в Харківській області займають 4-е місце після гемобластозів та пухлин м'яких тканин.

Останні роки відзначається збільшення відсотка направлення хворих з консультативної поліклініки, в той час як скорочується кількість хворих, направлених іншими лікувальними установами.

Частка хворих, виявлених на ранніх стадіях захворювання (I-II стадії по TNM) в 2011 році склала 14,4% (15,4% – у 2009 р., 15,5% – у 2010 році). Відсутність

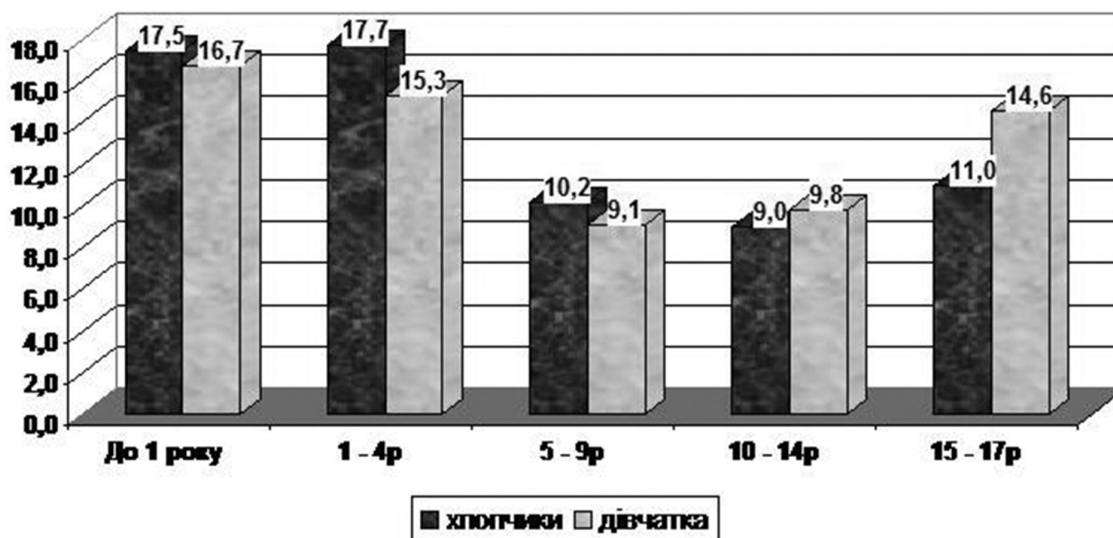


Рис. 1. Дані по захворюваності в Україні по віковим категоріям за 2011 рік

онкологічної настороженості у педіатрів призводить до того, що діти потрапляють у спеціалізовані стаціонари на стадії генералізації процесу. Питома вага ЗН, виявлених вперше в IV стадії захворювання (показник занедбаності) склала в середньому 3,8% (4% – у 2009 та 3,6 – у 2010 роках).

Стан морфологічної діагностики ЗН у дітей в Харківській області за останні роки значно покращився. Кількість морфологічно верифікованих діагнозів зростає з кожним роком і в 2011 році становила в середньому близько 90%. Однак значною залишається частка не-верифікованих діагнозів у випадках захворювання ЗН головного мозку та інших відділів ЦНС.

Позитивним є те, що збільшився рівень охоплення хворих дітей спеціальним лікуванням. Так станом на 2011 рік 84,6% дітей, у яких виявлені онкологічні захворювання, отримали спеціальне лікування протягом року (81,6% – у 2009 і 82,2% – у 2010 роках).

Встановлення онкологічного захворювання у дитини та лікування онкопатології постає не тільки в медичному, але і психологічному та психосоціальному аспектах [2; 5–8]. Подібне поєднання обумовлене складністю та різноплановістю проблем, з якими зіштовхується дитина, її родина, а також особи, залучені до лікування та догляду (медичний персонал, спеціалісти з психічного здоров'я, волонтери, соціальні працівники).

Основними напрямками досліджень у дитячій психології є наступне:

- особистісні особливості та психологічне реагування дітей з онкологічними захворюваннями;
- психічні розлади у онкохворих дітей;
- психологічний стан сиблінгів;
- психологічний стан та психічні порушення у батьків онкохворої дитини;
- вплив онкологічної хвороби дитини на сімейне функціонування;
- вплив онкологічної хвороби дитини на дитячо-батьківські стосунки;
- зміни у подружніх взаємовідносинах у зв'язку з хворобою дитини;
- психосоціальні аспекти функціонування родини з онкохворою дитиною;
- питання психологічної допомоги та супроводу дитини та її родини під час лікування в стаціонарі;
- питання психологічної допомоги та психореабілітації дитини та її родини у період ремісії.

Таким чином, проінформованість та аналіз у кожній конкретній ситуації сутнісних аспектів впливу онкологічного захворювання та дитину та її значиме оточення, в особливості родину, необхідне для розуміння механізмів психологічної адаптації чи дезадаптації до захворювання і відповідно створення ефективних програм психологічної допомоги та психореабілітації.

Особливості психоемоційного стану дитини та її реагування на онкологічне захворювання вивчалися як вітчизняними так і зарубіжними дослідниками [5; 6; 9–15]. Найбільша кількість досліджень психології дітей з онкологічними захворюваннями проведена серед хворих

на онкогематологічні захворювання, значно менше робіт присвячено вивченню психологічного стану дітей з пухлинами головного мозку, ЗН кісток та м'яких тканин та інших ЗН.

В цілому ситуацію важкого соматичного захворювання, яким і постає онкопатологія, порівнюють з кризовим періодом в розвитку дитини, що може супроводжуватися розпадом сформованої соціальної ситуації та виникненням нових життєвих умов, які дефіцитарні для розвитку особистості [16].

Встановлено, що індивідуально-психологічні особливості і психосоматичний розвиток хворих і здорових дітей відрізняються [9; 10; 17; 18]. Важке соматичне захворювання негативно впливає на фізичний та психічний розвиток дитини, уповільнюючи або спотворюючи природний перебіг становлення. Власне дефіцитарність умов розвитку обумовлює необхідність присутності зовнішнього ресурсу (батьки, значимі інші, психологи).

Відношення дитини до захворювання залежить від її віку, рівня інтелектуального розвитку, характерологічних особливостей, особистого досвіду, сприйняття проявів хвороби, тяжкості хвороби, а також визначається уявленням батьків та значимих інших про захворювання. Преморбідні властивості особистості дитини значною мірою сприяють виникненню того чи іншого відношення до захворювання (типу внутрішньої картини хвороби). У цілому негативна психологічна реакція дитини на хворобу негативно позначається на перебігу самої хвороби, підсилює такі її характеристики як швидке погіршення стану, тривалість захворювання, больові відчуття [9; 17; 19].

Описано 3 типи психологічного реагування дитини на захворювання [18]:

1. неспецифічна реакція на хворобу як таку (високий рівень тривожності, зниження самооцінки, почуття провини, замкнутість);
2. специфічна реакція на захворювання як наслідок порушення церебральної гемодинаміки, біохімічних, гормональних, імунних процесів в організмі;
3. психологічна реакція на факт госпіталізації, що особливо виразно виявляється у дітей будь-якого віку як психотравматичний чинник.

Також описано психологічні стадії «переживання» раку дітьми, такі як, розвиток емоційного неспокою; порушення сну; підвищення рівня тривожності; замкнутість; депресивні реакції; регресивні реакції [10].

У будь-якому віці дитина усвідомлює небезпеку та серйозність хвороби, в основі чого лежать як фізичні (тілесні) відчуття (погіршення загального самопочуття, швидка втомлюваність, специфічні симптоми хвороби), так і суто психологічні переживання, які посилюються з тривалістю захворювання та актуалізуються під час загострень хвороби (продовженні хвороби, рецидивах).

Факт госпіталізації для дітей займає перше місце у ряді психотравматичних подій, пов'язаних з хворобою, та часто супроводжувався тривогою, зниженням настрою, порушеннями поведінки. Кожна наступна госпіталізація посилює негативні переживання [8; 10].

Тривалість госпіталізації корелює з виникненням та розвитком ознак психосоціальної дезадаптації після виписки зі стаціонару, що проявляється у ознаках соціальної відгородженості, схильності до усамітнення, зниження комунікабельності, підвищення рівня тривожності.

Найбільш неприємними дітьми називаються діагностичні та лікувальні процедури, в особливості інвазивні (ін'єкції, пункції). Рівень тривоги у дітей під час перебування в стаціонарі і проведення медичних процедур значно перевищує показники здорових однолітків. У ряді робіт відзначається взаємозв'язок рівня тривожності з віком дітей: чим менше вік дитини, що знаходиться в стаціонарі, тим нижче рівень тривожності, що він відчуває [2; 5], тоді як інші дослідники подібних змін не виявляють [8]. Рівень тривожності та стресу є меншим у разі доброзичливої поведінки лікарів [19]. В цілому з часом показники тривожності зменшуються після виписки зі стаціонару та нормалізуються приблизно через 2 роки після закінчення лікування [8; 11; 18; 20].

За даними Н. А. Урядницької [14] процеси психологічної саморегуляції у дітей з онкологічними захворюваннями в період лікування відрізняються від «неонкологічної» популяції по структурним, кількісним і якісним характеристикам. Поведінка хворих дітей характеризується пасивними установками, реакцією уникнення, неконструктивними способами реагування на фруструючі ситуації. В. В. Ніколаєва виявила [17], що у частини обстежених навпаки виникає навпаки «оптимістичність» у якості адаптивної реакції на стрес, яка пов'язана з необхідністю діагностики та лікування, та така, що поєднується з одної сторони з вірою у могутність лікаря та з іншої – заперечення тяжкості хвороби.

Психологічна адаптація дітей до хвороби забезпечується захисними механізмами та оптимістичним настроєм, надією на позитивний результат лікування. Діти, що відносяться до хвороби оптимістично, більшою мірою налаштовані на співпрацю з медичним персоналом, що допомагає швидше адаптуватися до ситуації хвороби та лікування [15; 21 – 24].

За даними зарубіжних вчених самооцінка у дітей з онкологічними захворюваннями в стадії ремісії не відрізняється від показників здорових дітей. Висока самооцінка пов'язана з високим рівнем соціальної підтримки, особливо з боку однолітків [8; 20], рівень мотивації у дітей з онкологічними захворюваннями вище, ніж у здорових однолітків [13; 18].

У дослідженні особистісних властивостей та надання переваг у міжособистісних відносинах дітей з гострими лейкозами (ГЛ) виявлено [13], що діти з ГЛ вище, ніж здорові однолітки, оцінюють власне здоров'я, зовнішність, авторитет у однокласників і успішність в навчанні та очікують від матерів більш високої оцінки власного авторитету. При тривалості ремісії більше 5 років у дітей з ГЛ зростає прагнення до домінування в групі однолітків, а у батьків знижується страх втрати дитини.

За даними іншого дослідження [18] у дітей, які страждають ГЛ, особистісні риси формуються по інфантильному типу, з переважанням високих самооцінок

та очікуваних оцінок, в структурі міжособистісних відносин хворих дітей відображаються специфічні і неспецифічні впливи захворювання.

Після закінчення лікування ступінь соціальної адаптації дітей з онкогематологічними захворюваннями залежить від рівня тривожності матері і ступеня її адаптації до змінених умов; рівня соціальної підтримки, в особливості однолітків; кількості ускладнень після лікування; рівня дистресу, пережитого дитиною під час лікування. Іноді відзначається висока конфліктність у дітей, які пережили онкологічне захворювання, і в їх сім'ях [2; 20]. Однак в інших роботах проявів агресії, порушень в поведінці та соціальній адаптації у таких дітей не виявлено [5].

Діти, як правило, не розуміють причин хвороби, часто розглядають своє захворювання як покарання за погану або заборонену поведінку. Діти молодшого віку вбачають причини виникнення захворювання в порушенні харчування та гігієнічних правил, підлітки відносять до причин хвороби спадкову схильність, а також конфліктні ситуації в школі і в сім'ї [9; 10; 17].

Враховуючи наявність неприємних тілесних відчуттів, повторні госпіталізації до лікарні, неодноразові діагностичні процедури та складне лікування, у дітей починають актуалізуватися думки щодо смерті, які можуть виражатися на символічному підсвідомому рівні (малюнки, ігри) або ж бути представлені у вербальних висловлюваннях (запитаннях та розмовах) [25]. Розуміння смерті у дітей різного віку відрізняється. У перші роки життя розвивається уявлення, що окрім дитини, існують предмети поза нею, формується відчуття безпеки та довіри до близьких. Відповідно порушення у задоволенні потреб дитини, відсутність поряд значимого іншого (батьків, вихователів) викликає тривогу та депресію, що часто виявляються у розладах харчової поведінки. У даному контексті онкологічне захворювання привносить як фізичні страждання з неможливістю задоволення потреб, так і порушення звичної та безпечної обстановки для дитини – вимушена госпіталізація. В дошкільному віці (2–7 років) присутнє магічне мислення з притаманними йому причинністю та приписуванню власним діям того, що сталося. У зв'язку з цим хвороба може сприйматися як результат їх бажань та суджень, тоді як смерть не сприймається як невідворотна. Уявлення дітей молодшого шкільного віку щодо смерті є найбільш варіабельними, набувають значення не лише фантазії, але і об'єктивні факти смерті, формується поняття різниці між живим і неживим, усвідомлюється невідворотність завершення життя, що є універсальним явищем. В даному віковому періоді діти часто вважають, що смерть – це покарання за непослух батькам, «погані чи заборонені» бажання або слова. Уявлення підлітків про смерть вже багато в чому подібні до дорослих: приймається концепція щодо невідворотності та універсальності смерті, психологічні захисти від тривоги, викликані смертю, часто включають заперечення можливості вмирання. Таким чином у дітей молодшого віку увага більш сконцентрована на

ситуативних аспектах, пов'язаних з хворобою (діагностичні та лікувальні процедури), тоді як у дітей старшого віку виникають сутнісно-екзистенційні переживання.

Не зважаючи на тяжкість і страхи за результат захворювання діти схильні не втрачати надію на одужання. Чим старшим є вік дитини, тим вищою виступає потреба у її інформуванні щодо перебігу хвороби та її лікування, що пов'язано з віковою тенденцією до розвитку самостійності, необхідності прийняття власних рішень. Формування уявлення про хвороби істотно залежить від обізнаності дитини про сутність хвороби і лікування [14; 17].

Психічні розлади у дітей і підлітків з лейкозами представлені широким спектром порушень, у більшості випадків не психотичного рівня. Найбільш поширені симптоми астенії, яка, згідно з думкою деяких дослідників [26; 27], завжди супроводжує онкогематологічні захворювання у дітей і являє собою одну з найбільш поширених типів соматогенії. Астенічні розлади виникають задовго до встановлення діагнозу, супроводжують хворобу та посилюються протягом її перебігу, а також залишаються після завершення лікування тривалий час. В процесі специфічного протипухлинного лікування та при його ефективності відзначають зміну співвідношення компонентів, що складають астенічний симптомокомплекс, – помірну редукцію симптомів фізичної астенії та превалювання ознак психічної астенії (труднощі концентрації уваги після нетривалого інтелектуального напруження, явища дратівливої слабкості, виснаженість).

Коло розладів, що формують провідний реактивний симптомокомплекс, значною мірою визначається віком пацієнтів [26]. У групі дітей дошкільного та молодшого шкільного віку домінує місце в структурі синдрому займає невротична симптоматика: страхи, тривога, фобічні і тривожно-фобічні розлади, в той час як порушення настрою не є домінуючими. У підлітків, як молодших, так і старших, серед виступаючих на перший план частіше виявляються психогенно обумовлені афективні (депресивні) стани, а симптоматика тривожно-фобічного ряду є додатковою.

В дитячому віці у зв'язку з домінуванням «афективного рівня реагування» характерними виявляються тривожні, тривожно-фобічні і фобічні синдроми [26]. У пубертатному періоді проявляється переважно «емоційно-ідеаторний рівень реагування», що призводить до появи більш «зрілих» форм реакцій, а симптоматика, типова для молодших дітей, відсувається на другий план.

Спектр психопатологічної симптоматики, що виявляється у дітей і підлітків, які страждають онкогематологічними захворюваннями, досить широкий, найбільш часто вона представлена психопатологічними розладами не психотичного рівня [26]. В невеликому числі випадків присутня коморбідна психічна патологія, що має місце до розвитку онкологічного захворювання, або ж провокована ним.

На початку захворювання виступаюча на перший план астенічна симптоматика, зумовлена насамперед тяжкістю соматичної патології і явищами інтоксикації,

може маскувати і уповільнювати розвиток власне психогенних розладів, які стають більш виразними в міру зниження астенічних проявів. При цьому вік, в якому розвивається онкологічне захворювання, відіграє істотну роль у сприйнятті значимості тих чи інших стресових обставин і оформленні клінічної картини психогенного розладу.

У молодшій віковій групі найбільш стресогенним виявляються фактори «повсякденної лікарняної реальності» – обмеження активності (ігрової, моторної), суб'єктивно тяжкі процедури і маніпуляції, біль, під впливом яких відбувається розвиток психогенно обумовлених страхів, станів тривоги і вторинних по відношенню до них порушень настрою. У групі старших дітей і підлітків провідний стресогенний стимул пов'язаний з побоюваннями соціальних наслідків захворювання, а факт смертельно небезпечної хвороби переломлюється у свідомості насамперед як загроза успішному соціальному функціонуванню, поширюючи негативний вплив на майбутнє життя. Серед психогенних утворень в цій віковій групі переважають реактивно обумовлені розлади настрою. Поведінкові реакції в картині психогенії в таких випадках виступають як вторинні по відношенню до розладів настрою – з прийняттям чи відкиданням ситуації хвороби (або у вигляді тривожної іпохондричної фіксації, або емоційним запереченням і ігноруванням можливих важких наслідків онкологічного процесу) [26].

В даних сучасної вітчизняної та світової літератури показано, що застосування нових протоколів хіміотерапії у лікуванні дітей з ЗН дозволило добитися п'ятирічної виживаності при гострому лімфобластному лейкозі 70 – 80%, неходжкінських лімфомах – 60–70%, лімфогранулематозі – 95%, нефробластомі – 75%, пухлинах кісток та м'яких тканин – 60–65%, ретинобластомі – до 90%, пухлинах головного мозку – 25–60% [4].

Протягом 10 найближчих років більше 1% дорослого працездатного населення у всьому світі будуть складати люди, вилікувані в дитинстві від різних онкологічних захворювань [3; 4].

Протипухлинне лікування чинить вплив на подальший фізичний, інтелектуальний, психологічний розвиток дітей з онкогематологічними захворюваннями, знижує психосоціальну адаптацію. В наслідок терапії знижується якість життя, що відображається на можливості вести повноцінне життя, а саме вчитися, вести активне соціальне життя, створювати власні сім'ї, тоді як виникнення вторинних пухлин несе безпосередню небезпеку для життя [18].

Наслідки протипухлинного лікування гострих лейкозів у дітей описано у багатьох зарубіжних та вітчизняних дослідженнях [5; 18; 27]. У ряді досліджень виявлено, що у дітей з ГЛ, які пройшли курс лікування, IQ нижче від 10 до 20 балів у порівнянні зі здоровими однолітками своєї вікової категорії. Негативні зміни виражаються у нижчих показниках по ряду вищих психічних функцій, таких як: зоровий і слуховий гнозис, слухомовленнєве запам'ятовування, просторові

уявлення та зорово-конструктивна діяльність, довільна увага, довільні рухи. Наявні дані, що у дітей більш раннього віку розвиваються більш виражені негативні прояви когнітивної функції. У дітей з ГЛ в періоді ремісії виявлені наступні порушення поведінки та розвитку: «специфічне порушення розвитку моторних навичок і специфічні порушення навчальних навичок», причому, порушення моторних навичок частіше зустрічаються у дітей з раннім початком захворювання, а відставання у формуванні навчальних навичок достовірно більше у дівчаток [28], тоді як інші дослідники не виявили зв'язку показників інтелекту і навчальної успішності з віком дітей на момент початку захворювання, з отриманням радіотерапії, з отриманням високих доз метотрексату або впливом на ЦНС.

Захворюваність у дітей та підлітків, вилікуваних від ОГЗ вірогідно вища, ніж у онкологічно необтяженій дитячій популяції. В структурі захворюваності три перших рангових місця займають функціональні психічні розлади і розлади поведінки, хвороби системи кровообігу та хвороби шлунково-кишкового тракту, на відміну від популяційних, де на першому місці знаходяться хвороби органів дихання, на другому місці - хвороби кістково-м'язової системи, третє рангове місце займають хвороби органів чуття.

Вивчення захворюваності серед вилікуваних від ГЛ дітей виявило [18], що у групі психічних розладів і розладів поведінки превалювали невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади – у 64,8%, більше, ніж у половині випадків обстежуваних дітей та підлітків, у тому числі, неврастенія – у 59,7% дітей, фобічні тривожні розлади – у 1,9% дітей, невроз нав'язливих рухів – у 2,0% дітей, післяпроменева психопатія – у 0,1% осіб. Емоційні розлади і розлади поведінки: енурез неорганічної природи – у 1,0% дітей, гіперкінетичний синдром – у 0,2% дітей, дефіцит уваги – у 0,1%. На третьому місці – розлади психологічного розвитку, в тому числі: розлад розвитку навчальних навичок – у 0,5% дітей та підлітків. Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами – розлади сну, харчування – відзначалися у 1,7% дітей.

Психічні розлади та розлади поведінки у дітей та підлітків, вилікуваних від пухлин ЦНС і герміноклітинних інтракраніальних пухлин знаходяться на третьому місці та становлять 50,14% випадків; нейробластоми – на першому місці в структурі захворюваності та у 47,5% вилікуваних (превалювали астеничний синдром і неврастенія); ретинобластоми – на четвертому (300 на тисячу вилікуваних дітей); пухлини нирок – на другому (554,8 на тисячу дітей); пухлини печінки – на першому місці (у 50% дітей спостерігалася неврастенія); ЗН кісткової системи – на другому місці, функціональні психічні розлади та розлади поведінки у 57,5% дітей у вигляді неврастенії – у 52,5% дітей, тривожна фобія дитячого віку – у 5% дітей; ЗН м'яких тканин – на третьому – функціональні психічні розлади та розлади поведінки (500 на тисячу дітей); герміноклітинних пухлин – на першому місці знаходяться функціональні психічні розлади

та розлади поведінки (500 на тисячу вилікуваних дітей: функціональні психічні розлади та розлади поведінки – у 60,9% дітей у вигляді неврастенії – у 56,5% обстежуваних дітей, тривожна фобія дитячого віку у 6,5% дітей, 4,4% дітей виявлено логоневроз [18].

