

Науково-практичний журнал
Том 19, №1 (72) ' 2013

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

Головний редактор І. Я. Пінчук
Заступник головного редактора О. О. Хаустова
Випускаючий редактор А. В. Чайка

Редакційна колегія:

Дзюба О. М., Зінченко О. М., Ілейко В. Р., Марценковський І. А., Олійник О. П.,
Пішель В. Я., Полив'яна М. Ю., Ревенко О. А., Степанова Н. М., Табачников С. І.,
Чабан О. С., Шум С. С., Цюмлик О. В.

Редакційна рада:

Р. В. Богатирьова (Україна), В. А. Абрамов (Україна), К. В. Аймедов (Україна), Р. Барнасі (Великобританія),
В. С. Бітенський (Україна), В. А. Вербенко (Україна), П. В. Волошин (Україна), Г. Герайбейли (Азербайджан),
Н. О. Дзеружинська (Україна), С. К. Євтушенко (Україна), З. Каспер (Австрія), Кекелідзе З. І. (Росія),
Т. А. Кафаров (Азербайджан), О. Г. Карагодіна (Україна), Г. М. Кожина (Україна), В. М. Краснов (Росія),
Є. В. Кришталь (Україна), О. А. Левада (Україна), І. В. Лінський (Україна), І. О. Мінко (Україна), М. В. Маркова
(Україна), Н. О. Марута (Україна), П. В. Морозов (Росія), О. К. Напрєєнко (Україна), В. А. Піщиков (Україна),
А. В. Погосов (Росія), Ю. В. Попов (Росія), М. М. Пустовойт (Україна), Д. Пукас (Литва), Н. Г. Пшук (Україна),
П. Ринков (Білосусь), Ю. С. Савенко (Росія), В. П. Самохвалов (Чехія), І. Д. Спіріна (Україна), О. Ю. Табачников
(Україна), Е. Тейлор (США), О. Цицкарідзе (Грузія), Б. А. Шахметов (Казахстан), Л. М. Юр'єва (Україна),
О. О. Фільц (Україна), В. В. Чайківська (Україна), Д. Угрін (Великобританія), В. Фримонт (США).

Засновник і видавець:

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Свідцтво про державну реєстрацію КВ№ 16431-4903ПР від 15.02.2010 р.
Атестовано Вищою атестаційною комісією України (Бюлетень ВАК України, 2010, № 1).
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: *Пилипчук Т.*
Редактор-коректор: *Очертько Н. В.*
Комп'ютерна верстка: *Очертько Я. В.*

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІССПН (протокол засідання № 8 від 5.09.2012 р.).
Здано до набору 19.02.2013 р. Підп. до друку 12.04.2013 р. Формат 60×84/8. Друк офс. Папір офс.
Гарнітура «Times». Обл.-вид. арк. 24,75. Ум.-друк. арк. 23,79. 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 копіювання 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

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

<i>І. Я. Пінчук, Р. М. Богачев, М. К. Хобзей, О. О. Петриченко</i> ДИНАМІКА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В ПЕРІОД 2008–2012 РР. ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ КРАЇНИ.....	11
---	----

<i>О. М. Зінченко</i> КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ	17
---	----

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Р. І. Білобрюка</i> СТИГМА В ПСИХІАТРІЇ	22
---	----

<i>А. В. Ежов</i> ПСИХОТЕРАПІЯ ПСИХІЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ	24
--	----

<i>В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, В. В. Сотніченко</i> КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ В СИСТЕМІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ.....	28
--	----

<i>О. С. Чабан</i> ГІПОТЕЗИ ТА ІДЕЇ ДЛЯ НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ В ОБЛАСТІ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОСОМАТИКИ.....	32
--	----

<i>О. О. Лазуренко</i> ПСИХОЕМОЦІЙНІ СКЛАДОВІ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	34
--	----

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Ц. Б. Абдрахімова</i> ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА РОЗВИТОК НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ	40
--	----

<i>О. М. Авраменко, О. О. Хаустова</i> ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВЗАЄМВПЛИВУ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ І ДЕПРЕСІЇ	48
---	----