За даними дослідження І. В. Ткаченко встановлено [18], що в структурі причин дитячої інвалідності переважають порушення функцій психіки та центральної нервової системи, нервово-психічні та нервово-м'язові порушення, порушення з боку кістково-м'язової системи. Суттєву роль відіграють порушення слуху, зору, а також функціональні порушення при хронічних соматичних хворобах.

Онкологічне захворювання дитини має психотравматичний вплив на батьків [9; 17; 29–32], що проявляється різноманітною психопатологічною симптоматикою (зниження настрою, тривога, порушення сну, дратівливість) під час лікування. Дані прояви повністю не зникають у періоді ремісії, а у разі рецидиву чи продовження хвороби у дитини гостро маніфестують. Психоемоційний стан батьків тісно пов'язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворої дитини. Одночасно психологічне самопочуття дитини залежить від емоційного стану її батьків, в особливості того з них, хто є емоційного ближчим.

Основні проблеми родин, що зіткнулися з онкологічним захворюванням наступні [33]:

1. Емоційні труднощі в:
 - дитячо-батьківських відносинах;
 - подружніх відносинах;
 - стосунках у розширеній родині.
2. Функціональні проблеми:
 - професійні досягнення, кар'єрний ріст, самореалізація членів родини;
 - можливості сімейного відпочинку;
 - перерозподіл функціональних ролей та обов'язків.
3. Проблеми, пов'язані зі взаємодією з соціумом (стигматизація, соціальна самоізоляція).
4. Фінансові труднощі (лікарські засоби, перебування у стаціонарі, транспортні витрати та ін.).

У сфері дитячо-батьківських відносин порушення найчастіше виражають у гіперопіці, часто у поєднанні з позицією самовідречення, що сприяє швидкому виснаженню, або ж навпаки відкидання дитини з наступним дистанціюванням, що провокує виникнення інтенсивного почуття провини та самоосуду. При наявності у родині інших дітей, яким часто приділяється менше уваги та турботи, у батьків може з'являтися відчуття власної некомпетентності та батьківське почуття провини.

Наростання негативних емоцій у родині може вилитися у пошук винних у хворобі дитини, що дестабілізує родину та робить її більш уразливою до стресів, унеможливує отримання допомоги всередині сім'ї. Проявами психологічної дезадаптації на рівні сім'ї є приховування діагнозу або важливої інформації щодо стану дитини від одного з членів родини, відсутність відкритої комунікації, ізоляція.

Ускладнює психологічну адаптацію батьків незадовільний стан їх фізичного та психічного здоров'я,

наявність «непережитого горя чи втрати», що резонує з ситуацією хвороби дитини, незадовільні комунікативні здібності та конфліктність.

Потреба у догляді за хворою дитиною зазвичай обумовлює перерозподіл ролей у родині: матері залишаються з дитиною у стаціонарі, тоді як батьки стають основними здобувачами фінансів на лікування. Це часто супроводжується для матерів звільненням з роботи, а для батьків суттєвим робочим перевантаженням, пошуком другої роботи, її зміною на більш прибуткову на противагу власним вподобанням та перспективам.

Напруження виникає також і у подружніх стосунках, що проявляється непорозуміннями та виникненням конфліктів, дистанціюванням один від одного, скороченням або повною відсутністю сексуальних стосунків, розлученнями.

Високий рівень стресу виявляють у братів та сестер хворої дитини, що пов'язано як з безпосередньо реагуванням на хворобу близької людини, так і зміною звичного укладу та ритму життя, зменшенням турботи та уваги батьків, зростання сімейного напруження, матеріальними обмеженнями [34; 35].

Так як «левова» частина бюджету родини йде на лікування хворої дитини у більшості випадків не залишається коштів на організацію сімейного відпочинку, враховуючи також потребу у постійному лікуванні та перебуванні у стаціонарі.

В цілому під час лікування дитини у стаціонарі батьки відчувають дуже високий рівень тривожності, причому матері – більш високий, ніж батьки [36–38]. Для матерів характерні: наявність високої особистісної тривожності, негативне ставлення до себе, низьке самоприйняття, почуття провини, негативні емоції. У більшості матерів складається особливий стереотип ставлення до хворої дитини: неусвідомлюване емоційне відкидання дитини поєднується з авторитарним контролем психічного і тілесного життя дитини з тенденцією до гіперопіки. В результаті дитина стає залежною від матері, у неї формується почуття провини, безпорадності і роздратування.

У ряді робіт наведено дані, що у сім'ях дітей, які страждають ГЛ, формуються негармонійні стилі батьківського виховання з переважанням гіперпротекції, тоді як батьківський стиль гіперпротекції перешкоджає успішній соціальній адаптації дітей, що страждають ГЛ [6; 18]. Батьківське ставлення характеризується страхом втрати дитини, невпевненістю у правильності обраної виховної стратегії, нерозвиненістю і розширенням сфери батьківських почуттів, переважанням жіночих якостей.

Якість адаптації батьків до ситуації хвороби пов'язана з якістю життя хворої дитини. Рівень дистресу матері при постановці діагнозу впливає на подальше материнську поведінку під час хвороби дитини і на її подальшу психологічну адаптацію [38]. Більшість дослідників повідомляють про високий рівень психіатричної симптоматики і психосоціального дистресу у батьків і матерів хворих дітей [5]. Основні порушення – це нав'язливі

стани або думки, симптоми посттравматичного стресу, депресивні стани і порушення сну.

Батьки застосовують різні стратегії протидії хворобі: примирення з ситуацією, уникнення, релігійна стратегія, стратегія очікування соціальної допомоги, оптимістичний настрій (the reliance on predictive control), надія на лікарів (vicarious control), надія на удачу або щасливий випадок (illusory control), збирання інформації (interpretative control). Стили адаптації до хвороби матерів та батьків відрізняються. Батьки частіше використовують активні стратегії, а матері – пасивні.

Різноманітність проблем у дитячій психоонкології обумовлює і багаторівневість та різносторонність психологічної та психосоціальної допомоги і психореабілітації дітей та членів їх родини.

Основними завданнями психологічної допомоги дітям, які хворіють на онкологічне захворювання є:

- нормалізація психоемоційного стану дитини;
- виявлення та корекція чинників психологічної та психосоціальної дезадаптації;
- психологічна адаптація до ситуації хвороби та потреби у лікуванні;
- робота зі специфічними страхами у разі госпіталізації (маніпуляції, ін'єкції, діагностичні дослідження);
- підтримання та сприяння нормальному віковому психічному розвитку дитини;
- актуалізація внутрішнього потенціалу дитини;
- сприяння психосоціальній адаптації після виписки зі стаціонару.

Основними завданнями психологічної допомоги членам родини дітей, які хворіють на онкологічне захворювання є:

- нормалізація психоемоційного стану та навчання способам його саморегуляції;
- гармонізація дитячо-батьківських стосунків;
- гармонізація подружніх стосунків;
- сприяння адаптивному функціонуванню сімейної системи у стресовій ситуації;
- підвищення комунікативної компетентності та навчання адаптивним способам копіюгу;
- сприяння психосоціальній адаптації під час лікування та після виписки зі стаціонару.

Важливими етапами, на яких психологічна допомога особливо необхідна, є період діагностики, госпіталізації, перебування у стаціонарі та період виписки, рецидив хвороби, також психологічний супровід дітей та їх родин під час ремісії або ж надання допомоги батькам дітей «після втрати».

Основними принципами психологічної допомоги у дитячій психоонкології є послідовність, системність, методичність, комплексність, а також урахування вікових особливостей дітей та взаємодія зі значимим оточенням дитини. Таким оточенням звичайно є батьки, сибси (брати та сестри) та члени розширеної родини (дідуся та бабусі), а також медичні працівники, волонтери, соціальні працівники, психологи, які тісно залучені до допомоги у даній сфері.

У роботі з дітьми найбільш застосовуваними є арт-терапія, музикотерапія, казкотерапія, які виявили себе

як доступні, прості та ефективні методи у вирішенні основних психологічних проблем онкохворих дітей [39–43]. Тоді як для роботи з батьками проводяться, окрім вищеназваних, психоосвітні програми та інші види психотерапії в залежності від напрямку професійної підготовки спеціаліста, який надає психологічну або психотерапевтичну допомогу [44; 45]. Психоосвітні програми, комунікативні тренінги, балінтовські групи – форми допомоги медичному персоналу. У зарубіжній практиці стандартна медична допомога доповнюється потужним психосоціальним компонентом – включенням благодійних, громадських організацій та волонтерського руху до допомоги хворим дітям та їх сім'ям.

Щодо ситуації з приводу психологічної та психосоціальної допомоги дітям та членам їх родини з онкологічною патологією в Україні, варто зазначити відсутність чітких стандартів та алгоритмів надання подібної допомоги, що виражається, у тому числі, у недостатній кількості або часто відсутності спеціалістів з психічного здоров'я (психологів, лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів) у лікувально-профілактичних та профільних закладах, недостатньою залученістю психосоціального компоненту допомоги (громадські організації, волонтери).

Таким чином, широкий спектр психологічних проблем у дитячій психоонкології та значимість збереження та підтримання фізичного і психічного здоров'я дитини і членів її родини, високої якості життя та можливості повноцінного функціонування, обумовлюють актуальність подальших досліджень у даній області і розробку ефективних програм та стандартів медико-психологічної допомоги і психореабілітації.

Література:

1. Рак в Україні, 2010 – 2011 / З. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, О. Л. Гулак [та ін.] // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – 2012. - № 13. - 118 с.
2. Курс лекцій по паліативній допомозі онкологічним больним / Под ред. Новикова Г. А., Чиссова В. И., Модникова О. П. – М., 2004. – Т.2. – 486 с.
3. Ковалев Д. В. Злокачественные опухоли у детей / Д. В. Ковалев, П. В. Копосов, В. И. Ковалев. - М.: ЭликсКом, 2004. –324 с.
4. Румянцев А. Г. Достижения и перспективы развития высоких технологий в детской гематологии и онкологии / А. Г. Румянцев // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2007. - № 3. – С. 7 – 25.
5. Psycho-Oncology / Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobsen P. B. [and oth.]. – Oxford University press, 2010. – 745 p.
6. Досимов А. Ж. Психологический статус детей с острым лимфобластным лейкозом в ремиссии / А. Ж. Досимов, И. Г. Киян // Детская онкология. – 2008. - № 1. – С. 54 – 58.
7. Шевченко Н. Ф. Якість життя в умовах хронічної хвороби: медичні й психологічні аспекти // Матеріали II Всеукраїнського психологічного конгресу, присвяченого 110 річчю від дня народження Г. С. Костюка (19-20 квітня 2010 року). Т. II. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. - С. 347 – 350.
8. Eiser C. Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology / C. Eiser, J. J. Hill, Y. H. Vance // J Pediatr Psychol. – 2000. - № 25(6). – P. 449 – 460.
9. Арина Г. А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г. А. Арина, Н. А. Коваленко // Школа здоровья. – 2005. - №3. – 350 с.
10. Исаев Д. Н. Внутренняя картина болезни у детей с острыми лейкозами / Д. Н. Исаев, И. К. Шац // Педиатрия. – 2005. - №4. – С. 35 – 39.

11. Киян И. Г. Тревожность у детей, страдающих острым лимфобластным лейкозом / И. Г. Киян // Школа здоровья. - М., 2002. - №3. – С. 36 – 41.
12. Киян И. Г. Предпочтения в межличностном общении у детей, страдающих острым лимфобластным лейкозом / И. Г. Киян // Вопросы гематологии /онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2003. - №2. – С. 23 – 28.
13. Киян И. Г. Самооценка детей, страдающих острым лимфобластным лейкозом / И. Г. Киян // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2002. - №2. – С. 14 – 17.
14. Урядницкая Н. А. Особенности психологической адаптации к лечению детей с онкопатологией / Н. А. Урядницкая, М. А. Бялик, Е. И. Моисеенко // Вопросы онкологии. – 1997. – Т.43, N 4. – С. 461 – 464.
15. Li H. C. The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being / H. C. Li, O. K. Chung, S. Y. Chiu // Cancer Nurs. – 2010. – Vol. 33. – Issue 1. – P. 47 – 54.
16. Зейгарник Б. В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь. – М.: 1980. – 244 с.
17. Николаева, В. В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: Автореф. дис. . канд. психол. наук / В. В. Николаева. – М., 1992. – 44 с.
18. Ткаченко И. В. Состояние здоровья детей и подростков, излеченных от онкогематологических заболеваний : дис. ... канд. мед. н. : 14.00.09 / Ирина Владимировна Ткаченко. – М., 2009. – 268 с.
19. Children's memories for painful cancer treatment procedures: implications for distress / E. Chen, L. K. Zeltzer, M. G. Craske [and oth.] // Child Dev. – 2000. - № 71(4). – P. 933 – 947.
20. Identity in Adolescent Survivors of Childhood Cancer / Avi Madan-Swain, R.T. Brown, M. A. Foster [and oth.] // J. Pediatr. Psychol. – 2000. – Vol. 25 (2). – P. 105 – 115.
21. Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study / Li H. C., Chung O. K., Ho K. Y. [and othr.] // Psychooncology. – 2011. – Vol. 20. – Issue 9. – P. 969 – 976.
22. Coping with pediatric cancer: strategies employed by children and their parents to manage cancer-related stressors during treatment / A. K. Hildenbrand, K. J. Clawson, M. A. Alderfer [and oth.] // J Pediatr Oncol Nurs. – 2011. – Vol. 28. – Issue 6. – P. 344 – 354.
23. Grootenhuis M. A. Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature / M. A. Grootenhuis, B. F. Last // Support Care Cancer. – 1997. - № 5(6). – P. 466 – 484.
24. The effect of Achievement orientation on response to success and failure in pediatric cancer patients / T. D. Elkin, J. P. Whelan, A. W. Meyers [and oth.] // J Pediatr Psychol. – 1998. - № 23(1). – P. 67 – 76.
25. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
26. Кравченко Н. Е. Психические расстройства у детей и подростков с гемобластомами во время первичной госпитализации в онкологический стационар / Н. Е. Кравченко, О. А. Суетина, Ю. А. Ходакова // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. - №2. – С. 23 – 27.
27. Кенжегулова Р. Б. Нервно-психические расстройства у детей с острым лейкозом на этапах программной химиотерапии / Р. Б. Кенжегулова, К. О. Омарова, С. В. Скляр // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты). Тезисы докладов. – Томск, 2010. – С.91 – 93.
28. Комплексная реабилитация детей в ремиссии острого лимфобластного лейкоза в условиях санатория / И. Д. Бородина, О. Г. Желудкова, Н. Е. Филипова [и др.] // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2003. - №1. – С. 31 – 35.
29. Писаренко Н. А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии / Н. А. Писаренко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. - №3. – С. 39 – 41.
30. Parental perceptions of health-related quality of life in children with leukemia in the second week after the diagnosis: a quantitative model / M. Tremolada, S. Bonichini, G. Altoè [and oth.] // Support Care Cancer. – 2011. – Vol. 19. – Issue 5. – P. 591 – 598.
31. Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment / H.

- Maurice-Stam, F. J. Oort, B. F. Last [and othr.] // *Psychooncology*. – 2008. – Vol. 17. – Issue 5. – P. 448 – 459.
32. Goldbeck L. The impact of newly diagnosed chronic paediatric conditions on parental quality of life / L. Goldbeck // *Qual Life Res*. – 2006. – Vol. 15. – Issue 7. – P. 1121 – 1131.
 33. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара / С. В. Климова, Л. Л. Микаэлян, Е. Н. Фарух [и др.] // *Журнал практического психолога*. – 2009. – N 2. – С. 87-102.
 34. Assessing psychological adjustment in siblings of children with cancer: parents' perspectives / G. Cordaro, L. Veneroni, M. Massimino [and othr.] // *Cancer Nurs*. – 2012. – Vol. 35. – Issue 1. – P. 42 – 50.
 35. Siblings of pediatric cancer patients: the quantitative and qualitative nature of quality of life / W. Packman, J. Greenhalgh, B. Chesterman [and othr.] // *J Psychosoc Oncol*. – 2005. – Vol. 23. – Issue 1. – P. 87 – 108.
 36. Fletcher P. C. My child has cancer: the costs of mothers' experiences of having a child with pediatric cancer / P. C. Fletcher // *Issues Compr Pediatr Nurs*. – 2010. – Vol. 33. – Issue 3. – P. 164 – 184.
 37. Fathers' views and understanding of their roles in families with a child with acute lymphoblastic leukaemia: an interpretative phenomenological analysis / K. Hill, A. Higgins, M. Dempster [and othr.] // *J Health Psychol*. – 2009. – Vol. 14. – Issue 8. – P. 1268 – 1280.
 38. Clarke J. N. Mother's home healthcare: emotion work when a child has cancer / J. N. Clarke // *Cancer Nurs*. – 2006. – Vol. 29. – Issue 1. – P. 58 – 65.
 39. Шалина, О. С. Психодиагностика детей и подростков с онкологическими заболеваниями в период адаптации к стационарному лечению / О. С. Шалина, Е. Е. Насиновская, Е. И. Моисеенко // *Вопросы психологии*. – 2009. – № 6. – С. 22–31.
 40. McCarthy P. G. Therapeutic scrapbooking: a technique to promote positive coping and emotional strength in parents of pediatric oncology patients / P. G. McCarthy, J. G. Sebaugh // *J Psychosoc Oncol*. – 2011. – Vol. 29. – Issue 2. – P. 215 – 230.
 41. Askins M. A. Psychosocial support of the pediatric cancer patient: lessons learned over the past 50 years / M. A. Askins, B. D. Moore // *Curr Oncol Rep*. – 2008. – Vol. 10. – Issue 6. – P. 469 – 476.
 42. Rollins J. A. Tell me about it: drawing as a communication tool for children with cancer / J. A. Rollins // *J Pediatr Oncol Nurs*. – 2005. – Vol. 22. – Issue 4. – P. 203 – 221.
 43. Seitz D. C. Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature / D. C. Seitz, T. Besier, L. Goldbeck // *Psychooncology*. – 2009. – Vol. 18. – Issue 7. – P. 683 – 690.
 44. Development of a health-related website for parents of children receiving hematopoietic stem cell transplant: HSCT-CHESS / D. K. Mayer, S. Ratichek, H. Berhe [and othr.] // *J Cancer Surviv*. – 2010. – Vol. 4. – Issue 1. – P. 67 – 73.
 45. Mundle D. R. Extensive experience in supporting dying children / D. R. Mundle // *Klin Padiatr*. – 2002. – Vol. 214. – Issue 4. – P. 252 – 254.

ДЕТСКАЯ ПСИХООНКОЛОГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

О. В. ПИОНТКОВСКАЯ

Онкологическое заболевание у ребенка и его лечение является важным не только в медицинском, но и психологическом и психосоциальном аспектах. Основными направлениями исследований в детской психологии являются: личностные особенности и психологическое реагирование детей с онкологическими заболеваниями, членов их семьи; психические расстройства у онкобольных детей; влияние болезни на семью, детско-родительские и супружеские отношения; аспекты психологической и психосоциальной помощи во время лечения и после выздоровления.

Широкий спектр психологических проблем в детской психонкологии и значимость сохранения и поддержания физического и психического здоровья ребенка и членов его семьи, высокого качества их жизни и возможности полноценного функционирования, обуславливают актуальность дальнейших исследований в данной области и разработку эффективных программ и стандартов психологической, психосоциальной помощи и психореабилитации.

Ключевые слова: психонкология, онкобольные дети, психологическая помощь

CHILDREN PSYCHOONCOLOGY: PROBLEMS AND SOLUTIONS

O. V. PIONTKOVSKAYA

Oncological diseases in children and its treatment appear not only in the medical but also psychological and psychosocial aspects. The main areas of research in child psychology are: personal characteristics and psychological responses of children with cancer, their family members; mental health disorders in children with cancer; the impact of the disease on families, parenting and marital relationships; psychological and psychosocial aspects of care during treatment and after recovery.

A wide range of psychological problems in children with cancer and significance of preserving and maintaining physical and mental health, quality of life, determine the urgency of further research in this area and the development of effective programs and standards of psychological, psychosocial care and psychological rehabilitation.

Keywords: psychooncology, children with cancer, psychological help

НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-05. 47-037

И. С. Рыткис

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ДОМИНИРУЮЩИХ МОТИВОВ КУРЕНИЯ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

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

Ключевые слова: молодежь, студенты, табакокурение, личностные особенности, мотивы курения

На сегодняшний день одной из наиболее актуальных проблем общества является широкое распространение курения. Контингент курильщиков опасно молодеет, а табакокурение продолжает оставаться одной из распространенных вредных привычек среди молодежи. По данным Всемирной организации здравоохранения за последние 5 лет Украина входит в группу стран, где ситуация с распространением табакокурения признаётся катастрофической – к курению ежегодно приобщаются 500 тысяч молодых людей [1]. Поскольку курение является сложным поведенческим актом, на его возникновение и становление влияет множество факторов. Анализ этих факторов может считаться одним из наиболее перспективных направлений в системе мер, целью которых является снижение доли курящего населения, особенно в молодежной среде [2].

В некоторых исследованиях изучаются такие характеристики личности, как нервозность, эмоциональная незрелость, неумение контролировать свое поведение и регулировать удовлетворение своих потребностей, ложная система ценностей. Показано, что низкая самооценка, депрессивность и тревожность тесно коррелируют с курительным поведением [3]. Ряд данных указывают на то, что табакокурение в молодом возрасте связано со стрессогенными условиями жизни, внешним locus контроля [4; 5]. В целом, исследования, признающие в качестве основных причин начала курения личностные особенности, разноречивы и фрагментарны.

Целью нашей работы явилось изучение взаимосвязи личностных особенностей и доминирующих мотивов курения при привычном курении и на инициальных этапах формирования табачной зависимости у студенческой молодежи.

Материал и методы исследования. Генеральную совокупность составили 1500 студентов Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького и 1000 студентов Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова. Статус курения студентов оценивался по следующим параметрам: с целью выявления наличия и степени выраженности табачной зависимости у курящих молодых людей использован тест Фагерстрёма [6], для уточнения мотивации курения – методика исследования типа курительного поведения Д. Хорна (D. Horn, 1969) [7]. Психодиагностическое исследование, направленное на изучение особенностей личностно-динамического паттерна

дезадаптации студентов, проводилось нами с применением методики диагностики самооценки Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина [8], личностной шкалы проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т. А. Немчина) [9], методики самооценки психических состояний по Г. Айзенку и методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Page [8].