<i>А. Vasylyeva, N. Kyrychenko</i> EFFICIENCY OF CORRECTION OF EMOTIONAL DISORDERS IN WOMEN SUFFERING FROM MALIGNANT TUMORS OF REPRODUCTIVE SYSTEM	52
---	----

CONTENTS

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

<i>I. Pinchuk, R. Bogachev, M. Khobzey, O. Petrichenko</i> DYNAMICS OF MENTAL HEALTH OF THE UKRAINIAN POPULATION IN THE PERIOD FROM 2008 TO 2012 AND PERSPECTIVES OF PSYCHIATRIC SERVICE DEVELOPMENT	11
--	----

<i>E. Zinchenko</i> STAFFING PSYCHIATRIC SERVICE OF UKRAINE	17
--	----

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>R. Bilobryvka</i> STIGMA IN PSYCHIATRY	22
--	----

<i>A. Iezhov</i> PSYCHOTHERAPY OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS FOR PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY: PERSPECTIVE OF DEVELOPMENT	24
---	----

<i>V. Pishel, M. Polyviana, V. Sotnichenko</i> MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CRITERIA IN THE SYSTEM OF ASSESSMENT QUALITY CARE FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA	28
---	----

<i>O. Chaban</i> HYPOTHESES AND IDEAS FOR SCIENCE- RESEARCH ON MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOSOMATICS	32
---	----

<i>O. Lazurenko</i> MENTAL AND EMOTIONAL COMPONENTS OF LIFE AND HEALTH OF PEOPLE	34
--	----

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>C. Abdryahimova</i> FEATURES IMPACT ON DEVELOPMENT POSTTRAUMATIC STRESS NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PERSONS WITH PARTIALLY SIGHTED TRAUMATIC	40
--	----

<i>O. Avramenko, E. Khaustova</i> SOME ASPECTS OF THE MUTUAL INFLUENCE OF CHRONIC PAIN AND DEPRESSION	48
---	----

<i>A. Vasylyeva, N. Kyrychenko</i> EFFICIENCY OF CORRECTION OF EMOTIONAL DISORDERS IN WOMEN SUFFERING FROM MALIGNANT TUMORS OF REPRODUCTIVE SYSTEM	52
---	----

В. А. Вербенко, Г. Н. Вербенко
 ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ
 НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АФФЕКТИВНОГО
 СПЕКТРА 55

Н. В. Горлов
 ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
 РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА
 НА ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЕГО ДИНАМИКИ 61

О. М. Дзюба, Н. О. Дзеружинська, Є. В. Харчук
 ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ
 НА ФОРМУВАННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ
 СИМПТОМАТИКИ ТА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ
 У ОСІБ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ 64

І. Ф. Здорик
 КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ЖІНОК, ЯКІ
 СТРАЖДАЮТЬ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ,
 ПОЄДНАНІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ 66

О. А. Левада, А. В. Траїлін
 СПЕКТР ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І
 ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ НА ЕТАПАХ
 ФОРМУВАННЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ
 ДЕМЕНЦІЇ ЗА ДАНИМИ NEUROPSYCHIATRIC
 INVENTORY 69

О. С. Орлова
 КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В
 НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 74

О. П. Романів
 ИНФАРКТ МИОКАРДА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ
 СУИЦИДОЛОГИИ: СПИЛЬНІ МЕХАНІЗМИ
 АУТОАГРЕСИЇ, ПАРАЛЕЛІ
 ТА ВІДМІННОСТІ В ПОРІВНЯННІ
 З НЕЗАВЕРШЕНИМ СУИЦИДОМ 79

М. А. Соловьева
 ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ
 СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У СЛУЖАЩИХ
 ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
 В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА
 (ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ) 85

Л. В. Степаненко
 ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ
 МИТОКОРЕКТИНУ НА РОЗВИТОК ПРОЦЕСІВ
 НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦІЇ У ТВАРИН
 У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ВІДТВОРЕНОГО
 ПОВТОРНОГО ІНСУЛЬТУ 86

*S. Titievsky, I. Babyuk, A. Tabachnikov,
 O. Studzinsky, S. Ushenin*
 SUPERVISION IN THE STRUCTURE OF
 POSTGRADUATE PHYSICIANS' COGNITIVE
 THERAPY'S TEACHING 92

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

И. А. Марценковский
 АУТИЗМ И ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ
 РАССТРОЙСТВО: ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ И
 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ 95

V. Verbenko, G. Verbenko
 PRINCIPLES OF FORMATION THE
 NEUROCOGNITIVE DYSFUNCTIONS
 IN AFFECTIVE DISORDERS 55

N. Gorlov
 THE INFLUENCE OF APPEARING FEATURES OF
 THE RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER ON THE
 CONSISTENT PATTERN OF ITS DYNAMICS 61

A. Dzyuba, N. Dzeruzhinskaya, E. Harchuk
 THE INFLUENCE OF HYPERTENSION IN RESPECT
 OF THE FORMATION OF PSYCHOPATHOLOGY AND
 COGNITIVE IMPAIRMENT IN PERSONS
 WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA 64

I. Zdoryk
 COGNITIVE IMPAIRMENT IN WOMEN WITH
 DEPRESSIVE DISORDERS, COMORBIDED WITH
 ARTERIAL HYPERTENSION 66

O. Levada, A. Trailin
 THE SPECTRUM OF PSYCHOPATHOLOGICAL AND
 BEHAVIORAL SYMPTOMS AT THE STAGES OF
 FORMATION OF THE SUBCORTICAL VASCULAR
 DEMENTIA ACCORDING TO NEUROPSYCHIATRIC
 INVENTORY 69

O. Orlova
 COGNITIVE AND AFFECTIVE DISORDERS IN
 NEUROLOGICAL PRACTICE (ANALYTIC REVIEW) ... 74

O. Romaniv
 MYOCARDIAL INFARCTION THROUGH THE PRISM
 OF SUICIDOLOGY: SHARED MECHANISMS OF
 AUTOAGGRESSION, PARALLELS AND
 DIFFERENCES IN COMPARISON WITH AN
 UNCOMPLETED SUICIDE 79

M. Solovjova
 GUIDELINES FOR PREVENTION STRESS
 DISORDER AMONG EMPLOYEES FINANCIAL
 AND CREDIT INSTITUTIONS IN THE
 EU COUNTRIES (ACCORDING
 TO WORLD LITERATURE) 85

L. Stepanenko
 THE STUDY OF PROTECTIVE ACTION OF
 MITOCORRECTIN ON THE NEURODEGENERATION
 PROCESSES DEVELOPMENT OF ANIMALS IN THE
 REMOTE PERIOD OF THE REPRODUCED
 RECCURENT STROKE 86

*S. Titievsky, I. Babyuk, A. Tabachnikov,
 O. Studzinsky, S. Ushenin*
 SUPERVISION IN THE STRUCTURE OF
 POSTGRADUATE PHYSICIANS' COGNITIVE
 THERAPY'S TEACHING 92

CHILD'S PSYCHIATRY

I. Martsenkovsky
 AUTISM AND HYPERKINETIC DISORDERS:
 PROBLEM COMORBIDITY
 AND DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC 95

<i>И. И. Марценковская</i> ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	100
---	-----

<i>Т. М. Пушкарьова, О. С. Омельченко</i> ЕТАПНА ПСИХОДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	102
---	-----

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>О. А. Ревенок, О. П. Олійник, О. В. Радзевілова</i> СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ У ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ (ЗАКОНОДАВЧІ, МЕТОДОЛОГІЧНІ, КЛІНІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ)	107
---	-----

<i>В. Р. Ілейко</i> АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ І СКЛАДАННЯ ВИСНОВКУ (АКТА) КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ	111
--	-----

<i>С. С. Шум, І. В. Руденко, О. О. Суховій</i> СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСІБ, ЯКІ ЗАХВОРИЛИ НА ПСИХІЧНІ ХВОРОБИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-СЛІДЧИХ ДІЙ, ВНАСЛІДОК ЧОГО ДО НИХ БУЛИ ЗАСТОСОВАНІ ПРИМУСОВІ ЗАХОДИ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ В ПСИХІАТРИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ІЗ СУВОРИМ НАГЛЯДОМ	114
---	-----

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<i>О. А. Божук</i> МАТЕРИНСТВО ЯК ОСОБЛИВИЙ ПРОЯВ НУЖД ТА ПОТРЕБНИСНО-МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ ЖІНКИ	120
---	-----