Статистическая обработка результатов проводилась в пакетах статистического анализа MedStat (Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, 2004) [10], Statistica Neural Networks 4.0 (StatSoft Inc., 1999).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что 1449 студентов ($57,9 \pm 0,9\%$) Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького и Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова положительно ответили на вопросы о курении. Курение у студентов представлено в двух различных клинических разновидностях: привычка к курению и начальная стадия формирования табачной зависимости.

Привычка к курению ($51,4 \pm 1,3\%$ студентов) характеризовалась эпизодическим, прерывистым и контролируемым характером потребления никотина без явлений зависимости. На начальных этапах формирования никотиновой зависимости у студентов ($48,6 \pm 1,3\%$) курение принимало систематический характер с появлением желания покурить, снижением способности контролировать курение и повышением переносимости негативного действия никотина, вследствие чего отмечалось употребление все большего количества сигарет и/или переход на более крепкие сигареты, кроме того изменялся и стереотип курения – затяжки сигаретного дыма стали глубокими и более продолжительными по времени.

Анализируя типы курительного поведения студентов, получены следующие результаты: у большинства из них диагностировался смешанный тип ($72,1 \pm 1,5\%$), при этом у $50,5 \pm 1,7\%$ молодых людей доминировал тип «расслабление»; у $49,5 \pm 1,7\%$ человек – «поддержка», у $28,8 \pm 1,5\%$ студентов – «стимуляция» и у $27,1 \pm 1,5\%$ человек – «ритуальные действия или игра с сигаретой». Кроме того, тип курительного поведения, направленный на желание получить расслабляющий эффект от курения, выявленный у $50,5 \pm 1,7\%$ студентов, указывает на тот факт, что курение в молодом возрасте тесно связано со стрессовыми ситуациями: студенты курят, чтобы справиться с раздражением, гневом, преодолеть

застенчивость, снизить эмоциональное напряжение, а также получить поддержку и одобрение окружающих. Кроме того практически половина респондентов ($49,5 \pm 1,7\%$) используют курение как поддержку при нервном напряжении, при этом именно этот тип курительного поведения чаще встречается у девушек ($63,5 \pm 1,2\%$).

Проведенное с помощью методики Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина исследование позволило выявить высокий уровень реактивной тревожности у $69,3 \pm 1,8\%$ курящих лиц на инициальном этапе формирования табачной зависимости и $31,4 \pm 1,3\%$ студентов с привычкой к курению, средний уровень демонстрировали $22,7 \pm 1,8\%$ студентов с начальными проявлениями никотиновой зависимости и $46,9 \pm 1,3\%$ студентов с привычным курением. Высокий уровень личностной тревожности демонстрировали $62,9 \pm 1,6\%$ студентов с формирующейся зависимостью и $23,2 \pm 1,3\%$ лиц с привычкой к курению, средний уровень – наблюдался у $35,4 \pm 1,8\%$ лиц с начальными проявлениями никотиновой зависимости и у $52,6 \pm 1,3\%$ студентов без явлений никотинизма. Реактивная тревожность у студентов с начальными проявлениями никотиновой зависимости характеризовалась чувством практически постоянного напряжения, беспокойства и нервозностью, личностная тревожность – проявлялась устойчивой склонностью воспринимать широкий круг социальных ситуаций как угрожающие, реагировать состоянием тревоги. Кроме того, обнаружена статистически значимо ($p < 0,001$) большая выраженность как реактивной, так и личностной тревожности у студентов с инициальными проявлениями табачной зависимости ($53 \pm 0,8$ и $49 \pm 0,6$ баллов соответственно), чем у студентов с привычным курением ($41 \pm 0,4$ и $38 \pm 0,6$ баллов соответственно).

Аналогичные тенденции были обнаружены при анализе результатов, полученных с помощью личностной шкалы проявлений тревоги. Так, у большинства ($72,5 \pm 1,3\%$) студентов, курение которых носило привычный характер, уровень тревоги соответствовал среднему уровню с тенденцией к высокому ($19 \pm 0,3$ баллов), в то время как у студентов с начальным этапом формирования табачной зависимости, уровень тревоги оказался значительно выше и соответствовал высокому ($37 \pm 0,6$ баллов, $48,7 \pm 1,2\%$) или очень высокому ($44 \pm 0,2$ баллов, $32,1 \pm 1,8\%$).

При исследовании конституционально-обусловленных особенностей эмоционального состояния курящих студентов – тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности – с помощью методики Г. Айзенка нами было выявлено, что в высокий уровень тревожности ($18 \pm 0,2$ баллов) был характерен для $54,6 \pm 2,8\%$ и средних ($11 \pm 0,3$ баллов) – для $34,5 \pm 2,7\%$ курящих студентов с инициальным этапом формирования табачной зависимости, которые демонстрировали мнительность, впечатлительность, повышенную восприимчивость к негативным жизненным событиям, неуверенность, гипертрофированное чувство ответственности во всех сферах жизни, беспокойство по поводу возможных

неудач. У большинства студентов с привычкой к курению ($72,3 \pm 2,1\%$) обнаружен средний уровень тревожности ($9 \pm 0,6$ баллов).

Высокий уровень фрустрации ($19 \pm 0,3$ баллов) был выявлен у $69,3 \pm 2,8\%$ студентов с инициальными проявлениями табачной зависимости, в то время как у лиц с привычным курением уровень фрустрации оказался средним ($9 \pm 0,6$ баллов, $72,4 \pm 2,3\%$). Курящие студенты с выраженным состоянием фрустрации обнаруживали депрессивное поведение, тревожность, фрустрационную агрессию, которая была направлена и на самих себя, и на окружающих.

Кроме того, более высокий уровень агрессивности демонстрировали молодые курильщики этапе формирования никотиновой зависимости (высокий уровень – $18 \pm 0,3$ баллов – $32,9 \pm 2,6\%$ лиц, средний уровень – $10 \pm 0,4$ баллов – $45,4 \pm 2,8\%$ респондентов), что проявлялось в несдержанности, трудностях во взаимодействии с окружающими, склонности к провоцированию конфликтных ситуаций, стремлении к лидерству, неумении прислушиваться к мнению собеседника, желании оставлять за собой последнее слово и завышенной самооценке.

Аналогичные тенденции наблюдались при исследовании уровня ригидности курящих лиц на инициальном этапе формирования никотиновой зависимости. Так, высокого уровня ригидность ($19 \pm 0,3$ баллов) наблюдалась у $33,5 \pm 2,8\%$ студентов этой группы, среднего, $9 \pm 0,1$ баллов – у $25,6 \pm 2,5\%$, в то время как у большинства ($65,4 \pm 3,8\%$) студентов с привычным курением уровень ригидности соответствовал низкому. Состояние ригидности проявлялось в психологическом консерватизме и негибкости личности: инертности мышления, плохой переключаемости внимания, тенденции планировать свои действия заранее, нежелании менять привычки, упрямстве.

Таким образом, для большинства курящих студентов характерны высокий уровень тревожности и фрустрации, которые свидетельствуют о низком уровне адаптации обследованных молодых людей. Повышение тревоги сопровождается нарастанием внутреннего напряжения, необходимость выхода которого ведёт к задействию психологических защитных механизмов (вытеснения, замещения, рационализации, проекции и пр.). Поскольку среди курящих студентов как на начальных этапах формирования табачной зависимости, так и при привычном курении, большинство из них демонстрируют повышенный уровень тревожности, можно сделать вывод о том, что они посредством выкуривания сигарет пытаются ослабить тревогу, т.е. курение в данном случае выступает в роли одного из защитных (адаптогенных) механизмов.

Анализируя результаты, полученные с помощью методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, у большинства курящих студентов с инициальными проявлениями табачной зависимости ($60,5 \pm 1,3\%$) выявлен сниженный уровень стрессоустойчивости.

С целью уточнения влияния личностных факторов на инициацию курения среди студенческой молодежи нами

был проведен корреляционный анализ, который позволил выявить достоверно значимые связи между выраженностью табачной зависимости и типом курительного поведения и уровнем реактивной тревоги (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) по шкале Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина, выраженностью личностной шкалы проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т. А. Немчина), показателями методики самооценки психических состояний по Г. Айзенку, уровнем стрессоустойчивости.

Так, обнаружена значимая положительная корреляционная связь между выраженностью табачной зависимости на инициальном этапе ее формирования у студентов и реактивной тревогой ($r=0,353$ при $p=0,0015$), личностной тревожностью ($r=0,582$ при $p=0,045$), выраженностью личностной шкалы проявлений тревоги по Дж. Тейлору ($r=0,233$ при $p=0,0018$), тревожностью ($r=0,384$ при $p=0,032$), фрустрацией ($r=0,183$ при $p=0,036$), агрессивностью ($r=0,412$ при $p=0,003$), ригидностью ($r=0,348$ при $p=0,045$) и низким уровнем сопротивляемости стрессу ($r=-0,138$ при $p=0,002$).

Кроме того, у курящих студентов с начальными проявлениями формирования никотиновой зависимости доминировали типы курительного поведения «снятие тревожности» и «расслабление», которые были корреляционно связаны с выраженностью реактивной тревоги ($r=0,331$ при $p=0,0004$ и $r=0,331$ при $p=0,0004$ соответственно), личностной тревожностью ($r=0,348$ при $p=0,0459$ и $r=0,231$ при $p=0,0012$ соответственно), выраженностью личностной шкалы проявлений тревоги по Дж. Тейлору ($r=0,279$ при $p=0,045$ и $r=0,523$ при $p=0,002$ соответственно), тревожностью ($r=0,321$ при $p=0,000204$ и $r=0,131$ при $p=0,003$ соответственно), фрустрацией ($r=0,485$ при $p=0,002$ и $r=0,341$ при $p=0,0001$ соответственно), агрессивностью ($r=0,279$ при $p=0,0001$ и $r=0,247$ при $p=0,0004$ соответственно), ригидностью ($r=0,534$ при $p=0,0001$ и $r=0,331$ при $p=0,0002$ соответственно) и низким уровнем сопротивляемости стрессу ($r=-0,167$ при $p=0,02$ и $r=-0,213$ при $p=0,0004$ соответственно).

Таким образом, психологические условия, а именно, личностные, поведенческие особенности, а также негативные воздействия близкого окружения влияют на приобщение молодых людей к курению. Низкая толерантность студентов к внешним воздействиям, ухудшающим здоровье и препятствующим развитию

личности как целостной системы, включает как индивидуально-личностные, поведенческие факторы, так и определенное отношение к окружающим социальным факторам. По нашему предположению, к личностным характеристикам, повышающим риск начала курения и способствующим формированию устойчивой привычки к курению с последующим развитием никотиновой зависимости можно отнести высокий уровень реактивной тревоги и личностной тревожности, фрустрации, агрессивности со склонностью к рискованному поведению, ригидности на фоне низкой стрессоустойчивости, а среди побуждающих мотивов к курению доминировали снятие тревожности и расслабление.

Література:

1. Лінський, І. В. Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку / І. В. Лінський, О. І. Мінко, Е. Б. Первомайський співавт. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 2. — С. 44–58.
2. Nichter, M. Gendered Dimensions of Smoking Among College Students. / M. Nichter, E. E. Lloyd-Richardson, B. Flaherty et al. // Journal of Adolescent Research. — 2006. — N 215. — Vol. 21. — P. 215-244.
3. Morrell H. E. R. Depression vulnerability predicts cigarette smoking among college students: Gender and Negative reinforcement expectancies as contributing factors. / H.E.R. Morrell, L.M. Cohen, D.E. McChargue, // Addictive Behaviors. — 2010. — Vol. 35.- P. 607-611.
4. Полякова, О. Н. Стресс: причины, последствия, преодоление / О. Н. Полякова; под ред. А. С. Батуева. СПб.: Речь, 2008. - 144 с.
5. Карякина С. Н. Характеристика учебного стресса студентов младших и старших курсов высшего учебного заведения / С. Н. Карякина // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. - 2010. № 2—3. С. 210—215.
6. Fagerström K. Measuring the degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment / K. Fagerström // Addict Behav. — 1978. — P. 235-241.
7. Ikard, F. A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect / F. Ikard, D. Green, D. Horn // Int. J. Addict. — 1969. — N. 4. — P. 649-659.
8. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 533 с.
9. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т. А. Немчина) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И. Б. Дерманова. - СПб., 2002. С.126-128.
10. Лях, Ю. Е. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко и соавт. // — Д.: Папакица Е. К., 2006. — 214с.

ОЦІНКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ДОМІНУЮЧИХ МОТИВІВ КУРІННЯ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

І. С. РИТКІС

У статті наведені дані про взаємозв'язок між рівнем реактивної тривоги, особистісної тривожності, агресивності, фрустрації, стресостійкості і ступенем тютюнової залежності за Фагерстромом та типом курильної поведінки на ініціальному етапі формування тютюнової залежності та при звичному палінні у студентської молоді.

Ключові слова: студенти, тютюнова залежність, особистісні особливості, мотиви паління

ASSESSMENT THE RELATIONSHIP PERSONALITY CHARACTERISTICS AND DOMINATING SMOKING MOTIVES IN STUDENTS

I. RYTKIS

The paper presents data on the relationship between level of reactive anxiety, trait anxiety, aggression, frustration, stress and degree of tobacco dependence by Fagerstromom type and smoking behavior in the initial stage of the formation of tobacco dependence and habitual smoking in at students.

Keywords: students, tobacco dependence, personality traits, motives addiction

УДК 616.89

Н. В. Побережная
ФАКТОРЫ РИСКА, ВЕДУЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Ключевые слова: пивной алкоголизм, подростки

По данным ВОЗ среди 40 стран Европы Украина является абсолютным лидером по количеству подростков и молодых людей, регулярно употребляющих алкоголь (в т. ч. пиво и слабоалкогольные напитки) [1]. По мнению ряда авторов, в возрасте 14–16 лет до 76% подростков уже имеют опыт употребления алкоголя низкой крепости [10]. С 1993 по 2003 гг. подростков (15–16 лет), перенесших алкогольный психоз, увеличилось в 3,7 раза, молодых людей (17–19 лет) – почти в 8 раз [3; 5]. Среди обратившихся за помощью к наркологам, примерно в 15–20% случаев диагностирован «пивной алкоголизм» [7].

За последние годы употребление пива в стране возросло в 40 раз [2; 11]. По данным специалистов, этому способствовали следующие факторы: высокая доступность напитка, разнообразие марок и его широкий ассортимент с содержанием алкоголя от 5% и более, убежденность населения в безопасности пива, семейная предрасположенность, лояльное отношение в обществе и агрессивная телевизионная реклама [8].

Доказано, что систематическое употребление пива вызывает ускоренный тип течения алкогольной зависимости в среднем за 2–3 года, т. н. «пивной алкоголизм». Он проходит три закономерные стадии: психическую зависимость, затем физическую, на фоне которых формируется органический дефект личности со специфическими чертами – абстинентными психозами и последующей глубокой социальной дезадаптацией. Ранний пивной алкоголизм характеризуется быстрым нарастанием изменений личности, напоминающим алкогольные энцефалопатии с дистрофией в головном мозге, иногда частично обратимые при отказе от спиртосодержащих напитков. Постоянное употребление пива сказывается не только на психическом, но и соматическом здоровье человека. Регулярный повышенный объем жидкости увеличивает нагрузку на сердце, почки, а содержащиеся в нем соли тяжелых металлов (кобальт, кадмий, медь и др.) постепенно формируют состояние хронического отравления организма [13]. Также соли кадмия нарушают обмен ряда необходимых микроэлементов, угнетают ферменты пищеварения и синтез ряда гормонов, негативно влияя на сперматогенез у мужчин, и также вызывают угрозу заболевания раком молочной железы у женщин [12]. В пиве содержатся растительные аналоги женских половых гормонов, которые у юношей подавляют выработку метилтестостерона, что ведет к развитию вторичного гипонадизма и копулятивной дисфункции [14]. Наконец, пивной алкоголизм у молодых людей серьезно сказывается на учебе, трудоспособности, отношениях с

родителями и окружающими, способствует делинквентному поведению в обществе.

Вышеизложенное делает очевидным актуальность поисковых решений в сфере лечения и профилактики состояний пивной зависимости у молодых людей.

В основу нашей работы положены результаты комплексного исследования 393 человек, которые проводились на базе Донецкого профессионального лицея коммунального хозяйства, Макеевского медицинского училища и Донецкого профессионально-технического училища № 22, в том числе из них 205 обследуемых из училищ и 188 обследуемых из лицей.

Инструментом исследования была специально разработанная карта, состоящая из 47 пунктов, в том числе 9 пунктами, связанными с социально – демографическими характеристиками обследуемого контингента. По возрасту обследуемые распределились следующим образом: 15–16 лет – 144 человека, 17–18 лет – 194 человека, 19–22 года – 55 человек. По полу: мужчин – 248 человек, женщин – 145 человек.

По результатам комплексного исследования на выявления пивной зависимости по тесту AUDIT у данного контингента обследуемых (n=393 чел) были выявлены следующие закономерности: у 193 (49,1%) человек не выявлено признаков алкогольной зависимости, у 132 (33,5%) обследуемых выявлено чрезмерное или рискованное употребление пива, у 23 (5,8%) обследуемых выявлено употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) и у 45 (11,4%) человек наблюдается формирование пивной алкогольной зависимости (F10.24). По информации Минздрава, на Украине 1% подростков ежедневно употребляют алкогольные напитки.

Указанные нами данные по употреблению спиртных напитков и формированию алкогольной зависимости у лиц молодого возраста, учащихся техникумов и лицеев выше, чем приведенные данные Минздрава свидетельствуют о том, что пивной алкоголизм в настоящее время является актуальной проблемой, особенно среди лиц молодого возраста и требует пристального внимания к разработке новых подходов методов психокоррекции и психопрофилактики данного контингента.

Нами была проанализирована взаимосвязь социально – демографических характеристик с риском возникновения и формирования алкогольной зависимости, связанной с употреблением пива.

В Таблицах 1–5 представлено распределение больных по возрасту, уровням урбанизации, образованию, материально-бытовым условиям, употреблению спиртных напитков в семьях, уровню воспитания и др.

Таблица 1

Распределение исследуемого контингента, употребляющего спиртные напитки по возрасту

Возраст, лет	Лица без алкогольной зависимости (n=193 чел)		Лица, употребляющие чрезмерно алкоголь (пиво) (n=132 чел)		Лица, употребляющие пиво с вредными последствиями (F10.1) (n=23 чел)		Лица с формированием пивной алкогольной зависимости (F10.24) (n= 45 чел)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
15–16	90	22,9	35	8,9	6	1,5	13	3,3
17–18	85	21,6	63	16,1	13	3,3	22	5,6
19–22	18	4,6	34	8,6	4	1,1	10	2,5
Всего	393	100	393	100	393	100	393	100

Таблица 2

Распределение исследуемого контингента по уровням урбанизации

Место жительства	Лица без алкогольной зависимости (n=193 чел)		Лица, употребляющие чрезмерно алкоголь (пиво) (n=132 чел)		Лица, употребляющие пиво с вредными последствиями (F10.1) (n=23 чел)		Лица с формированием пивной алкогольной зависимости (F10.24) (n=45 чел)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Крупный индустриальный город	95	24,2	85	21,6	13	3,3	9	2,3
Небольшой город	56	14,2	37	9,4	7	1,8	2	0,6
Поселок	16	4,1	6	1,5	-		10	2,5
Село	26	6,6	4	1,1	3	0,7	24	6,1
Всего	393	100	393	100	393	100	393	100

Таблица 3

Распределение исследуемого контингента по уровням образования

Образование	Лица без алкогольной зависимости (n=193 чел)		Лица, употребляющие чрезмерно алкоголь (пиво) (n=132 чел)		Лица, употребляющие пиво с вредными последствиями (F10.1) (n=23 чел)		Лица с формированием пивной алкогольной зависимости (F10.24) (n=45 чел)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Общее среднее	190	48,3	132	33,7	23	5,8	45	11,5
Средне спец.	3	0,7						
Всего	393	100	393	100	393	100	393	100

Таблица 4

Материально-бытовые условия исследуемого контингента

Материально-бытовые условия	Лица без алкогольной зависимости (n=193 чел)		Лица, употребляющие чрезмерно алкоголь (пиво) (n=132 чел)		Лица, употребляющие пиво с вредными последствиями (F10.1) (n=23 чел)		Лица с формированием пивной алкогольной зависимости (F10.24) (n=45 чел)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Удовлетворительные	165	41,9	114	29,1	19	4,8	24	6,1
Неудовлетворительные	28	7,1	18	4,6	4	1,1	21	5,3
Всего	393	100	393	100	393	100	393	100

Таблица 5

Распределение исследуемого контингента по принятию участия в его воспитании

Участие в воспитании исследуемого контингента	Лица без алкогольной зависимости (n=193 чел)		Лица, употребляющие чрезмерно алкоголь (пиво) (n=132 чел)		Лица, употребляющие пиво с вредными последствиями (F10.1) (n=23 чел)		Лица с формированием пивной алкогольной зависимости (F10.24) (n=45 чел)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Родители и др. родственники	175	44,5	90	22,9	14	3,5	16	4,07
Сестра/брат	11	2,7	5	1,2	1	0,2	3	0,7
Другие родственники	5	1,2	15	3,8	2	0,5	6	1,5
Школа-интернат	2	0,5	22	5,5	6	1,5	20	5,08
Всего	393	100	393	100	393	100	393	100

Обследуемый контингент был разделен на 3 группы, согласно формирования пивной алкогольной зависимости.

Так, представленные в Таблице 1 данные свидетельствуют о том, что наиболее подвержены риску возникновения и формирования алкогольной зависимости лица в возрасте от 17 до 18 лет. В остальных группах исследования в возрастной категории от 15 до 22 риск возникновения пивной алкогольной зависимости минимален.

Анализ социальных и демографических данных (Табл. 2) показывает, что жителей крупного индустриального города, а также небольшого города включая поселок в группе без наличия алкогольной зависимости было 167 (42,5%) человек. В группе, где подростки чрезмерно употребляют алкоголь 128 (32,6%) человек, в группе употребляющих алкоголь с вредными последствиями 20 (5,1%) лиц и в группе с формированием пивной алкогольной зависимости 21 (5,3%) человек. В селе проживали в 1 группе 26 (6,6%) человек, во 2 группе 4 (1,1%) человека, в 3 группе 3 (0,7%) обследуемых и в 4 группе 24 (6,1%). Данные, приведенные в Таблице 2, свидетельствуют о том, что лица молодого возраста, чрезмерно употребляющие и употребляющие с вредными последствиями пиво, являются преимущественно жителями крупного индустриального города, а лица с формированием синдрома зависимости в результате употребления пива являются в основном жителями села.

По уровню образования (Табл. 3): в группе без наличия алкогольной зависимости 190 (48,3%) человек имеют общее среднее образование, 3 (0,7%) человека со средне-специальным образованием. В трех остальных группах: только с общим средним образованием 200 (51%).

По опросах по материально-бытовым условиям жизни (Табл. 4): в группе без наличия алкогольной зависимости 165 (41,9%) человек проживают в удовлетворительных материально-бытовых условиях, 28 (7,1%) в неудовлетворительных условиях. В трех остальных группах: удовлетворительные материально-бытовые условия имеют 157 (40%), неудовлетворительные 43 (11%).

Данные, приведенные в Таблице 5 указывают, что в группе без наличия алкогольной зависимости 175 (44,5%) воспитывались родителями либо бабушками

и дедушками, 11 (2,7%) воспитывались сестрами либо братьями, 5 (1,2%) другими родственниками и 2 (0,5%) школой интернатом. Во 2 группе 90 (22,9%) воспитывались родителями, 5 (1,2%) воспитывались сестрами либо братьями, 15 (3,8%) другими родственниками и 22 (5,5%) школой интернатом. В двух остальных группах: воспитание родителей 30 (7,6%), братьями или сестрами 4 (1,01%), 8 (2,03%) – другими родственниками и школой-интернатом 26 (6,6%) человек.

Анализ Таблицы 5 показывает, что дети-сироты, воспитываемые в школах-интернатах, дети из неполных семей, а также воспитываемые другими родственниками наиболее часто употребляют пиво с дальнейшим формированием пивной алкогольной зависимости.

Как видно из приведенных выше данных, наиболее высокий риск возникновения и формирования пивной алкогольной зависимости в возрасте 17–18 лет, где лица молодого возраста являются преимущественно жителями крупного индустриального города и жителями села, имеющие в основном общее среднее образование и воспитывающиеся в семьях с родителями или в школе-интернате. Вышеизложенное говорит о важности актуальности проблемы пивной зависимости и необходимости уделять более пристальное внимание контингенту данного молодого возраста.

Полученные данные о факторах риска, социально – демографических данных, особенностях распространенности пивного алкоголизма среди лиц молодого возраста будут использованы в разработке психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий у лиц молодого возраста, употребляющих пиво.

Литература:

1. Аносова Е. В. Факторы, способствующие формированию пивного алкоголизма у подростков / Аносова Е. В., Бозушевская Ю. В. // Молодежная наука: от фундаментальной идеи до инновационных проектов: 73 итоговая межвуз. конф. студентов и молодых ученых, Курск, 15-16 апр., 2008. 4.1.- Курск, 2008.- С. 238-2393.
2. Табачников С. И., Песиков Я. С., Зинченко Е. Н., Гатицкая А. Э. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях. – Киев – Донецк: «Медицина Тонких энергий», 2010. – 96с
3. Гатицкая А. Э. Общая характеристика и методы исследования больных с алкогольной зависимостью // Архів психіатрії. – 2010. – Т. 16, №1(60). – С. 55 – 57

4. Еникеева Д. Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков : учеб. пособие / Д. Д. Еникеева. – М. : Академия, 1999. – 144 с. – (Педагогическое образование).
5. Новикова И. А. Социально-психологические особенности алкоголизации подростков/ И. А. Новикова, П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев // Экология человека. – 2008. – №7. – С. 30-34.
6. Ковалев А. А., Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом. // Наркология. – 2009. – № 5. – С. 56 - 58
7. Ковалев А. А. Клинические особенности форм злоупотребления алкоголем у больных пивным алкоголизмом. // Наркология. – 2009. – № 4. – С. 78 - 82
8. Нужный В. П., Рожанец В. В. Пиво в Российской Федерации: новая реальность. // Наркология. – 2007. – № 3. – С. 30 – 42.
9. Г. П. Павловская, Ю. Н. Ружников Пивной алкоголизм: дебют и исход // Известия Уральского государственного университета. — 2004. — Т. 32. — С. 157-160.
10. Нужный В. П. Сравнительное исследование психофизиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка / В. П. Нужный, Ю. Д. Пометов, А. В. Ковалева и соавт. // Вопросы наркологии. – 2003. – №2. – С.22-35.
11. Щербакова Н. Н. Распространенность потребления алкоголя, слабоалкогольных напитков и пива среди подростков : пути законодательного решения проблемы / Н. Н. Щербакова // Официальные документы в образовании. – 2004. – № 36. – С.75-84.
12. S. Possemiers, A. Heyerick, V. Robbens, D. de Keukeleire, W. Verstraete // Activation of proestrogens from hops (*Humulus lupulus* L.) by intestinal microbiota; conversion of isoxanthohumol into 8-prenylnaringenin // Journal of Agricultural and Food Chemistry. 2005.- V.53.- P. 6281-6288 .
13. Лавренева Г. В. Пиво и здоровье / Г. В. Лавренева – СПб.: Диалог, 2001. –112 с.
14. A. Sierksma, T. Sarkola, C. J. P. Eriksson, M. S. Van der Gaag, D. E. Grobbee, H. F. J. Hendriks // Effect of moderate alcohol consumption on plasma dehydroepiandrosterone sulfate, testosterone, and estradiol levels in middle-aged men and postmenopausal women: A diet-controlled intervention study // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2004.- V.28.- P.780-785.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПИВНОГО АЛКОГОЛІЗМУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Н. В. ПОБЕРЕЖНАЯ

Представлено результати комплексного дослідження 393 осіб молодого віку технікумів та ліцеїв міста Донецька. Згідно поставлених цілей та задач дослідження були виявлені з основної групи (n=393) хворі з діагнозом F10.1 – 58% особи молодого віку, а з діагнозом F10.24 – 11,45%. Були проаналізовані соціально-демографічні характеристики та фактори ризику даного контингенту та виявлен зв'язок з виникненням та розвитком пивного алкоголізму у даних осіб молодого віку.

GENERAL CHARACTERISTIC AND METHODS OF RESEARCH OF BEER YOUNG PEOPLE WAS REVEALED

N. V. POBEREZHNYAYA

The results of complex examination of young people, students of Donetsk technical schools and colleges, are presented. According to the aims of investigation the main group of patients (n=393) was formed, including patients with diagnoses: F10.1-58% and F10.24 – 11,45%. Social – demographic characters and risk factors of this contingent were analyzed and connection with the rise and development of beer young people was revealed.

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

О. В. Друзь

ДИНАМІКА АФЕКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПІОЇДІВ, ПРОТЯГОМ ДЕТОКСИКАЦІЇ

Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ

Ключові слова: залежність від опіоїдів, синдром відміни, детоксикація, афективна симптоматика, динаміка

Вступ

Відомо, що в процесі свого розвитку залежність від будь-яких психоактивних речовин (ПАР) «обростає» численними супутніми психічними та поведінковими розладами. Так, зокрема, у хворих наркологічного профілю (в тому числі, і у осіб залежних від опіоїдів) облігатними є афективні розлади [1–4]. Вони безпосередньо пов'язані зі стрижневою ознакою станів залежності – потягом до об'єкту зловживання [5–10].

З одного боку, афективні розлади створюють додаткову мотивацію для вживання опіоїдів, а з іншого – є одними з наслідків такого вживання [11–13]. В будь-якому разі, вони є одним з факторів, що сприяють прогресуванню основного захворювання – хімічної залежності [14–16]. Відомо, наприклад, що період переходу від активної залежності до тверезого способу життя, супроводжується докорінною зміною існуючих стереотипів і посиленням афективних розладів, що створює реальну загрозу рецидиву [17–19]. Саме в цьому періоді найбільш яскраво представлені всі характерні

особливості афективної сфери особи, які в подальшому істотно впливають на перебіг основного захворювання у цілому.

Ось чому метою цього дослідження стала оцінка динаміки афективної симптоматики депресивного кола у осіб, залежних від опіоїдів, протягом детоксикації.

Матеріали та методи дослідження. Всього було обстежено 540 осіб (чоловіків), в тому числі 270 осіб основної групи, що мали залежних від опіоїдів (шифр діагнозу F11.2 за МКХ-10), а також 270 осіб без ознак залежності від ПАР (контрольна група). Відомо, що ризик формування як залежності від опіоїдів, так і афективних розладів істотно залежить від віку особи та рівня її освіти. Також відомо, що і залежність від опіоїдів, і афективні розлади поширені в регіонах України досить нерівномірно. Ось чому, контрольна група формувалась методом «парного підбору» по відношенню до основної, таким чином, щоб зазначені соціально-демографічні характеристики її членів (вік на момент обстеження, рівень освіти та регіон мешкання), а також додаткова характеристика

4. Еникеева Д. Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков : учеб. пособие / Д. Д. Еникеева. – М. : Академия, 1999. – 144 с. – (Педагогическое образование).
5. Новикова И. А. Социально-психологические особенности алкоголизации подростков/ И. А. Новикова, П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев // Экология человека. – 2008. – №7. – С. 30-34.
6. Ковалев А. А., Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом. // Наркология. – 2009. – № 5. – С. 56 - 58
7. Ковалев А. А. Клинические особенности форм злоупотребления алкоголем у больных пивным алкоголизмом. // Наркология. – 2009. – № 4. – С. 78 - 82
8. Нужный В. П., Рожанец В. В. Пиво в Российской Федерации: новая реальность. // Наркология. – 2007. – № 3. – С. 30 – 42.
9. Г. П. Павловская, Ю. Н. Ружников Пивной алкоголизм: дебют и исход // Известия Уральского государственного университета. — 2004. — Т. 32. — С. 157-160.
10. Нужный В. П. Сравнительное исследование психофизиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка / В. П. Нужный, Ю. Д. Пометов, А. В. Ковалева и соавт. // Вопросы наркологии. – 2003. – №2. – С.22-35.
11. Щербакова Н. Н. Распространенность потребления алкоголя, слабоалкогольных напитков и пива среди подростков : пути законодательного решения проблемы / Н. Н. Щербакова // Официальные документы в образовании. – 2004. – № 36. – С.75-84.
12. S. Possemiers, A. Heyerick, V. Robbens, D. de Keukeleire, W. Verstraete // Activation of proestrogens from hops (*Humulus lupulus* L.) by intestinal microbiota; conversion of isoxanthohumol into 8-prenylnaringenin // Journal of Agricultural and Food Chemistry. 2005.- V.53.- P. 6281-6288 .
13. Лавренева Г. В. Пиво и здоровье / Г. В. Лавренева – СПб.: Диалог, 2001. –112 с.
14. A. Sierksma, T. Sarkola, C. J. P. Eriksson, M. S. Van der Gaag, D. E. Grobbee, H. F. J. Hendriks // Effect of moderate alcohol consumption on plasma dehydroepiandrosterone sulfate, testosterone, and estradiol levels in middle-aged men and postmenopausal women: A diet-controlled intervention study // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2004.- V.28.- P.780-785.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПИВНОГО АЛКОГОЛІЗМУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Н. В. ПОБЕРЕЖНАЯ

Представлено результати комплексного дослідження 393 осіб молодого віку технікумів та ліцеїв міста Донецька. Згідно поставлених цілей та задач дослідження були виявлені з основної групи (n=393) хворі з діагнозом F10.1 – 58% особи молодого віку, а з діагнозом F10.24 – 11,45%. Були проаналізовані соціально-демографічні характеристики та фактори ризику даного контингенту та виявлен зв'язок з виникненням та розвитком пивного алкоголізму у даних осіб молодого віку.

GENERAL CHARACTERISTIC AND METHODS OF RESEARCH OF BEER YOUNG PEOPLE WAS REVEALED

N. V. POBEREZHNYAYA

The results of complex examination of young people, students of Donetsk technical schools and colleges, are presented. According to the aims of investigation the main group of patients (n=393) was formed, including patients with diagnoses: F10.1-58% and F10.24 – 11,45%. Social – demographic characters and risk factors of this contingent were analyzed and connection with the rise and development of beer young people was revealed.

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

О. В. Друзь

ДИНАМІКА АФЕКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПІОЇДІВ, ПРОТЯГОМ ДЕТОКСИКАЦІЇ

Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ

Ключові слова: залежність від опіоїдів, синдром відміни, детоксикація, афективна симптоматика, динаміка

Вступ

Відомо, що в процесі свого розвитку залежність від будь-яких психоактивних речовин (ПАР) «обростає» численними супутніми психічними та поведінковими розладами. Так, зокрема, у хворих наркологічного профілю (в тому числі, і у осіб залежних від опіоїдів) облігатними є афективні розлади [1–4]. Вони безпосередньо пов'язані зі стрижневою ознакою станів залежності – потягом до об'єкту зловживання [5–10].

З одного боку, афективні розлади створюють додаткову мотивацію для вживання опіоїдів, а з іншого – є одними з наслідків такого вживання [11–13]. В будь-якому разі, вони є одним з факторів, що сприяють прогресуванню основного захворювання – хімічної залежності [14–16]. Відомо, наприклад, що період переходу від активної залежності до тверезого способу життя, супроводжується докорінною зміною існуючих стереотипів і посиленням афективних розладів, що створює реальну загрозу рецидиву [17–19]. Саме в цьому періоді найбільш яскраво представлені всі характерні

особливості афективної сфери особи, які в подальшому істотно впливають на перебіг основного захворювання у цілому.

Ось чому метою цього дослідження стала оцінка динаміки афективної симптоматики депресивного кола у осіб, залежних від опіоїдів, протягом детоксикації.

Матеріали та методи дослідження. Всього було обстежено 540 осіб (чоловіків), в тому числі 270 осіб основної групи, що мали залежних від опіоїдів (шифр діагнозу F11.2 за МКХ-10), а також 270 осіб без ознак залежності від ПАР (контрольна група). Відомо, що ризик формування як залежності від опіоїдів, так і афективних розладів істотно залежить від віку особи та рівня її освіти. Також відомо, що і залежність від опіоїдів, і афективні розлади поширені в регіонах України досить нерівномірно. Ось чому, контрольна група формувалась методом «парного підбору» по відношенню до основної, таким чином, щоб зазначені соціально-демографічні характеристики її членів (вік на момент обстеження, рівень освіти та регіон мешкання), а також додаткова характеристика

(служба у лавах збройних сил) відповідали аналогічним характеристиками членів основної групи.

Порівняльний аналіз динаміки зворотного розвитку афективних розладів під впливом терапії у виділених здійснювався за допомогою повторних досліджень з використанням шкали Hamilton-21 для оцінки депресії (Hamilton depression rating scale – HDRS) [20; 21].

Обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз, розрахунок діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності (МІ) для діагностичних ознак, що оцінюються, з метою подальшого їхнього використання у послідовній процедурі Вальда для розпізнавання якісно відмінних станів) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003» [22; 23].

Результати та обговорення. Розподіли обстежених різних груп порівняння за результатами дослідження, виконаного з використанням шкали Hamilton-21, подано на рисунку 1. Добре помітно, що всім пацієнтам, залежним від опіоїдів, на висоті синдрому відміни притаманні високі рівні виразності депресії за шкалою Hamilton-21 (від 26 (min) до 42 (max) балів при середніх значеннях $34,01 \pm 0,17$ балів, що відповідають критеріям великого депресивного епізоду.

В процесі детоксикації (на 10 день з моменту початку терапії) виразність депресії за шкалою Hamilton-21 в групі осіб, залежних від опіоїдів, достовірно ($p < 0,001$) зменшилась до 3 (min) – 19 (max) балів при середніх значеннях $10,35 \pm 0,17$ балів (Табл. 1). При цьому, 5 осіб (1,85 % від загальної численності групи) продовжували відповідати критеріям великого депресивного епізоду (>16 балів за шкалою Hamilton-21), 242 особи (89,63% від загальної численності групи) – критеріям малого депресивного епізоду (7–16 балів за шкалою Hamilton-21)

і, нарешті, ще 23 особи (8,52 % від загальної численності групи) – критеріям відсутності будь-якого депресивного епізоду (<7 балів за шкалою Hamilton-21).

Не дивлячись на таке істотне зниження в процесі детоксикації, рівень депресії у осіб, залежних від опіоїдів на десятий день лікування все одно достовірно ($p < 0,001$) перевищував відповідний рівень у практично здорових осіб (0 (min)–12 (max) балів при середніх значеннях $5,02 \pm 0,14$ балів (Табл. 1).

При цьому, жодна особа не відповідала критеріям великого депресивного епізоду (>16 балів за шкалою Hamilton-21), 73 особи (27,04 % від загальної численності групи) відповідали критеріям малого депресивного епізоду (7–16 балів за шкалою Hamilton-21), а переважна більшість (197 осіб або 72,96% від загальної численності групи) – критеріям відсутності будь-якого депресивного епізоду (<7 балів за шкалою Hamilton-21).

Зазначена різниця в рівнях депресії, оцінених за шкалою Hamilton-21, між практично здоровими особами і особами, залежними від опіоїдів, наприкінці курсу детоксикації змушує уважніше придивитись до того, які саме симптоми зробили в неї найбільший внесок (Табл. 1, рис. 2).

Як можна бачити (рис. 2), з восьми найбільш впливових симптомів депресії (за шкалою Hamilton-21) три позиції займають різні види інсомнії (в порядку зменшення: пізня ($\Delta L = 0,83 \pm 0,05$ балів при $p < 0,001$), рання ($\Delta L = 0,46 \pm 0,05$ балів при $p < 0,001$) та середня ($\Delta L = 0,31 \pm 0,04$ балів при $p < 0,001$)). Це спостереження добре узгоджується із поширеними уявленнями, адже порушення сну є облігатними і сталими симптомами синдрому відміни та раннього постабстинентного періоду. Далі, в порядку зменшення впливовості, слідує: критичність ставлення до хвороби ($\Delta L = 0,62 \pm$

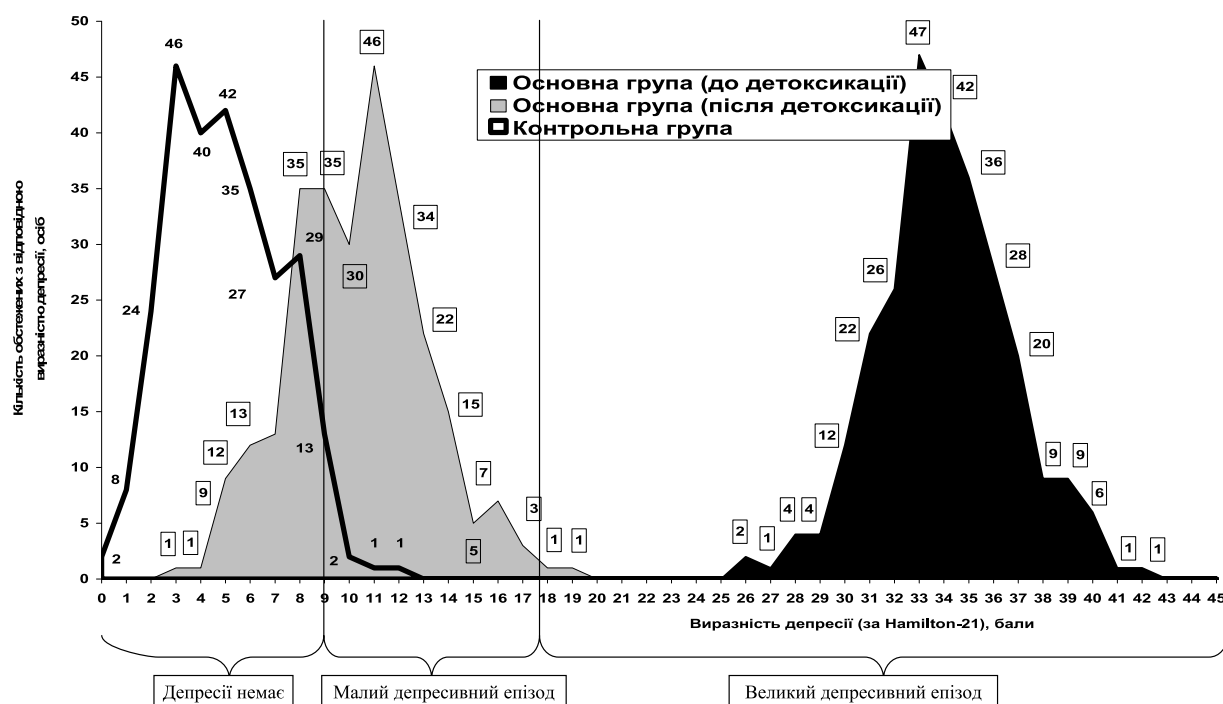


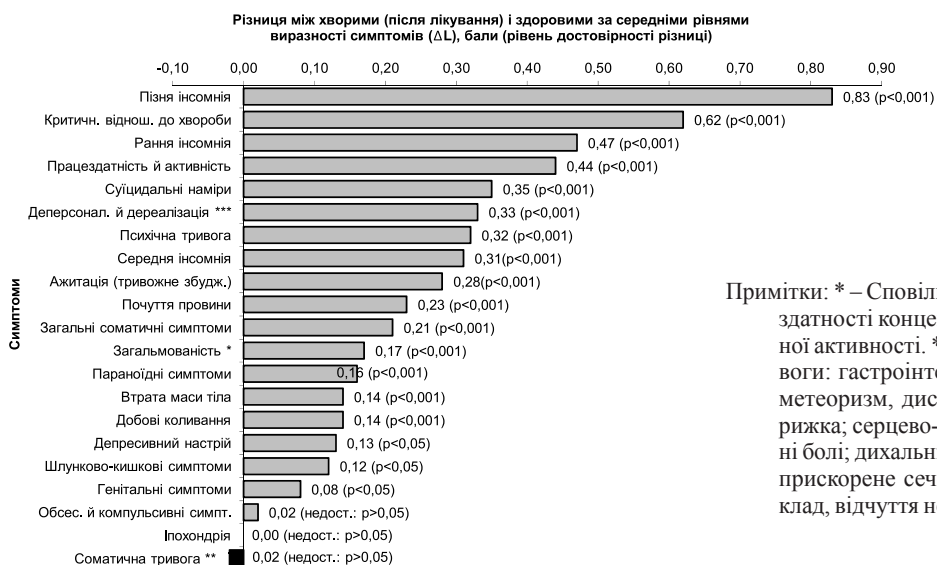
Рисунок 1. Розподіл обстежених основної (до та після лікування) та контрольної груп за рівнем виразності депресії (за шкалою Hamilton-21)

Таблиця 1

Виразність афективної симптоматики групах порівняння за шкалою Hamilton-21

Симптоми	Мінімальний (Min), максимальний (Max) та середній (M±m) рівні виразності симптомів, бали								
	Основна (n=270)						Контрольна (n=270)		
	До лікування			Після лікування					
	Min	Max	M±m	Min	Max	M±m ¹⁾	Min	Max	M±m ¹⁾
Депресивний настрій	1	4	1,96 ± 0,03	0	4	0,60 ± 0,05	0	2	0,47 ± 0,03
Почуття провини	1	3	2,24 ± 0,03	0	3	1,03 ± 0,04	0	2	0,80 ± 0,03 ²⁾
Суїцидальні наміри	1	3	2,12 ± 0,03	0	3	0,37 ± 0,03	0	1	0,02 ± 0,01 ²⁾
Рання інсомнія	1	2	1,54 ± 0,03	0	2	0,83 ± 0,05	0	1	0,36 ± 0,03 ²⁾
Середня інсомнія	1	2	1,52 ± 0,03	0	1	0,46 ± 0,03	0	1	0,15 ± 0,02 ²⁾
Пізня інсомнія	1	2	1,65 ± 0,03	0	2	0,99 ± 0,05	0	1	0,16 ± 0,02 ²⁾
Працездатність й активність	1	4	1,66 ± 0,04	0	3	0,65 ± 0,04	0	1	0,21 ± 0,02 ²⁾
Загальмованість *	1	3	1,34 ± 0,03	0	2	0,36 ± 0,03	0	1	0,19 ± 0,02 ²⁾
Ажитація (тривожне збудж.)	1	4	1,87 ± 0,05	0	3	0,53 ± 0,04	0	2	0,25 ± 0,03 ²⁾
Психічна тривога	1	3	1,90 ± 0,03	0	2	0,49 ± 0,04	0	1	0,17 ± 0,02 ²⁾
Соматична тривога **	1	3	1,82 ± 0,04	0	1	0,31 ± 0,03	0	1	0,33 ± 0,03
Шлунково-кишкові симптоми	1	2	1,51 ± 0,03	0	2	0,30 ± 0,03	0	1	0,18 ± 0,02 ²⁾
Загальні соматичні симптоми	1	2	1,47 ± 0,03	0	2	0,44 ± 0,03	0	1	0,23 ± 0,03 ²⁾
Генітальні симптоми	1	2	1,24 ± 0,03	0	2	0,26 ± 0,03	0	1	0,18 ± 0,02
Іпохондрія	1	2	1,36 ± 0,03	0	2	0,15 ± 0,02	0	1	0,15 ± 0,02
Втрата маси тіла	1	3	1,51 ± 0,03	0	1	0,46 ± 0,03	0	1	0,32 ± 0,03 ²⁾
Критичн. віднош. до хвороби	1	2	1,66 ± 0,03	0	2	0,98 ± 0,06	0	1	0,36 ± 0,03 ²⁾
Добові коливання	1	2	1,49 ± 0,03	0	1	0,46 ± 0,03	0	1	0,32 ± 0,03 ²⁾
Деперсонал. й дереалізація ***	1	3	1,39 ± 0,03	0	2	0,35 ± 0,04	0	1	0,02 ± 0,01 ²⁾
Параноїдні симптоми	1	2	1,41 ± 0,03	0	1	0,19 ± 0,02	0	1	0,03 ± 0,01 ²⁾
Обсес. й компульсивні симпт.	1	2	1,34 ± 0,03	0	2	0,16 ± 0,02	0	1	0,14 ± 0,02
Шкала Hamilton-21 у цілому	26	42	34,01 ± 0,17	3	19	10,35 ± 0,17	0	12	5,02 ± 0,14 ²⁾

Примітки: * – Сповільн. мислення й мови, поруш. здатності концентр. увагу, зниження моторної активності. ** – Фізіологічні прояви тривоги: гастроінтестинальні - сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка; серцево-судинні - серцебиття, головні болі; дихальні - гіпервентиляція, задишка; прискорене сечовипускання. *** – Наприклад, відчуття нереальності навколишнього. 1) – різниця з основною групою до лікування достовірна (p<0,001). 2) – різниця з основною групою після лікування достовірна (p<0,05).



Примітки: * – Сповільн. мислення й мови, поруш. здатності концентр. увагу, зниження моторної активності. ** – Фізіологічні прояви тривоги: гастроінтестинальні – сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка; серцево-судинні - серцебиття, головні болі; дихальні - гіпервентиляція, задишка; прискорене сечовипускання. *** – Наприклад, відчуття нереальності навколишнього.

Рис. 2. Рейтинг різниць між хворими (після лікування) і здоровими особами за середньою виразністю симптомів депресії, оцінених за шкалою Hamilton-21, та рівень достовірності зазначених різниць

0,06 балів при $p < 0,001$); зменшення працездатності й активності ($\Delta L = 0,44 \pm 0,05$ балів при $p < 0,001$); наявність суїцидальних намірів ($\Delta L = 0,35 \pm 0,03$ балів при $p < 0,001$); деперсоналізації й дереалізації ($\Delta L = 0,33 \pm 0,04$ балів при $p < 0,001$); психічної тривоги ($\Delta L = 0,32 \pm 0,04$ балів при $p < 0,001$); ажитації ($\Delta L = 0,28 \pm 0,05$ балів при $p < 0,001$); почуття провини ($\Delta L = 0,23 \pm 0,05$ балів при $p < 0,001$); загальних соматичних симптомів ($\Delta L = 0,21 \pm 0,04$ балів при $p < 0,001$); загальмованості ($\Delta L = 0,17 \pm 0,04$ балів при $p < 0,001$); параноїдних симптомів ($\Delta L = 0,16 \pm 0,03$ балів при $p < 0,001$); добових коливань настрою ($\Delta L = 0,14 \pm 0,04$ балів при $p < 0,001$) та втрати маси тіла ($\Delta L = 0,14 \pm 0,04$ балів при $p < 0,001$); депресивного настрою ($\Delta L = 0,13 \pm 0,06$ балів при $p < 0,05$); шлунково-кишкових ($\Delta L = 0,12 \pm 0,04$ балів при $p < 0,05$) та генітальних симптомів ($\Delta L = 0,08 \pm 0,04$ балів при $p < 0,05$).

Відмінності у виразності решти симптомів (обсесивні й компульсивні прояви – $\Delta L = 0,02 \pm 0,03$; іпохондрія – $\Delta L = 0,00 \pm 0,03$ та соматична тривога – $\Delta L = -0,02 \pm 0,04$) були недостовірними ($p > 0,05$).

З метою визначення діагностичної цінності окремих симптомів депресії до та після детоксикації було розраховано їхні діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ).

З огляду на те, що стан відміни опіоїдів досить істотно відрізняється від стану практичного здоров'я (рис. 1), кількість достовірних (всі $p < 0,001$) відмінностей між групами порівняння за показниками афективного статусу, одержаними за допомогою всіх трьох шкал, що використовувались, виявились передбачувано численними та інформативними (Табл. 2).

Так, при аналізі результатів обстеження за допомогою шкали Hamilton-21 (Табл. 2) було встановлено,

Таблиця 2

Діагностична цінність та інформативність шкали Hamilton-21 та окремих її складових при порівнянні осіб, залежних від опіоїдів ДО детоксикації та здорових осіб (Діагностичні маркери розташовані в порядку зменшення мір інформативності (МІ))

Симптоми (діагностичні маркери)	Контрольна (n=270)		Основна – до детокс. (n=270)		pТМФ1)	Відношення частот	ДК ²⁾	МІ ²⁾
	Абс. (осіб)	Відн. (%%)	Абс.* (осіб)	Відн. (%%)				
Діагностичні маркери стану «Хворі до детоксикації»								
Шкала Hamilton-21 у цілому: >20 балів	1*	0,37	269	99,63	<0,001	0,004	-24,30	12,06
Суїцидальні наміри: >0 балів	5	1,85	269	99,63	<0,001	0,019	-17,31	8,46
Деперсоналізація й дереалізація ****: >0 балів	6	2,22	269	99,63	<0,001	0,022	-16,52	8,04
Параноїдні симптоми: >0 балів	7	2,59	269	99,63	<0,001	0,026	-15,85	7,69
Обсесивні й компульсивні симптоми: 0 балів	38	14,07	269	99,63	<0,001	0,141	-8,50	3,64
Іпохондрія: >0 балів	40	14,81	269	99,63	<0,001	0,149	-8,28	3,51
Середня інсомнія: >0 балів	41	15,19	269	99,63	<0,001	0,152	-8,17	3,45
Пізня інсомнія: >0 балів	44	16,30	269	99,63	<0,001	0,164	-7,86	3,28
Психічна тривога: >0 балів	45	16,67	269	99,63	<0,001	0,167	-7,77	3,22
Шлунково-кишкові симптоми: >0 балів	48	17,78	269	99,63	<0,001	0,178	-7,49	3,06
Генітальні симптоми: >0 балів	48	17,78	269	99,63	<0,001	0,178	-7,49	3,06
Загальмованість **: >0 балів	50	18,52	269	99,63	<0,001	0,186	-7,31	2,96
Працездатність й активність: >0 балів	56	20,74	269	99,63	<0,001	0,208	-6,82	2,69
Загальні соматичні симптоми: >0 балів	61	22,59	269	99,63	<0,001	0,227	-6,44	2,48
Ажитация (тривожне збудження): >0 балів	66	24,44	269	99,63	<0,001	0,245	-6,10	2,29
Втрата маси тіла: >0 балів	86	31,85	269	99,63	<0,001	0,320	-4,95	1,68
Добові коливання настрою: >0 балів	86	31,85	269	99,63	<0,001	0,320	-4,95	1,68
Соматична тривога ***: >0 балів	88	32,59	269	99,63	<0,001	0,327	-4,85	1,63
Рання інсомнія: >0 балів	98	36,30	269	99,63	<0,001	0,364	-4,39	1,39
Критичність відношення до хвороби: 0 балів	98	36,30	269	99,63	<0,001	0,364	-4,39	1,39
Депресивний настрій: >0 балів	119	44,07	269	99,63	<0,001	0,442	-3,54	0,98
Почуття провини: >0 балів	211	78,15	269	99,63	<0,001	0,784	-1,05	0,11
Сумарна інформативність діагностичних маркерів стану «Хворі до детоксикації»								78,75

Продовження таблиці 2

Симптоми (діагностичні маркери)	Контрольна (n=270)		Основна – до детокс. (n=270)		РТМФ1)	Відношення частот	ДК 2)	МІ 2)
	Абс. (осіб)	Відн. (%%)	Абс.* (осіб)	Відн. (%%)				
Діагностичні маркери стану «Здорові»								
Шкала Hamilton-21 у цілому: ≤20 балів	269*	99,63	1	0,37	<0,001	269,0	24,30	12,06
Суїцидальні наміри: 0 балів	265	98,15	1	0,37	<0,001	265,0	24,23	11,85
Деперсоналізація й дереалізація ****: 0 балів	264	97,78	1	0,37	<0,001	264,0	24,22	11,79
Параноїдні симптоми: 0 балів	263	97,41	1	0,37	<0,001	263,0	24,20	11,74
Обсесивні й компульсивні симптоми: 0 балів	232	85,93	1	0,37	<0,001	232,0	23,65	10,12
Іпохондрія: 0 балів	230	85,19	1	0,37	<0,001	230,0	23,62	10,02
Середня інсомнія: 0 балів	229	84,81	1	0,37	<0,001	229,0	23,60	9,96
Пізня інсомнія: 0 балів	226	83,70	1	0,37	<0,001	226,0	23,54	9,81
Психічна тривога: 0 балів	225	83,33	1	0,37	<0,001	225,0	23,52	9,76
Шлунково-кишкові симптоми: 0 балів	222	82,22	1	0,37	<0,001	222,0	23,46	9,60
Генітальні симптоми: 0 балів	222	82,22	1	0,37	<0,001	222,0	23,46	9,60
Загальмованість **: 0 балів	220	81,48	1	0,37	<0,001	220,0	23,42	9,50
Працездатність й активність: 0 балів	214	79,26	1	0,37	<0,001	214,0	23,30	9,19
Загальні соматичні симптоми: 0 балів	209	77,41	1	0,37	<0,001	209,0	23,20	8,94
Ажитация (тривожне збудження): 0 балів	204	75,56	1	0,37	<0,001	204,0	23,10	8,68
Втрата маси тіла: 0 балів	184	68,15	1	0,37	<0,001	184,0	22,65	7,68
Добові коливання настрою: 0 балів	184	68,15	1	0,37	<0,001	184,0	22,65	7,68
Соматична тривога ***: 0 балів	182	67,41	1	0,37	<0,001	182,0	22,60	7,58
Рання інсомнія: 0 балів	172	63,70	1	0,37	<0,001	172,0	22,36	7,08
Критичність відношення до хвороби: 0 балів	172	63,70	1	0,37	<0,001	172,0	22,36	7,08
Депресивний настрій: 0 балів	151	55,93	1	0,37	<0,001	151,0	21,79	6,05
Почуття провини: 0 балів	59	21,85	1	0,37	<0,001	59,0	17,71	1,90
Сумарна інформативність діагностичних маркерів стану «Здорові»								197,67
Сумарна інформативність шкали у цілому та окремих її складових разом								276,42

Примітки: * – Для запобігання нульових частот «0» замінено «1» із альтернативної підгрупи (за Е.В.Гублером, 1978). ** – Сповільнення мислення й мови, поруш. здатності концентрувати увагу, зниження моторної активності. *** – Фізіологічні прояви тривоги: гастроінтестинальні – сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка; серцево-судинні – серцебиття, головні болі; дихальні – гіпервентиляція, задишка; прискорене сечовипускання. **** – Наприклад, відчуття нереальності навколишнього. 1) – достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчалися, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ). 2) – Умовні позначення: ДК – діагностичний коефіцієнт, МІ – міра інформативності Кульбака.

що найбільш інформативним маркером стану відміни опіоїдів («Хворі до детоксикації») є факт одержання респондентом >20 балів за цією шкалою (ДК = -24,30 при МІ = 12,06). Як можна бачити, один цей показник, при вирішенні даного діагностичного завдання, дозволяє встановити діагноз «Стан відміни опіоїдів» з достовірністю не гірше $p < 0,01$, адже значення ДК цієї ознаки перевищує порогову для цього рівня достовірності величину в 20 одиниць.

Далі (в порядку зменшення інформативності) слідує окремі складові зазначеної шкали: суїцидальні наміри: >0 балів (ДК = -17,31 при МІ = 8,46); деперсоналізація й дереалізація: >0 балів (ДК = -16,52 при МІ = 8,04); параноїдні симптоми: >0 балів (ДК = -15,85 при МІ

= 7,69); обсесивні й компульсивні симптоми: 0 балів (ДК = -8,50 при МІ = 3,64); іпохондрія: >0 балів (ДК = -8,28 при МІ = 3,51); середня інсомнія: >0 балів (ДК = -8,17 при МІ = 3,45); пізня інсомнія: >0 балів (ДК = -7,86 при МІ = 3,28); психічна тривога: >0 балів (ДК = -7,77 при МІ = 3,22); шлунково-кишкові симптоми: >0 балів (ДК = -7,49 при МІ = 3,06); генітальні симптоми: >0 балів (ДК = -7,49 при МІ = 3,06); загальмованість: >0 балів (ДК = -7,31 при МІ = 2,96); працездатність й активність: >0 балів (ДК = -6,82 при МІ = 2,69); загальні соматичні симптоми: >0 балів (ДК = -6,44 при МІ = 2,48); ажитація (тривожне збудження): >0 балів (ДК = -6,10 при МІ = 2,29); втрата маси тіла: >0 балів (ДК = -4,95 при МІ = 1,68); добові коливання настрою: >0 балів (ДК = -4,95

при МІ = 1,68); соматична тривога: >0 балів (ДК = -4,85 при МІ = 1,63); рання інсомнія: >0 балів (ДК = -4,39 при МІ = 1,39); критичність відношення до хвороби: 0 балів (ДК = -4,39 при МІ = 1,39); депресивний настрій: >0 балів (ДК = -3,54 при МІ = 0,98) та почуття провини: >0 балів (ДК = -1,05 при МІ = 0,11).

Відповідно, найбільш інформативним маркером стану практичного здоров'я («Здорові»), одержаним за допомогою шкали Hamilton (Табл. 1), виявився факт одержання респондентом ≤20 балів за цією шкалою (ДК = 24,30 при МІ = 12,06).

Далі (в порядку зменшення інформативності) слідує: відсутність (0 балів) суїцидальних намірів: (ДК = 24,23 при МІ = 11,85); деперсоналізація й дереалізація: 0 балів (ДК = 24,22 при МІ = 11,79); параноїдні симптоми: 0 балів (ДК = 24,20 при МІ = 11,74); обсесивні й компульсивні симптоми: 0 балів (ДК = 23,65 при МІ = 10,12); іпохондрія: 0 балів (ДК = 23,62 при МІ = 10,02); середня інсомнія: 0 балів (ДК = 23,60 при МІ = 9,96); пізня інсомнія: 0 балів (ДК = 23,54 при МІ = 9,81); психічна тривога: 0 балів (ДК = 23,52 при МІ = 9,76); шлунково-кишкові симптоми: 0 балів (ДК = 23,46 при МІ = 9,60); генітальні симптоми: 0 балів (ДК = 23,46 при МІ = 9,60); загальмованість: 0 балів (ДК = 23,42 при МІ =

9,50); працездатність й активність: 0 балів (ДК = 23,30 при МІ = 9,19); загальні соматичні симптоми: 0 балів (ДК = 23,20 при МІ = 8,94); ажитація (тривожне збудження): 0 балів (ДК = 23,10 при МІ = 8,68); втрата маси тіла: 0 балів (ДК = 22,65 при МІ = 7,68); добові коливання настрою: 0 балів (ДК = 22,65 при МІ = 7,68); соматична тривога: 0 балів (ДК = 22,60 при МІ = 7,58); рання інсомнія: 0 балів (ДК = 22,36 при МІ = 7,08); критичність відношення до хвороби: 0 балів (ДК = 22,36 при МІ = 7,08); депресивний настрій: 0 балів (ДК = 21,79 при МІ = 6,05); почуття провини: 0 балів (ДК = 17,71 при МІ = 1,90);

На відміну від попереднього диференційно-діагностичного завдання стан після детоксикації у залежних від опіоїдів осіб і стан практичного здоров'я є значно ближчими один до одного, ніж стани які були розглянуті вище, тому кількість достовірних відмінностей між групами порівняння за показниками афективного статусу, в даному випадку виявилась передбачувано нечисленними, не дуже діагностично цінними та інформативним (Табл. 3).

Так, при аналізі результатів обстеження за допомогою шкали Hamilton-21 (Табл. 3) було встановлено, що найбільш інформативним маркером стану «Хворі після детоксикації» у порівнянні із станом практичного

Таблиця 3

Діагностична цінність та інформативність шкали Hamilton-21 та окремих її складових при порівнянні осіб, залежних від опіоїдів ПІСЛЯ детоксикації та здорових осіб (Діагностичні маркери розташовані в порядку зменшення мір інформативності (МІ))

Симптоми (діагностичні маркери)	Контрольна (n =270)		Основна – після детокс. (n =270)		РТМФ ¹⁾	Відно- шен- ня частот	ДК ²⁾	МІ ²⁾
	Абс. (осіб)	Відн. (%%)	Абс. (осіб)	Відн. (%%)				
Діагностичні маркери стану «Хворі після детоксикації»								
Шкала Hamilton-21 у цілому: >7 балів	46	17,04	234	86,67	<0,001	0,004	-24,30	12,06
Пізня інсомнія: >1 балів	1	0,37	87	32,22	<0,001	0,011	-19,40	3,09
Суїцидальні наміри: >0 балів	5	1,85	96	35,56	<0,001	0,052	-12,83	2,16
Деперсоналізація й дереалізація ****:>0 балів	6	2,22	71	26,30	<0,001	0,085	-10,73	1,29
Почуття провини: >1 балів	5	1,85	66	24,44	<0,001	0,076	-11,21	1,27
Середня інсомнія: >0 балів	41	15,19	125	46,30	<0,001	0,328	-4,84	0,75
Параноїдні симптоми: >0 балів	7	2,59	51	18,89	<0,001	0,137	-8,62	0,70
Працездатність й активність: >0 балів	56	20,74	139	51,48	<0,001	0,403	-3,95	0,61
Психічна тривога: >0 балів	45	16,67	117	43,33	<0,001	0,385	-4,15	0,55
Рання інсомнія: >0 балів	98	36,30	166	61,48	<0,001	0,590	-2,29	0,29
Депресивний настрій: >1 балів	7	2,59	29	10,74	<0,001	0,241	-6,17	0,25
Ажитация (тривожне збудження): >0 балів	66	24,44	118	43,70	<0,001	0,559	-2,52	0,24
Загальмованість **: >0 балів	50	18,52	95	35,19	<0,001	0,526	-2,79	0,23
Загальні соматичні симптоми: >0 балів	61	22,59	108	40,00	<0,001	0,565	-2,48	0,22
Критичність відношення до хвороби: 0 балів	98	36,30	153	56,67	<0,001	0,641	-1,93	0,20
Втрата маси тіла: >0 балів	86	31,85	124	45,93	<0,001	0,694	-1,59	0,11
Добові коливання настрою: >0 балів	86	31,85	123	45,56	<0,001	0,699	-1,55	0,11
Шлунково-кишкові симптоми: >0 балів	48	17,78	76	28,15	0,001	0,632	-2,00	0,10
Генітальні симптоми: >0 балів	48	17,78	62	22,96	0,028	0,774	-1,11	0,03

Продовження Таблиці 3

Симптоми (діагностичні маркери)	Контрольна (n=270)		Основна – після детокс. (n=270)		РТМФ ¹⁾	Відношення частот	ДК ²⁾	МІ ²⁾
	Абс. (осіб)	Відн. (%%)	Абс. (осіб)	Відн. (%%)				
Іпохондрія: 0 балів	182	67,41	187	69,26	0,095	0,973	-0,12	0,00
Соматична тривога ***: 0 балів	38	14,07	40	14,81	0,066	0,950	-0,22	0,00
Обсесивні й компульсивні симптоми: >0 балів	230	85,19	232	85,93	0,095	0,991	-0,04	0,00
Сумарна інформативність діагностичних маркерів стану «Хворі після детоксикації»								14,66
Діагностичні маркери стану «Здорові»								
Шкала Hamilton-21 у цілому: ≤7 балів	224	82,96	36	13,33	<0,001	269,0	24,30	12,06
Працездатність й активність: 0 балів	214	79,26	131	48,52	<0,001	1,634	2,13	0,33
Середня інсомнія: 0 балів	229	84,81	145	53,70	<0,001	1,579	1,98	0,31
Суїцидальні наміри: 0 балів	265	98,15	174	64,44	<0,001	1,523	1,83	0,31
Рання інсомнія: 0 балів	172	63,70	104	38,52	<0,001	1,654	2,18	0,28
Пізня інсомнія: ≤1 балів	269	99,63	183	67,78	<0,001	1,470	1,67	0,27
Психічна тривога: 0 балів	225	83,33	153	56,67	<0,001	1,471	1,67	0,22
Критичність відношення до хвороби: 0 балів	172	63,70	117	43,33	<0,001	1,470	1,67	0,17
Деперсоналізація й дереалізація ****: 0 балів	264	97,78	199	73,70	<0,001	1,327	1,23	0,15
Почуття провини: ≤1 балів	265	98,15	204	75,56	<0,001	1,299	1,14	0,13
Ажитация (тривожне збудження): 0 балів	204	75,56	152	56,30	<0,001	1,342	1,28	0,12
Загальні соматичні симптоми: 0 балів	209	77,41	162	60,00	<0,001	1,290	1,11	0,10
Загальмованість **: 0 балів	220	81,48	175	64,81	<0,001	1,257	0,99	0,08
Добові коливання настрою: 0 балів	184	68,15	146	54,07	<0,001	1,260	1,00	0,07
Втрата маси тіла: 0 балів	184	68,15	147	54,44	<0,001	1,252	0,98	0,07
Параноїдні симптоми: 0 балів	263	97,41	219	81,11	<0,001	1,201	0,80	0,06
Шлунково-кишкові симптоми: 0 балів	222	82,22	194	71,85	0,001	1,144	0,59	0,03
Депресивний настрій: ≤1 балів	263	97,41	241	89,26	<0,001	1,091	0,38	0,02
Генітальні симптоми: 0 балів	222	82,22	208	77,04	0,028	1,067	0,28	0,01
Соматична тривога ***: >0 балів	88	32,59	83	30,74	0,066	1,060	0,25	0,00
Іпохондрія: >0 балів	40	14,81	38	14,07	0,095	1,053	0,22	0,00
Обсесивні й компульсивні симптоми: 0 балів	232	85,93	230	85,19	0,095	1,009	0,04	0,00
Сумарна інформативність діагностичних маркерів стану «Здорові»								5,49
Сумарна інформативність шкали у цілому та окремих її складових разом								20,15

Примітки: * – Для запобігання нульових частот «0» замінено «1» із альтернативної підгрупи (за Е. В. Гублером, 1978). ** – Сповільнення мислення й мови, поруш. здатності концентр. увагу, зниження моторної активності. *** – Фізіологічні прояви тривоги: гастроінтестинальні – сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка; серцево-судинні – серцебиття, головні болі; дихальні – гіпервентиляція, задишка; прискорене сечовивідання. **** – Наприклад, відчуття нереальності навколишнього. 1) – достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчалися, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ). 2) – Умовні позначення: ДК – діагностичний коефіцієнт, МІ – міра інформативності Кульбака.

здоров'я є факт одержання респондентом >7 балів за цією шкалою (ДК = -24,30 при МІ = 12,06).

Один цей показник, при вирішенні даного діагностичного завдання, дозволяє встановити діагноз «Постабстинентний стан у особи із залежністю від опіоїдів» з достовірністю не гірше $p < 0,01$, адже значення ДК цієї ознаки перевищує порогову для цього рівня достовірності величину в 20 одиниць.

Далі (в порядку зменшення інформативності) слідує наступні діагностичні маркери: пізня інсомнія: >1

балів (ДК = -19,40 при МІ = 3,09); суїцидальні наміри: >0 балів (ДК = -12,83 при МІ = 2,16); деперсоналізація й дереалізація: >0 балів (ДК = -10,73 при МІ = 1,29); почуття провини: >1 балів (ДК = -11,21 при МІ = 1,27); середня інсомнія: >0 балів (ДК = -4,84 при МІ = 0,75); параноїдні симптоми: >0 балів (ДК = -8,62 при МІ = 0,70); працездатність й активність: >0 балів (ДК = -3,95 при МІ = 0,61); психічна тривога: >0 балів (ДК = -4,15 при МІ = 0,55); рання інсомнія: >0 балів (ДК = -2,29 при МІ = 0,29); депресивний настрій: >1 балів (ДК =

-6,17 при $MI = 0,25$); ажитація (тривожне збудження): >0 балів (ДК = -2,52 при $MI = 0,24$); загальмованість: >0 балів (ДК = -2,79 при $MI = 0,23$); загальні соматичні симптоми: >0 балів (ДК = -2,48 при $MI = 0,22$); критичність відношення до хвороби: 0 балів (ДК = -1,93 при $MI = 0,20$); втрата маси тіла: >0 балів (ДК = -1,59 при $MI = 0,11$); добові коливання настрою: >0 балів (ДК = -1,55 при $MI = 0,11$); шлунково-кишкові симптоми: >0 балів (ДК = -2,00 при $MI = 0,10$) та генітальні симптоми: >0 балів (ДК = -1,11 при $MI = 0,03$).

Щодо маркерів: «іпохондрія: 0 балів» (ДК = -0,12 при $MI = 0,00$); «соматична тривога: 0 балів» (ДК = -0,22 при $MI = 0,00$) та «обсесивні й компульсивні симптоми: >0 балів» (ДК = -0,04 при $MI = 0,00$), то вони виявились статистично недостовірними ($p > 0,05$).

Відповідно, найбільш інформативним маркером стану практичного здоров'я (стан «Здорові»), одержаним за допомогою шкали Hamilton-21 (Табл. 3), виявився факт одержання респондентом ≤ 7 балів за цією шкалою (ДК = 24,30 при $MI = 12,06$).

Далі (в порядку зменшення інформативності) слідує наступні діагностичні маркери: працездатність й активність: 0 балів (ДК = 2,13 при $MI = 0,33$); середня інсомнія: 0 балів (ДК = 1,98 при $MI = 0,31$); суїцидальні наміри: 0 балів (ДК = 1,83 при $MI = 0,31$); рання інсомнія: 0 балів (ДК = 2,18 при $MI = 0,28$); пізня інсомнія: ≤ 1 балів (ДК = 1,67 при $MI = 0,27$); психічна тривога: 0 балів (ДК = 1,67 при $MI = 0,22$); критичність відношення до хвороби: 0 балів (ДК = 1,67 при $MI = 0,17$); деперсоналізація й дереалізація: 0 балів (ДК = 1,23 при $MI = 0,15$); почуття провини: ≤ 1 балів (ДК = 1,14 при $MI = 0,13$); ажитація (тривожне збудження): 0 балів (ДК = 1,28 при $MI = 0,12$); загальні соматичні симптоми: 0 балів (ДК = 1,11 при $MI = 0,10$); загальмованість: 0 балів (ДК = 0,99 при $MI = 0,08$); добові коливання настрою: 0 балів (ДК = 1,00 при $MI = 0,07$); втрата маси тіла: 0 балів (ДК = 0,98 при $MI = 0,07$); параноїдні симптоми: 0 балів (ДК = 0,80 при $MI = 0,06$); шлунково-кишкові симптоми: 0 балів (ДК = 0,59 при $MI = 0,03$); депресивний настрій: ≤ 1 балів (ДК = 0,38 при $MI = 0,02$) та генітальні симптоми: 0 балів (ДК = 0,28 при $MI = 0,01$);

Щодо маркерів «соматична тривога: >0 балів» (ДК = 0,25 при $MI = 0,00$); «іпохондрія: >0 балів» (ДК = 0,22 при $MI = 0,00$) та «обсесивні й компульсивні симптоми: 0 балів» (ДК = 0,04 при $MI = 0,00$), то вони виявились статистично недостовірними ($p > 0,05$).

Одержані данні свідчать на користь того, що антидепресивна терапія має бути обов'язковою складовою комплексного лікування осіб, залежних від опіоїдів.

Висновки

1. Всім пацієнтам, залежним від опіоїдів, на висоті стану відміни притаманний високий рівень виразності депресії, що відповідає критеріям великого депресивного епізоду (за шкалою Hamilton-21).
2. В процесі детоксикації відбувається достовірне зниження рівня депресії, при чому найбільший внесок в редукцію зазначеної афективної патології робить зменшення виразності таких симптомів як рання,

середня та пізня інсомнії (при оцінці за допомогою шкали Hamilton-21).

3. Не дивлячись на істотне зниження в процесі детоксикації, рівень депресії у осіб, залежних від опіоїдів на десятий день лікування все одно достовірно ($p < 0,001$) перевищує відповідний рівень у практично здорових осіб.
4. Антидепресивна терапія має бути обов'язковою складовою комплексного лікування осіб, залежних від опіоїдів.

Література:

1. Иванец Н. Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам [Текст] / Н. Н. Иванец – Москва: НИИ наркологии МЗ России, 2000. – 154 с.
2. Винникова М. А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов). [Текст] / М. А. Винникова. Дис... докт. мед. наук: 14.01.17 / Москва: НИИ наркологии МЗ России. - 2003.-243 с.
3. Самойлова О.С. Комплексна діагностика і фармакотерапевтична корекція афективних розладів внаслідок вживання опіоїдів та психостимуляторів. [Текст] / О.С. Самойлова. Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.27 / Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. - Харків, 2006.-20 с.
4. Агибалова Т. В. Аффективные расстройства при алкогольной, опийной и игровой зависимости (клиника и терапия) [Текст] / Т. В. Агибалова Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.17 // Москва: НИИ наркологии МЗ России. - 2007.-20 с.
5. Воробьева Т. М. Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий [Текст] / Т. М. Воробьева, П. В. Волошин, Л. Н. Пайкова Л.Н. [и др.]. – Харьков : Основа, 1993. – 176 с.
6. Гольдрин С. Э. Аффективные нарушения у больных опийной наркоманией в структуре опийного абстинентного синдрома и во время ремиссии [Текст] / С. Э. Гольдрин // Наркология.-2003.-№9.-С. 44-50.
7. Аймедов К. В. Мотиваційний профіль та афективні порушення при опійній залежності [Текст] / К.В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії.-2004.-№2(6).-С. 65-73.
8. Fernandez L. Benzodiazepine addiction and symptoms of anxiety and depression in elderly subjects [Текст] / L. Fernandez, C. Cassagne-Pinel // Encephale.-2001.- Sep-Oct.-№ 27(5).- P. 459-574.
9. Baker T. B. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement [Текст] / T. B. Baker, M. E. Piper, D. E. McCarthy, M. R. Majeskie, M. C. Fiore // Psychological Review.-2004.- Jan.(1).- P. 33-51.
10. Dannon P. Comorbid psychiatric symptoms in pathological gamblers: anxiety, depression and substance abuse [Текст] / P. Dannon, M. Sason, B. Shalgi, L. Tusan, Y. Sapir, M. Kotler // Harefuah. -2004.- Sep.-№143(9).- P. 643-695.
11. Рохлина М. Л. Аффективные нарушения при героиновой наркомании [Текст] / М. Л. Рохлина, А. А. Козлов, С. О. Мохначев // Вопросы наркологии.- 2002. - №1.- С. 20-26.
12. Coelho R. Depression and the severity of substance abuse [Текст] / R. Coelho, R. Rangel, E. Ramos, A. Martins, J. Prata, B. Barros // Psychopathology. - 2000. - May-Jun, №33(3). - P. 103-109.
13. Danielson C. K. Association of substance abuse and depression among adolescent psychiatric inpatients [Текст] / C. K. Danielson, J. C. Overholser, Z. A. Butt // Canadian Journal of Psychiatry.- 2003.- Dec.-№48(11).- P. 762-797.
14. Синицкий В. Н. Патопсихологическая характеристика развития опийного абстинентного синдрома [Текст] / В. Н. Синицкий, Н. А. Стогний, Г. Е. Трофимчук, [та інші] // Архів психіатрії. - 2002. - №4(31). - С. 78-81.
15. Литвинцев С. В. Применение оценки неспецифических адаптационных реакций организма при анализе качества ремиссий у больных опийной наркоманией [Текст] / С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей, Н. П. Медведев [та інші] // Наркология.-2003.-№7.-С. 18-20.
16. Balfour, D. J. The effects of nicotine on neural pathways implicated

- in depression: a factor in nicotine addiction? [Текст] / D. J. Balfour, D. L. Ridley // *Pharmacology Biochemistry Behavioral*. - 2000. - May, 66(1). - P. 79-85.
17. Исраелян А. Ю. Психические нарушения при героиновой наркомании в прецидивном периоде [Текст] / А. Ю. Исраелян // *Журнал неврологии и психиатрии*. - 2003. - №12. - С. 15-19.
18. Bovasso G. The long-term treatment outcomes of depression and anxiety comorbid with substance abuse [Текст] / G. Bovasso // *Journal of Behavioral Health Service Research*. - 2001. - Feb;28(1). - P. 42-57.
19. Dodge R. The role of depression symptoms in predicting drug abstinence in outpatient substance abuse treatment [Текст] / R. Dodge, J. Sindelar, R. Sinha [та інші] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. - 2005. - Mar. № 28(2). - P. 189-196.
20. Hamilton M. A rating scale for depression [Текст] / M. Hamilton // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. - 1960. - №23. - P. 56-62.
21. Пишель В. Я. Стандартный инструментальный для скринирования, диагностики депрессии, оценки эффективности лечения [Текст] / В. Я. Пишель, Ю. А. Блажевич // *Архів психіатрії*. - 2001. - №4(27). - С. 93-96.
22. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. [Текст] / Е. В. Гублер – М., Медицина, 1978. – 294 с.
23. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико – биологических исследованиях с Использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Моріон, 2000 – 320 с.

ДИНАМИКА АФФЕКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, НА ПРОТЯЖЕНИИ ДЕТОКСИКАЦИИ

О. В. Друзь

Цель работы – оценка динамики аффективной симптоматики депрессивного круга у лиц, зависимых от опиоидов, на протяжении детоксикации.

С помощью шкалы Hamilton-21 для оценки депрессии (Hamilton depression rating scale – HDRS) дважды (до и после детоксикации) исследован аффективный статус 270 больных, зависимых от опиоидов, и однократно – аффективный статус 270 лиц без признаков какой-либо зависимости. Проведена оценка диагностической ценности и информативности отдельных симптомов депрессии.

Установлено, что у лиц, зависимых от опиоидов, на высоте синдрома отмены уровень выраженности депрессии отвечает критериям интенсивности большого депрессивного эпизода, а в процессе детоксикации происходит его достоверное снижение (за счет, прежде всего, уменьшения инсомнии), до уровня, который все равно достоверно ($p < 0,001$) превышает соответствующий уровень у практически здоровых лиц.

Сделан вывод о том, что антидепрессивная терапия должна быть обязательной составляющей комплексного лечения лиц, зависимых от опиоидов.

Ключевые слова: зависимость от опиоидов, синдром отмены, детоксикация, аффективная симптоматика, динамика

DYNAMICS OF AFFECTIVE SYMPTOMATOLOGY IN OPIOID ADDICTED PERSONS, DURING DETOXICATION

O. V. Druz'

The work purpose is the estimation of dynamics of affective symptomatology of depressive circle in opioid addicted persons, during detoxication.

By means of Hamilton depression rating scale (HDRS) twice (before and after detoxication) the affective status of 270 opioid addicted persons, and once – the affective status of 270 persons without signs of any dependence was investigated. The estimation of diagnostic value and informativity separate symptoms of depression was estimated.

It is established, that level of expressiveness of depression in opioid addicted persons at height of withdrawal syndrome to meet the criteria of intensity of the major depressive episode. Though in process of detoxication the expressiveness of depression starts to decrease (for the account, first of all, reduction of insomnia), its level all the same remains significantly higher ($p < 0,001$), than in practically healthy persons.

Keywords: opioid dependence, withdrawal syndrome, detoxication, affective symptomatology, dynamics

УДК: 159.9

Г. А. Приб¹, І. Я. Пінчук² ОСОБЛИВОСТІ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ БЕЗРОБІТТЯ (ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ)

Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України¹
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ²

Ключові слова: адиктивна поведінка, безробіття, гендер

Постанова проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. За даними ООН сьогодні в світі кожний третій працездатний не має роботи взагалі або має випадковий чи сезонний заробіток. Тому безробіття є центральною соціальною проблемою сучасного суспільства.

Безробіття не може бути доцільним ні в економічному, ні в соціальному плані, оскільки його зростання створює цілий комплекс проблем: скорочується купівельна спроможність населення, бюджет втрачає платників податків, підприємство – персонал. Зростають ризик соціального напруження, додаткові витрати на підтримку безробітних.

Спостерігається негативний вплив безробіття і на сім'ї людей, що втратили роботу, що виявляється в падінні їх життєвого рівня і погіршенні внутрішньосімейних

стосунків. Скорочуються можливості сімей адаптуватися до нових умов, тому багато хто з них вимушений майже виживати.

Наголошується зростання залежності серед непрацюючих громадян, підтверджуючи існування зв'язку безробіття з адиктивними формами поведінки. Кризовий характер ситуації безробіття, за даними багаточисельних досліджень, обумовлений цілим рядом інших втрат, які спричиняє за собою втрата роботи. Це стосується соціального статусу, що склався, звичного рівня життя, матеріального достатку, колишніх соціальних зв'язків. Змінюється спосіб життя незайнятої людини, стосунки з найближчим оточенням, падає його самоповага.

Зміна фінансового та соціального становища викликає деструктивні зміни у психіці, періоди хаотичної активності в пошуку роботи чергуються з періодами апатії,

- in depression: a factor in nicotine addiction? [Текст] / D. J. Balfour, D. L. Ridley // *Pharmacology Biochemistry Behavioral*. - 2000. - May, 66(1). - P. 79-85.
17. Исраелян А. Ю. Психические нарушения при героиновой наркомании в прецидивном периоде [Текст] / А. Ю. Исраелян // *Журнал неврологии и психиатрии*. - 2003. - №12. - С. 15-19.
 18. Bovasso G. The long-term treatment outcomes of depression and anxiety comorbid with substance abuse [Текст] / G. Bovasso // *Journal of Behavioral Health Service Research*. - 2001. - Feb;28(1). - P. 42-57.
 19. Dodge R. The role of depression symptoms in predicting drug abstinence in outpatient substance abuse treatment [Текст] / R. Dodge, J. Sindelar, R. Sinha [та інші] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. - 2005. - Mar. № 28(2). - P. 189-196.
 20. Hamilton M. A rating scale for depression [Текст] / M. Hamilton // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. - 1960. - №23. - P. 56-62.
 21. Пишель В. Я. Стандартный инструментарий для скринирования, диагностики депрессии, оценки эффективности лечения [Текст] / В. Я. Пишель, Ю. А. Блажевич // *Архів психіатрії*. - 2001. - №4(27). - С. 93-96.
 22. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. [Текст] / Е. В. Гублер – М., Медицина, 1978. – 294 с.
 23. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико – биологических исследованиях с Использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Моріон, 2000 – 320 с.

ДИНАМИКА АФФЕКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, НА ПРОТЯЖЕНИИ ДЕТОКСИКАЦИИ

О. В. Друзь

Цель работы – оценка динамики аффективной симптоматики депрессивного круга у лиц, зависимых от опиоидов, на протяжении детоксикации.

С помощью шкалы Hamilton-21 для оценки депрессии (Hamilton depression rating scale – HDRS) дважды (до и после детоксикации) исследован аффективный статус 270 больных, зависимых от опиоидов, и однократно – аффективный статус 270 лиц без признаков какой-либо зависимости. Проведена оценка диагностической ценности и информативности отдельных симптомов депрессии.

Установлено, что у лиц, зависимых от опиоидов, на высоте синдрома отмены уровень выраженности депрессии отвечает критериям интенсивности большого депрессивного эпизода, а в процессе детоксикации происходит его достоверное снижение (за счет, прежде всего, уменьшения инсомнии), до уровня, который все равно достоверно ($p < 0,001$) превышает соответствующий уровень у практически здоровых лиц.

Сделан вывод о том, что антидепрессивная терапия должна быть обязательной составляющей комплексного лечения лиц, зависимых от опиоидов.

Ключевые слова: зависимость от опиоидов, синдром отмены, детоксикация, аффективная симптоматика, динамика

DYNAMICS OF AFFECTIVE SYMPTOMATOLOGY IN OPIOID ADDICTED PERSONS, DURING DETOXICATION

O. V. Druz'

The work purpose is the estimation of dynamics of affective symptomatology of depressive circle in opioid addicted persons, during detoxication.

By means of Hamilton depression rating scale (HDRS) twice (before and after detoxication) the affective status of 270 opioid addicted persons, and once – the affective status of 270 persons without signs of any dependence was investigated. The estimation of diagnostic value and informativity separate symptoms of depression was estimated.

It is established, that level of expressiveness of depression in opioid addicted persons at height of withdrawal syndrome to meet the criteria of intensity of the major depressive episode. Though in process of detoxication the expressiveness of depression starts to decrease (for the account, first of all, reduction of insomnia), its level all the same remains significantly higher ($p < 0,001$), than in practically healthy persons.

Keywords: opioid dependence, withdrawal syndrome, detoxication, affective symptomatology, dynamics

УДК: 159.9

Г. А. Приб¹, І. Я. Пінчук² ОСОБЛИВОСТІ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ БЕЗРОБІТТЯ (ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ)

Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України¹
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ²

Ключові слова: адиктивна поведінка, безробіття, гендер

Постанова проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. За даними ООН сьогодні в світі кожний третій працездатний не має роботи взагалі або має випадковий чи сезонний заробіток. Тому безробіття є центральною соціальною проблемою сучасного суспільства.

Безробіття не може бути доцільним ні в економічному, ні в соціальному плані, оскільки його зростання створює цілий комплекс проблем: скорочується купівельна спроможність населення, бюджет втрачає платників податків, підприємство – персонал. Зростають ризик соціального напруження, додаткові витрати на підтримку безробітних.

Спостерігається негативний вплив безробіття і на сім'ї людей, що втратили роботу, що виявляється в падінні їх життєвого рівня і погіршенні внутрішньосімейних

стосунків. Скорочуються можливості сімей адаптуватися до нових умов, тому багато хто з них вимушений майже виживати.

Наголошується зростання залежності серед непрацюючих громадян, підтверджуючи існування зв'язку безробіття з адиктивними формами поведінки. Кризовий характер ситуації безробіття, за даними багаточисельних досліджень, обумовлений цілим рядом інших втрат, які спричиняє за собою втрата роботи. Це стосується соціального статусу, що склався, звичного рівня життя, матеріального достатку, колишніх соціальних зв'язків. Змінюється спосіб життя незайнятої людини, стосунки з найближчим оточенням, падає його самоповага.

Зміна фінансового та соціального становища викликає деструктивні зміни у психіці, періоди хаотичної активності в пошуку роботи чергуються з періодами апатії,

коли ситуація сприймається як безнадійна. Важкий психічний стан спричиняє страх соціальної активності, спостерігається байдужість до найближчого оточення на фоні зростання агресивності чи замикавання в собі.

Негативні психічні стани безробітних є наслідком емоційного переживання ними ситуації втрати роботи як критичної життєвої ситуації. У сприйнятті людини ці життєві обставини є складною психологічною проблемою, яка потребує пошуку нового рішення для її подолання.

Розглядаючи критичні ситуації, які переживає людина, Ф. Василук [1] виділяє основні поняття, якими оперує психологія при їх описанні: тривожність, стрес, фрустрація, кризи. Саме з такими та деякими іншими психічними станами безробітних стикаються спеціалісти служби зайнятості при наданні соціальних послуг.

Негативне емоційне сприйняття ситуації безробіття ускладнює процес пошуку людьми роботи, руйнує їхню мотивацію до праці, знижує самооцінку, породжує довготривале безробіття, може стати не лише причиною психосоматичних захворювань, але й виникненням адиктивної поведінки.

Аналіз досліджень і публікацій та виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячена стаття. Термін «адиктивна поведінка» був запропонований американським дослідником В. Міллером (1984) та поширений для використання у вітчизняній наркологічній практиці С. Кулаковим (1989) і А. Лічко (1991) щодо означення зловживань індивідом наркотичними речовинами ще до сформованості в нього психофізичної залежності. Пізніше зміст цього поняття було доповнено, перенесено в психолого-педагогічну практику для означення ситуацій, що пов'язані зі зловживанням різноманітних речовин особистістю, які спричиняють відхилення в її поведінці. Адиктивна поведінка є однією з форм девіантної поведінки – поведінки, яка відрізняється від загальноновизначеної норми психічного здоров'я, права, культури чи моралі.

Терміном адиктивна поведінка (від англ. *addiction* – схильність, згубна звичка) насамперед позначають поведінку особистості, обтяжену хімічною залежністю через вживання певних речовин (алкоголь, паління, наркотики тощо). При цьому виокремлюють різні чинники виникнення психічної залежності від психоактивних речовин, проте головна роль належить особливостям переживання особистістю своєї життєвої ситуації. «Слабка ланка» такої особи – недостатній самоконтроль та самодисципліна, несформованість функції прогнозу поведінки, низька стійкість до можливих впливів, схильність неадекватно реагувати на фруструючу ситуацію, невміння знаходити продуктивний вихід із конфлікту, відмова від активності при найменших труднощах, часто поряд із завищеним рівнем домагань тощо. У результаті особистість прагне пережити стан задоволення, радості, але не бачить природних шляхів до цього, бо від повсякденної діяльності очікує лише на негативні емоції. Тому в неї виникає прагнення до зміни психічного стану штучним, хімічним шляхом. [1]

Адиктивна поведінка, як вид девіантної поведінки особистості, в свою чергу має безліч підвидів, що диференціюються переважно від об'єкту адикції. Теоретично (при певних умовах) це можуть бути будь-які об'єкти або форми активності – хімічні речовини, гроші, робота, ігри, фізичні вправи або секс.

В реальному житті більш розповсюджені такі об'єкти залежності, як: 1) психоактивні речовини (легальні та нелегальні наркотики, алкоголь); 2) їжа; 3) ігри; 4) секс; 5) релігія та релігійні культи.

В залежності з перерахованими об'єктами виділяють наступні форми залежної поведінки:

- *хімічна залежність* (паління, токсикоманія, наркозалежність, залежність від ліків, алкогольна залежність);
- *порушення харчової поведінки* (переїдання, голодування, відмова від їжі);
- *гемблінг – ігрова залежність* (комп'ютерна залежність, азартні ігри);
- *сексуальні адикції* (зоофілія, фетишизм, пігмаліонізм, трансвестизм, ексгібіціонізм, вуайєризм, некрофілія, садомазохізм);
- *релігійна деструктивна поведінка* (релігійний фанатизм, залучення в секту).

Різні форми залежної поведінки мають тенденцію поєднуватися або переходити одна в іншу. Тому, такі форми поведінки мають принципово схожі психологічні механізми. У зв'язку з цим виділяють загальні ознаки адиктивної поведінки.

Перш за все залежна поведінка особистості проявляється в її прагненні до зміни психофізичного стану. Даний потяг переживається людиною як імпульсивно-категоричний, непереборний, ненаситний. Зовні це може виглядати як боротьба з самим собою, а частіше – як втрата самоконтролю.

Адиктивна поведінка не виникає раптово, це безперервний процес формування і розвитку адикції. Адикція має початок, індивідуальне протікання (з посиленням залежності) та завершення. Мотивація поведінки різна на різних стадіях залежності.

Також, характерною особливістю залежної поведінки є її циклічність. Перерахуємо фази одного циклу:

- наявність внутрішньої готовності до адиктивної поведінки;
- посилення бажання та напруги;
- чекання та активний пошук об'єкта адикції;
- отримання об'єкта та досягнення специфічних переживань;
- розслаблення;
- фаза ремісії (відносного спокою).

Далі цикл повторюється з індивідуальною частотою та вираженістю. Наприклад, для однієї людини цей цикл може тривати місяць, а для іншої – один день.

Залежна поведінка не завжди призводить до хвороб або смерті (як, наприклад, у випадках алкоголізму та наркоманії), але закономірно викликає особистісні зміни і соціальну дезадаптацію.

Таким чином, залежна (адиктивна) поведінка – це аутодеструктивна поведінка, пов'язана з залежністю від вживання якоїсь речовини (або від специфічної активності) з метою зміни психічного стану. Суб'єктивно вона переживається як неможливість жити без об'єкта адикції, як непереборний потяг до нього. Звичайно, така поведінка руйнує і організм, і особистість [2].

Метою дослідження є дослідження гендерних особливостей адиктивної поведінки безробітних. Завдання дослідження: з точки зору біопсихосоціального підходу та спираючись на сучасні моделі медицини залежності дослідити особливостей адиктивної поведінки у безробітних чоловіків та жінок.

Виклад основного матеріалу дослідження. Можна назвати декілька причин (факторів) адиктивної поведінки. Насамперед, це технічний прогрес в області харчової промисловості та фармацевтичної індустрії, що видають на ринок безліч нових товарів, які можуть стати потенційними об'єктами залежності. Окрім того, спостерігається послаблення міжособистісних зв'язків між людьми. Прагнучи до незалежності, людина втрачає необхідну підтримку та почуття безпеки. Замість того, щоб шукати задоволення у людських взаємостосунках, люди все більше звертаються до бездушних продуктів цивілізації.

Фактори, які провокують адиктивну поведінку можна умовно розділити на соціальні, соціально-психологічні, психологічні і біологічні.

Соціальні – нестабільність суспільства, доступність психоактивних речовин, відсутність позитивних соціальних і культурних традицій, контрастність рівнів життя, інтенсивність і густина міграції і ін.

Соціально-психологічні – високий рівень колективної і масової тривоги, розрихленість підтримуючих зв'язків з сім'єю і іншими позитивно-значущими групами, романтизація і героїзація девіантної поведінки в масовій свідомості, відсутність привабливих для дітей і підлітків центрів дозвілля, послаблення зв'язків між поколіннями.

Психологічні – незрілість особистої ідентифікації, слабка або недостатня здатність до внутрішнього діалогу, низьке долаття психологічних стресів і обмеженість саморегуляції поведінки, висока потреба в зміні станів свідомості як засіб вирішення внутрішніх конфліктів, конституційно акцентуованих особливостей особистості.

Біологічні – природа і «агресивність» психоактивної речовини, індивідуальна толерантність, порушення процесів детоксикації в організмі, які змінюють системи мотивації і контролю за перебігом захворювання.

Мотивація певним чином залежить від акцентуації характеру. Особи нестійкого типу, як правило, просто шукають можливість розважитись. Гіпертимів та істероїдів приваблює неординарність подій та можливість завоювати престиж у компанії. Шизоїду важливо заглушити внутрішні переживання, полегшити контакт з однолітками та стимулювати аутистичні фантазії, а емоційно-лабільна особистість шукає релаксації і можливості «забутись», втекти від труднощів.

Коли формується психічна залежність, то базовою мотивацією стає потяг – потреба певним чином змінити свій психічний стан. А при фізичній залежності – головним мотивом зловживання стає страх перед абстиненцією [4].

Існує також певна залежність між типами характеру та деякими видами залежної поведінки. Так, пияцтво та вживання наркотиків досить часто зустрічається при епілептоїдній та гіпертимічній акцентуації характеру.

Іншим важливим індивідуальним фактором, що впливає на поведінку особистості, можна назвати стресостійкість. В останні часи розвивається погляд на адиктивну поведінку, як на наслідок заниженої здатності особистості справлятися зі стресом. Передбачається, що адиктивна поведінка виникає при порушенні копінг-функції – механізмів подолання стресу. Як свідчать дослідники, існують відмінності в копінг-поведінці здорових та залежних людей. Наприклад, для людей із залежністю характерна така реакція на стрес, як відхід від вирішення проблем, заперечення, ізолюваність.

Не менш важливим чинником є індивідуальні особливості конкретної особистості. Однією з причин розбіжності у формах прояву адиктивної поведінки особистості може бути гендер, як жорстка регламентація поведінки особистості відповідно до її статі.

Термін «гендер» вказує на соціальний статус особистості та її соціально-психологічні характеристики, які пов'язані зі статтю, але виникають тільки під час взаємодії з іншими людьми.

Представники обох статей подібні між собою за багатьма фізіологічними характеристиками, але існує і суттєва різниця. Чоловіки у будь-якій ситуації намагаються стверджувати особисту індивідуальність. Жінкам найбільш притаманні стосунки на рівні взаємозалежності, їх індивідуальність базується на підставі суспільних зв'язків. Жінки намагаються досягти взаємопорозуміння між особами, чоловіки демонструють самостійність та незалежність тощо.

Наприклад, К. Хорні [5] відзначає, що існують відмінності в тому, куди направлений творчий імпульс чоловіка і жінки. Жіночий спосіб існування реалізується переважно через його спрямованість усередину, через увагу до глибоких переживань і інсайтам. Чоловічий спосіб існування характеризується спрямованістю творчого імпульсу зовні, на пошук можливостей перетворення зовнішнього світу через взаємодію з ним і твердження себе в ньому. Таким чином, самореалізація жінки на відміну від чоловіка відбувається не через вчинки, а через процес самоусвідомлення.

Можна відмітити також статеву вибірковість залежної поведінки. Наприклад, харчова адикція більш властива жінкам, гемблінг та вживання наркотиків – чоловікам. У деяких випадках можна говорити й про дію вікового фактора. Так, якщо від наркозалежності переважно страждають особи від 14 до 25 років, то алкозалежність характерна для більш старшого віку.

Жінки вдвічі частіше за чоловіків страждають від тривожності та депресії, а можливість потрапити до

алкогольної залежності у жінок у 5 разів менша, ніж у чоловіків.

Що ж стосується термінів формування залежності від алкоголю, то у жінок алкоголізм розвивається швидше, ніж у чоловіків. Зазвичай вживання алкоголю жінками починається із слабких алкогольних напоїв, і тривалий час носить епізодичний характер. Тривалість першої стадії від початку систематичного вживання до появи фізичної залежності – від одного до трьох років.

Різниця між чоловіками і жінками обумовлена тим, що останні мають меншу кількість води в організмі, отже концентрація алкоголю в їх крові збільшується при вживанні менших доз спиртного.

Ознаками жіночого алкоголізму є грубий голос, поява несвоєчасних ознак старіння. Характерні алкогольні зміни особистості – це агресивність, грубість, брехливість. Під впливом алкоголю організм жінки деградує швидше чоловічої. Це пов'язано з особливостями метаболічних процесів жінки. Фермент, що перетворює молекули спирту у жінок, менш активний, ніж у чоловіків, і тому алкоголь потрапляє у кров у незмінному стані. Більш високі концентрації алкоголю в крові, природно, підсилюють його руйнівну дію на організм. Так, вчені визначили, що мінімальна кількість алкоголю, яку може викликати цироз печінки в організмі жінки, у два-три рази менше необхідного для чоловіків. У жінок, які страждають алкогольною залежністю, швидко розвивається ураження печінки, нирок, серця, головного мозку, кровоносних судин, залоз внутрішньої секреції. Наслідки алкоголізації для здоров'я жінок виявляються важче, ніж для чоловіків. У жінок під впливом алкоголю швидше виникають проблеми з центральною нервовою системою: настає зміна особистості, виникають різні психічні відхилення. Жінки з алкогольною залежністю частіше, ніж чоловіки, стають постійними пацієнтами психіатричних клінік.

Але найбільш небезпечним виявляється алкоголізм для організму жінки як майбутньої матері. Зловживання алкоголем підвищує ризик безпліддя, а також призводить до порушень менструального циклу, збільшення ймовірності мимовільних викиднів і ризику розвитку раку молочної залози. Зловживання алкоголем, руйнуючи організм жінки, виснажує її нервову й ендокринну системи і, зрештою, призводить до безпліддя.

Існує стереотип, що лікування алкоголізму у жінок відбувається важче, ніж у чоловіків. Але фахівці сходяться на думці, що жіночий алкоголізм лікується приблизно такими ж методами, як і чоловічий. Однак наслідки хронічного вживання алкоголю жінками призводять до більш плачевних результатів.

Таким чином очевидно, що психофізіологічні особливості людини виступають у ролі фактора, який визначає індивідуальну своєрідність адиктивної поведінки, можуть суттєво впливати на вибір об'єкта залежності, на темпи її формування, міру вираженості та можливість подолання.

Отже, існують і гендерно-вікові особливості залежної поведінки, які слід враховувати при наданні психологічної допомоги особистості.

Негативні психічні стани безробітних є наслідком емоційного переживання ними ситуації втрати роботи як критичної життєвої ситуації. У сприйнятті людини ці життєві обставини є складною психологічною проблемою, яка потребує пошуку нового рішення для її подолання.

Психологічна допомога безробітним з адиктивною поведінкою передбачає, насамперед, її психологічну діагностику.

Рання профілактика містить у собі як виявлення осіб, які зловживають без залежності, так і попередження розвитку залежності.

Методи раннього або своєчасного виявлення фактів адиктивної поведінки можуть істотно вплинути на подальший її розвиток завдяки своєчасному втручанням.

Психологічна допомога як вид послуги, що надається службою зайнятості, є зовнішнім соціально-психологічним фактором регуляції поведінки особистості безробітного, і має полягати у сприянні оптимальній самореалізації особистості через залучення внутрішніх механізмів її саморозвитку. Урахування психологічних закономірностей дозволяє знаходити ефективні способи надання психологічної допомоги людині у ситуації безробіття. Одним із ефективних способів є метод психологічного тренінгу.

Психологічна допомога особистості, схильної до адиктивної поведінки, спрямована на виявлення і виправлення умов, що сприяють проявам адиктивної поведінки; створення передумов попередження віхилень у поведінці, зокрема, через пропаганду здорового способу життя; створення сприятливого соціально-психологічного клімату в оточенні особистості; створення можливостей для самореалізації особистості у суспільстві; підвищення самооцінки; відпрацювання копінг-стратегії тощо.

Власне, психологічна допомога особистості здійснюється за такими напрямками, як психологічна превенція (попередження, профілактика) і психологічна інтервенція (подолання, корекція, реабілітація).

Загалом профілактично-корекційна робота спрямована на реалізацію таких функцій:

- виховну (поновлення позитивних якостей, що переважали до появи адиктивної поведінки);
- компенсаторну (формування прагнення компенсувати певні соціальні недоліки, активізація діяльності у тій сфері, де особистість може досягти успіху, реалізувати потребу в самоствердженні);
- стимулюючу (активізація позитивної суспільно-корисної діяльності через зацікавлене емоційне ставлення до особистості);
- коригувальну (виправлення негативних якостей особистості, коригування мотивації, ціннісних орієнтацій, поведінки);
- регулятивну (забезпечення впливу учасників міжособистісної взаємодії для зміни ступеня участі особистості у груповій діяльності з поступовим переходом до саморегуляції і самоконтролю). [1]

При цьому можна виділити такі етапи профілактично-корекційної роботи: формулювання проблеми,

висування гіпотези про причини появи адиктивної поведінки, діагностичний етап для перевірки і уточнення гіпотези, вибір адекватних методів і технологій надання психологічної допомоги особистості, складання програми та її реалізація, контроль за ходом реалізації програми і, за необхідності, внесення до неї коректив.

Можна зазначити такий підхід з надання психологічної допомоги особистості в профілактиці і корекції адиктивної поведінки, як тілесно-орієнтована терапія, що відноситься до напрямку гештальтпсихології. Вона спрямована, насамперед, на подолання «внутрішнього розколу» між тілесним і духовним, формування почуття довіри поняттям «тут» і «тепер».

Що стосується психопрофілактичної роботи, то необхідно, звичайно, проводити інформування, що передбачає вплив на когнітивні процеси особистості для підвищення її здатності приймати конструктивні рішення щодо власної поведінки (здійснюється через організацію лекцій, бесід, групових дискусій, поширення відео- і телефільмів тощо). [2]

Також можливо проводити активне соціальне навчання соціально-корисним навичкам, та допомагати активізувати особистісні ресурси, що реалізується через групові тренінги, участь у групах спілкування і особистісного зростання тощо.

Наголошується позитивний вплив на подолання адиктивної поведінки організація здорового способу життя та організація діяльності, альтернативної залежній поведінці.

Зрозуміло, що надання психологічної допомоги буде ефективним за умови бажання змін з боку адикта. Тому основними завданнями психологічної інтервенції за адиктивної поведінки особистості є такі: створення сприятливих соціально-психологічних умов для особистісних змін або одужання; розвиток мотивації на соціальну адаптацію або одужання; стимулювання особистісних змін; корекція поведінки з урахуванням специфіки її проявів у процесі психологічного консультування або психотерапії.

Ефективною формою роботи з особами, що мають залежні форми поведінки, є групові форми роботи, зокрема, психологічні тренінги. Такі тренінги застосовуються як для реабілітації алкоголіків і наркоманів, так і для подолання посттравматичної залежності. При цьому враховують такі психологічні механізми формування залежності, як дисоціація «розуму» і «тіла» внаслідок порушення переживання себе і своєї цілісності, з тим, щоби не відчувати фізичного чи душевного болю;

екзистенціальну ізоляцію як наслідок переживання розриву між унікальним «Я» і «Іншими», що, у свою чергу може призвести до злиття, розчинення в іншому (як найрадикальніший засіб розсіювання тривоги через знищення самосвідомості, передачу контролю над своїм життям іншій людині); внутрішнє відчуття часу – проживання не в теперішньому часі, а поза ним, відсутність часової перспективи, зокрема, через відсутність передбачуваного майбутнього.

Слід зауважити, що ці тренінги спрямовані на попередження виникнення тяжких форм залежності, оскільки її лікування – сфера психотерапії, що передбачає використання медичних препаратів. Основний зміст тренінгів складає робота з передачі особистості методів контролю і відповідальності за своє власне життя, ідентифікація ситуацій, в яких можливе формування шкідливих звичок, свідомої відмови від деструктивних форм поведінки. Відповідно вітчизняними дослідниками розроблені програми-тренінги профілактики алкогольної залежності, тютюнопаління та інших форм залежної поведінки через формування позитивної Я-концепції та ін. [3].

Висновки

У разі успішного лікування осіб з адиктивною поведінкою актуальною стає проблема їх соціально-психологічної реабілітації (відновлення життєвих функцій особистості, дезадаптованої через залежну поведінку). Ця проблема має розв'язуватися на декількох рівнях:

- соціально-правовому (юридична підтримка, працевлаштування тощо);
- медичному (протирецидивна терапія, лікування супутних соматичних і нервово-психічних захворювань);
- психологічному (активізація і розширення особистісних ресурсів, психологічна підтримка через консультування і психотерапію).

Література:

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: Курс лекцій. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
2. Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – 5-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 288 с.
3. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: Навч. посіб. – К.: ВПУ «Київський університет», 2002. – 308 с.
4. Скрипніков А. М., Напрєєнко О. К., Сонник Г. Т. Наркологія: навчально-методичний посібник / Під заг. ред. д. мед. н. професора А. М. Скрипнікова. – Полтава, 2005. – 424 с.
5. Хорни К. Женская психология: (Сборник) / Пер. с англ. — СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1993. – 224 с.

ОСОБЕННОСТИ АДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ БЕЗРАБОТИЦЫ (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ)

Г. А. Приб, И. Я. Пинчук

В статье рассматриваются теоретические взгляды на гендерные особенности аддитивной поведения в условиях безработицы, а также факторы, которые провоцируют адиктивное поведение: социальные, социально-психологические, психологические и биологические.

Ключевые слова: адиктивное поведение, безработица, гендер

FEATURES ADIKTIVNOGO BEHAVIOR IN UNEMPLOYMENT (GENDER ASPECT)

G. PRIB, I. PINCHUK

The article deals with theoretical views on gender sensitive additive behavior in unemployment, as well as factors that encourage addictive behavior: social, psycho-social, psychological and biological.

Keywords: addiction behavior, unemployment, gender

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.89

А. Е. Табачников

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ

ЛЕКЦИЯ ВТОРАЯ. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: трансактный анализ, психотерапевтическая теория, теория личности, феноменологический подход, эго-состояние

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

В трансактном анализе существует три способа концептуализации психических нарушений: конфузионная модель, конфликтная модель и модель дефицита развития [1].

1. Конфузионная модель. В соответствии с концепцией загрязнения (контаминации), нормальному функционированию Взрослого может препятствовать вторжение в него эго-состояний Родителя или Ребенка.

При контаминации Родителем индивид руководствуется родительскими установками (предрассудками, по терминологии Э. Берна), принимая их за реальные факты, что приводит к нарушениям социальной адаптации. Примерами предрассудков могут служить установки «Женщинам нельзя доверять», «Порядочные люди не лентяй», «Добро всегда побеждает» и т. д. Эти убеждения практически не осознаются и не поддаются критике. Наличие такой контаминации терапевт может определить по обилию в речи индивида безличных высказываний, вместо употребления «я».

При контаминации Ребенком события реальности интерпретируются сквозь призму представлений Ребенка о мире («иллюзий», по терминологии Берна), сформированных под влиянием травматического опыта, заученных эмоциональных или физиологических ответов («я хуже других», «я не нравлюсь людям» «люди, облеченные властью, могут нанести мне ущерб» и др.)¹

2. Конфликтная модель. В этой модели психические нарушения расцениваются как результат конфликта между различными частями Эго. Например, Родитель может подталкивать индивида к настойчивой работе, тогда как Ребенок может хотеть больше развлекаться. Другим примером может служить следование принятым в детстве сценарным решениям, что вступает в противоречие с реакциями Взрослого, пытающегося преодолеть ограничения сценария. Подобного рода столкновения приводят к появлению внутриличностных тупиков, не дающих индивиду эффективно функционировать.

Р. и М. Гулдинги, исходя из своего терапевтического опыта, составили перечень наиболее распространенных родительских посланий и принимаемых Ребенком сценарных решений [3]. Например, если родители постоянно критикуют детей за ошибки, те могут вообще отказаться от принятия важных решений в жизни, а если от них требуют «не вести себя как ребенок», дети,

вырастая, запрещают себе веселье, расслабленность и легкомысленное отношение к чему бы то ни было.

3. Модель исключения (дефицита развития). В этой модели психические нарушения расцениваются как результат нехватки в личности одного из эго-состояний. Причиной считается неадекватное воспитание на критических стадиях развития ребенка (дефицит развития) либо реакция психологической защиты, когда одно из эго-состояний исключает другие.

У людей, исключивших Родителя, отсутствуют готовые жизненные принципы для руководства поведением. Вместо этого, в каждой ситуации они создают эти принципы заново. При исключении Взрослого теряется способность к взрослой оценке действительности, а чувства, мысли и действия отражают борьбу Родителя и Ребенка и, как пишет Я. Стюарт, «могут казаться даже странными, при этом существует вероятность того, что мне могут поставить диагноз психически больного» [4]. При исключении Ребенка «исчезают» не только воспоминания детства, но и подавляется свойственное детям открытое выражение чувств. Такого человека воспринимают как холодного.

Если исключены два из трех эго-состояний, то действующее эго-состояние называют константным. Человек с константным Родителем живет слишком жесткими принципами, с константным Взрослым – «только и делает, что планирует, собирает и обрабатывает информацию, и не способен получать удовольствие» [4], с константным Ребенком – действует как незрелый или истеричный.

Причиной возникновения нарушений может служить вхождение человека в определенных ситуациях в свой дезадаптивный сценарий. Как и когда это может произойти со взрослым индивидом? При столкновении с любой проблемой у нас есть два пути: использовать взрослое мышление или войти в сценарий. По предположениям последователей Берна, индивид перестает реагировать на ситуацию «здесь и теперь» и входит в сценарий, когда ситуация «здесь и теперь», во-первых, воспринимается как стрессовая, а во-вторых, напоминает аналогичную стрессовую ситуацию из детства. При этом игнорируются некоторые аспекты реальности и преувеличиваются другие ее аспекты, так чтобы ситуация максимально соответствовала сценарной. Снижая способность индивида к автономному поведению, сценарий ограничивает его спонтанность, осознанность и способность к близости с другими.

¹ Т. Харрис называет такого Ребенка, сформировавшегося под влиянием родительских запретов «неблагополучным» [2].

Каковы механизмы поддержания нарушений, почему человек продолжает придерживаться сценария, даже если он приносит очень неприятные чувства? Сценарное поведение позволяло в детстве выжить. Став взрослыми, но, находясь в эго-состоянии Ребенка, мы продолжаем в это верить. Мы бессознательно стремимся организовать свой мир так, чтобы он соответствовал нашим ранним решениям. Восприятие индивидом действительности определяется (по Берну, – «служит оправданием») его сценарием. В конечном счете, все сценарии отвечают на вопрос: как добиться счастья (любви, признания)? В некоторых сценариях вехами на пути к счастью являются страдания («принцесса из сказки»), отвержение окружающими («гадкий утенок») и даже смерть («тогда они будут плакать и, наконец, поймут, как любил меня».) Отказ от «волшебного решения» сценария означает для Ребенка катастрофу, поскольку положенные по сценарию страдания могут быть лучше, чем то, с чем можно столкнуться при отвержении сценария².

Принятый сценарий может поддерживаться и воспроизводиться индивидом на протяжении всей жизни. Механизмом, обеспечивающим это, Берн считает поиск индивидом тех самых стимулов, к которым он привык в детстве, или толкование индивидом текущих событий тем образом, который соответствует предвзятым требованиям сценария [4]. Таким образом, сценарий приобретает характер самовыполняющегося пророчества, а поведение индивида поддерживает психические нарушения.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Терапия может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме (последнее – предпочтительно). Кроме того, возможна самотерапия с использованием книг по трансактному анализу, содержащих изложение его теории и соответствующие упражнения.

Цель терапии в ТА может быть определена несколькими способами.

Во-первых, следует отметить, что, как и ряд уже обсуждавшихся направлений в психотерапии, трансактный анализ может быть центрированным на симптоме (тогда целью будет устранение этого симптома) или на личности (тогда целью, в терминологии ТА, будет исправление жизненного сценария). В первом случае, клиент совместно с терапевтом определяет конкретную проблему, которую он хочет решить (например, «научиться спокойно вести себя с начальником»). Во втором варианте, цель терапии определяется более широко, как реконструкция личности на основе пересмотра жизненного сценария («превратить лягушек в принцесс»), осознания непродуктивности прежних стереотипов поведения. Освобождение от сценария, по Берну, сопровождается обретением автономности, которая характеризуется «высвобождением или восстановлением трех человеческих качеств: осознания, спонтанности и интимности» [4].

«Целью психотерапевтического лечения является восстановление способности свободно изменяться.

Такая свобода проистекает из осознания того, что такое Родитель и Дитя, и как их данные влияют на транзакции в настоящее время. Она также с необходимостью требует истинного знания о мире, в котором живет человек. Свобода подразумевает знание того, что каждый, с кем мы общаемся, имеет своего Родителя, Взрослого и Дитя». [2]

Во-вторых, цель терапии можно определить различными способами, опираясь на одну из вышеописанных психопатологических моделей. Сторонники конфузионной модели стремятся к восстановлению потенциала интегрированного Взрослого, конфликтной модели – к восстановлению способности выходить из внутриличностных тупиков, модели дефицита развития – восстановление недостающего эго-состояния.

Следует также отметить, что движение к цели терапии в ТА концептуализируется как проявление физиса, обеспечивающего автономию субъекта.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ

Берн определил, что терапевт должен руководствоваться тремя лозунгами: «...

1. Главное — не навредить. Прежде всего, психотерапевт не должен причинять вред. Вмешательство должно проводиться только в случае необходимости и до необходимой степени.
2. Целительная сила природы. Организм имеет внутренне стремление к здоровью, что касается как психологического, так и физического аспектов. Задача психотерапевта состоит в устранении препятствий к естественному исцелению и росту.
3. Я лишь врачую, исцеляет Бог. Психотерапевт оказывает пациенту помощь, но исцеляет его Бог; иначе говоря, психотерапевт проводит наиболее подходящее в данном случае вмешательство, избегая причинять пациенту вред или боль, остальное довершает природа» (цит. по [5].)

Отношения с клиентом определяются позицией «Я – о'кей, ты – о'кей» или как отношения интегрированного Взрослого к интегрированному Взрослому (позиция равенства). В ряде случаев (например, при использовании технологии «восстановления Родителя» – см. ниже) терапевт может взаимодействовать с пациентом с позиции Родителя.

Из позиции «Я – о'кей, ты – о'кей» логично вытекает взаимная ответственность терапевта и клиента за те изменения, которые они хотят осуществить, поэтому они заключают контракт, в котором определяется ответственность каждой стороны и доля участия каждого в предстоящей работе. Клиент указывает, что хочет изменить и что готов для этого сделать. Терапевт обязуется оптимально использовать свои профессиональные навыки для достижения этой цели, заявляя о том, какую компенсацию хочет получить за свою работу. Такой подход позволяет активизировать физис клиента и минимизировать деструктивные эффекты игр.

Терапевт стремится не быть вовлеченным в игры, а сосредоточить клиента на психотерапевтических

² Таким образом, Берн объясняет следование травматичному для индивида сценарию по фрейдовскому принципу первичной выгоды.

отношениях. Поэтому он ведет себя активно, но гибко с учетом уникальности личности клиента.

В работе терапевт использует принцип открытой коммуникации – говорить на простом языке, без профессиональной терминологии, хотя клиенту рекомендуется читать книги по ТА. Если терапевт ведет записи во время работы, они могут быть доступны пациенту.

Как уже указывалось, некоторые специалисты по транзактному анализу разработали техники самотерапии. Признавая, что даже терапия с участием врача является в определенной степени самотерапией, ТА видит роль терапевта:

- 1) в предоставлении пациенту обратной связи, позволяющей увидеть те аспекты реальности, которые пациент в своем сценарии обычно игнорирует;
- 2) в поддержке пациента, испытывающего страх при попытках выйти из сценария.

ОСНОВНЫЕ ТЕХНИКИ

Э. Берн в «Принципах группового лечения» писал, что лечение должно быть анализом эго-состояний, транзакций, игр и сценариев, причем именно в таком порядке (цит. по [3]). Таким образом, диагностическая часть транзактного анализа включает:

- анализ эго-состояний (структурный анализ) – исследование того, как и когда функционируют Родитель, Взрослый и Ребенок пациента;
- анализ транзакций личности – характера вербальных и невербальных взаимодействий пациента со значимыми другими – и психологических игр – скрытых транзакций, приводящих к желаемому исходу;
- анализ сценария личности.

В структурном анализе используется поведенческий диагноз (анализ терапевтом слов, мимики, жестов, поз, интонаций пациента), социальный диагноз (наблюдение за реакциями, которые индивид вызывает в других людях; например, если люди часто отвечают ему из Ребенка, значит, он обращается к ним из Родителя); исторический диагноз (анализ воспоминаний пациента, получение подтверждения того, что в его прошлом опыте действительно именно так проявлялось данное эго-состояние – его отец действительно так себя вел, когда читал нотации, значит, так себя ведя, пациент находится в Контролирующем Родителе); феноменологический диагноз (самонаблюдение пациента в значимых ситуациях). Терапия основывается на структурном диагнозе, при этом диагноз в терминах стандартной психиатрической классификации считается терапевтически не оправданным [5].

Для анализа транзакций и игр используются структурные диаграммы «Родитель – Взрослый – Ребенок», другие графические методы («драматический треугольник», уточняющий роли Преследователя, Жертвы и Спасителя в сценарии [6]), берновская формула анализа стадий игр (крючок + клев = реакция → переключение → смущение → расплата [7]) и др.

Для анализа (расшифровки) сценария пациента терапевт может предложить клиенту:

- возвратиться к одной из сцен детства, повлиявших на формирование личности пациента (сцена, в которой было принято сценарное решение)³;
- представить и описать своего любимого героя (Супермен, Золушка и т. д.), рассказать любимую сказку (миф), отождествляя себя с одним из персонажей;
- рассказать недавний или много раз повторявшийся сон, также отождествляясь с каким-то лицом или вещью;
- представить себя одним из находящихся в кабинете предметов, произнеся от его имени монолог или вступая от его имени в диалог с партнером;
- представить свою жизнь, как спектакль, определив его жанр, дав название и описав несколько сцен из него, происходящих в разные возрастные периоды, и т. д.

В терапевтической части используются следующие направления работы (в соответствии с изложенными выше патогенетическими подходами):

Деконтаминация направлена на усиление интегрированного Взрослого, который у пациента страдает от «загрязнения» Родителем или Ребенком (см. «Конфузионная модель»).

Для деконтаминации используются: уточнение, конфронтация (демонстрация клиенту несостоятельности «иллюзий» и «предрассудков»), разъяснение и иллюстрация (что думает об этом Взрослый терапевта и примеры, подтверждающие справедливость этого); проигрывание во взаимодействии с членами терапевтической группы той проблемы, с которой пациент пришел в терапию; переоценка клиентом с новых позиций прошлого опыта; кристаллизация – суммирование новой позиции клиента.

Многие из используемых здесь техник напрямую заимствованы у других психотерапевтических школ либо творчески переработаны (примером может служить техника пяти стульев E. Stuntz, в которой клиент использует пять стульев, чтобы представить Взрослого, Свободного и Приспособившегося Ребенка, Воспитывающего и Критического Родителя [8]). В процессе деконтаминации пациенты учатся понимать природу своих неадаптивных реакций, предугадывать и наблюдать их, исследовать их происхождение и функции, что запускает и удерживает эго-состояние Взрослого. Это дает возможность, осознав свое поведение, проверить его на предмет соответствия действительности и принять новое решение в соответствии с актуальными целями.

Разрешение конфликта между частями Эго. Как следует из названия, это направление работы в транзактном анализе имеет целью помочь пациенту найти выход из «внутриличностных тупиков» (см. «Конфликтная модель».)

³ Терапевт может поспособствовать такому возвращению, задавая в ходе беседы вопросы «Когда вы сейчас го-ворили, в каком возрасте вы себя чувствовали?», «Не напоминает ли вам то, что вы говорите о каком-то эпизо-де из вашего детства?», «Можете ли вы еще больше нахмурить брови? Какая картина приходит вам сейчас на ум?» (как вы видите, в ТА широко используются техники других психотерапевтических направлений).

Для их разрешения «оживляют» эго-состояние Ребенка, в котором с помощью техники работы со стульями (диалог противоборствующих частей личности) вновь переживается травматический опыт во всей его полноте. При необходимости, терапевт помогает пациенту, предлагая свои интерпретации. Затем клиента поощряют исследовать этот опыт, а также преимущества и недостатки принятого на его основе сценарного решения. Он получает возможность принять новое решение и проверить его на практике (эксперимент в быту с самомониторингом и периодическими обсуждениями промежуточных результатов с психотерапевтом), пока оно не закрепится в личности.

Технология «восстановления Родителя» (radical reparenting)⁴ направлена на обеспечение пациента опытом Родительских влияний, которого не хватало в детстве, новыми Родительскими посланиями, которые противоречат приказам сценария (см. «Модель исключения»). Следует отметить, что технология reparenting приобрела со временем скандальную репутацию в США в связи с обвинениями в ненаучности и вредности для пациентов, а ее автору, Jacqueline Schiff, даже пришлось покинуть страну во избежание судебного преследования. Вместе с тем, некоторые последователи Шифф, модифицировав эту технику, продолжают ее использовать. Терапия обычно проводится в группе. Вначале достигается полная регрессия пациента, затем его вновь проводят по циклу развития, но более здоровым путем (инкорпорация Родителя от психотерапевта). Когда этот процесс завершается, здоровая личность имеет в своем распоряжении поддерживающий и подталкивающий к действию набор руководящих ценностей, который она приобрела как результат позитивного Родительского влияния. Reparenting может касаться только отдельных дефицитов в личности, связанных с конкретными проблемами (симптомами), например, обеспечения поддержки, которую пациент не ощущал

4 «Школа катексиса» Джеки и Арона Шифф чаще работала с психотиками.

в детстве, или способности к отражению, осознанию себя для создания здоровой самооценки.

В ходе терапевтической работы нередко последовательно используется несколько вышеуказанных направлений работы [1]: например, вначале проводится деконтаминация Взрослого от Родителя и Ребенка, затем – выявление и разрешение «тупиков», в первую очередь, связанных с конфликтом между Родителем и Ребенком, что сопровождается принятием Взрослым новых решений.

Кроме того, пациент получает помощь по осознанию сценария и выходу из него.

«Чтобы выйти из сценария, необходимо обнаружить потребности, неисполненные в детском возрасте, и найти способы удовлетворения этих потребностей в настоящем. Для этого нужно использовать потенциал взрослого человека, а не полагаться на волшебное решение, заложенное в сценарии. Я должен поверить в то, что могу освободиться от паттернов сценария, и это не приведет к катастрофе, которая пугала меня в детстве» [4].

Литература:

1. Clarkson P., Gilbert M., Tudor K. *Transactional Analysis // Handbook of Individual Therapy*. – London: Sage Publications, 1996. – p. 219-253.
2. Харрис Т. Я - о'кей, ты - о'кей. – М.: Академический проект, 2006. – 172 с.
3. Гуддинг Р., Гуддинг М. *Психотерапия нового решения. Теория и практика* – М.: Независимая фирма «Класс», 2001 – 69 с.
4. Стюарт Я., Джойнс В. *Современный транзактный анализ*. – СПб.: Социально-психологический центр, 1996. – 330 с.
5. Паттерсон С., Уоткинс Э. *Теории психотерапии*. – СПб.: Питер, 2003. – 544 с.
6. Джеймс М., Джонсвард Д. *Рожденный выигрывать. Транзакционный анализ с геистальтупражнениями*. М.: Издательская группа «Прогресс», «Прогресс-Универс», 1993. – 336 с.
7. Берн Э. *Игры, в которые играют люди: психология человеческих отношений. Люди, которые играют в игры: Что вы говорите после того, как произнесли «Здравствуйте»? – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 640 с.*
8. Sparrow T., Knight A. *Applied EI. The Importance of Attitudes in Developing Emotional Intelligence*. – Chichester: John Wiley and Sons Ltd, 2006. – 326 p.

ТРАНСАКТНИЙ АНАЛІЗ ЛЕКЦІЯ ДРУГА: ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА МОДЕЛІ О. Ю. ТАБАЧНИКОВ

Стаття містить другу частину лекції «Трансактний аналіз» з циклу «Теоретичні основи психотерапії» (перша частина цієї лекції надрукована раніше). У статті викладаються погляди Е. Берна та його послідовників на причини та механізми формування психічної дезадаптації, а також на цілі, терапевтичний стиль та психотерапевтичні процедури.

Ключові слова: трансактний аналіз, психотерапевтична теорія, феноменологічний підхід, его-стан

TRANSACTIONAL ANALYSIS LECTURE 2: THE PSYCHOPATHOLOGICAL AND THE PSYCHOTHERAPEUTIC CONCEPTS A. TABACHNIKOV

The article contains the second part of the lecture “Transactional analysis” from “Theoretical Basics of Psychotherapy” series (the first part of the lecture was published previously). The lecture is devoted to Berne’s views on reasons and mechanisms non-adaptive personality functioning and on the goals, therapeutic style and psychotherapeutic procedures.

Keywords: transactional analysis, psychotherapeutic theory, phenomenological approach, ego-state

УДК 616. 89

А. Н. Дзюба, О. С. Орлова
КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ. ПРОБЛЕМА РАННЕЙ
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

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

Тяжелые когнитивные нарушения являются неизбежным спутником современного общества. По данным ВОЗ в 2005 году деменцией страдали 0,379% мирового населения. А в 2006 году общемировая заболеваемость данной нозологией составляла 26,6 млн. Учитывая, что формирование деменции является бременем как для самого пациента, так и для его семьи и общества в целом, в ведении пациентов с когнитивными нарушениями принципиально важной является ранняя диагностика с последующим ранним терапевтическим вмешательством соответственно. Прежде всего, это касается когнитивных нарушений, связанных с потенциально курабельными состояниями, такими как депрессия или дисметаболические состояния. Вместе с тем на уровне первичного звена медицинской помощи синдром когнитивных нарушений диагностируется недостаточно. Среди причин недостаточной диагностики врачи упоминают недостаток времени на приеме, отсутствие жалоб пациента на нарушения памяти, отсутствие явных признаков деменции у пациента, а также уверенность в некурабельности когнитивных нарушений. Также, предлагая пройти обследование когнитивных функций, врачи опасаются возникновения конфликтной ситуации с пациентом. В целом это приводит к усугублению оставшегося без внимания когнитивного дефицита той или иной степени выраженности и тем самым осложняет в дальнейшем терапевтические возможности уже наступившей деменции.

Цель исследования. Изучить ранние клинические и доклинические проявления когнитивных и аффективных нарушений у лиц среднего возраста.

Методы исследования. Нами было обследовано 32 пациента общесоматического профиля. Группа пропорционально состояла из 16 мужчин и 16 женщин, исследуемые были сопоставимы по уровню образования и актуальному социальному статусу. Возрастной диапазон составил 45–60 лет. На момент исследования респонденты не имели ранее диагностированного

когнитивного расстройства. Обследование проходило на этапе становления ремиссии основного заболевания. Проведение экспериментально-психологического исследования включало в себя использование комплекса нейропсихологических тестов: Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA), теста рисования часов, теста вербальных ассоциаций, пробы Шульте. Для оценки эмоционального состояния пациентов использовалась госпитальная шкала депрессии и тревоги. Для оценки качества жизни – шкала SF-36. Статистическая обработка осуществлялась с помощью статистического пакета SPSS Statistics 17.0.

Результаты. Клиническая симптоматика у 55% пациентов соответствовала диагностическим критериям умеренных когнитивных расстройств. У 30% нейропсихологическое тестирование выявило легкие когнитивные расстройства. Полученные результаты лишь подчеркивают необходимость проведения диагностических мероприятий в данной возрастной категории.

Выводы

Результаты исследования достоверно показали, что в возрасте 45–60 лет происходит заметное формирование когнитивного снижения. Учитывая тот факт, что легкие когнитивные нарушения при наличии тяжелой сопутствующей соматической патологии и других неблагоприятных факторов за короткий срок способны прогрессировать до более глубокого уровня патологических изменений. Также учитывая, что умеренные когнитивные расстройства у 12–15% пациентов трансформируются в деменцию (по данным Захарова В. В. и Яхно Н. Н.) Представляется важным начало терапевтического процесса именно на додементном этапе. Дальнейшее развитие и внедрение методик ранней диагностики когнитивных и аффективных нарушений в первичную медико-санитарную сеть позволит оптимизировать медикаментозную интервенцию и замедлить темпы прогрессирования данных расстройств.