<i>О. В. Гришина, О. О. Хаустова</i> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ЖІНОК-ПОВІЙ	123
---	-----

<i>О. В. Піонтковська</i> ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДИТИНИ	127
---	-----

<i>О. О. Хаустова, С. Г. Сахно</i> МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'Ю В ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ	130
---	-----

<i>Н. М. Степанова</i> АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ	134
--	-----

<i>I. Martsenkovska</i> LONG-TERM THERAPY OF ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS IN CHILDREN WITH BIPOLAR DISORDER	100
---	-----

<i>T. Pushkareva, A. Omelchenko</i> THE STEP BY STEP PSYCHODIAGNOSTICS OF MENTAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH PERINATAL CEREBRAL-ORGANIC PATHOLOGY	102
--	-----

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>A. Revenok, O. Oliynyk, A. Radzevilova</i> FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION OF STATES OF ALCOHOL DEPENDENCE IN CIVIL PROCEEDINGS (LEGAL, METHODOLOGICAL, CLINICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS)	107
--	-----

<i>V. Ileyko</i> GUIDELINES TO PERFORMING COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL PSYCHIATRIC EXPERTISE AND DRAWING UP AN EXPERT OPINION	111
--	-----

<i>S. Shum, I. Rudenko, A. Sukhovey</i> SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PERSONS WHO BECAME MENTALLY ILL DURING THE COURT INVESTIGATION, WHEREUPON TO THEM WERE APPLIED COMPULSORY MEDICAL MEASURES IN THE HOSPITAL WITH STRICT SUPERVISION	114
---	-----

MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>O. Bozhuk</i> MOTHERHOOD AS DISTINCT FORMS OF HARDSHIP AND NEEDS-MOTIVATIONAL SPHERE PERSONALITY WOMEN	120
--	-----

<i>O. Grishina, E. Khaustova</i> SPECIFICITY OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS UTILIZATION IN WOMEN ENGAGED IN PROSTITUTION	123
--	-----

<i>O. Piontkovskaya</i> PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER PATHOLOGY IN PRIMARY HOSPITALIZATION.	127
---	-----

<i>E. Khaustova, S. Sachno</i> MOTIVATIONAL INTERVIEW IN DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS WITH PSYCHOSOMATIC PATIENTS	130
--	-----

<i>N. M. Stepanova</i> ACTUAL ASPECTS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL WORK WITH ELDERLY AGE PEOPLE	134
---	-----

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

И. С. Рыткис

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРАТЕГИЙ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ,
ДОМИНИРУЮЩИХ МОТИВОВ КУРЕНИЯ И
НЕКОТОРЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ
СТУДЕНТОВ С ПРИВЫЧНЫМ КУРЕНИЕМ И НА
ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ
ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ 138

С. І. Табачніков, Є. М. Харченко, Г. А. Приб,

*А. М. Вієвський, Т. В. Синіцька, К. А. Власова,
Ю. А. Войтенко, Д. А. Судья*
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ АДДИКТИВНИХ
РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ УКРАЇНИ,
ЩО ПРИЙМАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) 141

ТЕЗИ

ТЕЗИ 147

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

I. Ritkis

RELATIONSHIP COPING BEHAVIOR STRATEGIES,
THE DOMINANT MOTIVES OF SMOKING AND
SOME PERSONAL STUDENTS FEATURES
WITH HABITUAL SMOKING AND
THE INITIAL STAGES OF FORMATION
OF TOBACCO DEPENDENCE 138

S. Tabachnikov, E. Kharchenko, G. Prib,

*A. Viyevskiy, T. Sinitskaya, K. Vlasova, Y. Voytenko,
D. Sudia*
SOME ASPECTS OF ADDICTIVE DISORDERS IN
ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE IN UKRAINE
TAKING PSYCHOACTIVE SUBSTANCES 141

THESES

THESES 147

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК 616.89-008.191-036.8

І. Я. Пінчук^{1,2}, Р. М. Богачев¹, М. К. Хобзей¹, О. О. Петриченко¹ ДИНАМІКА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В ПЕРІОД 2008–2012 рр. ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ КРАЇНИ

Міністерство охорони здоров'я України¹ (Київ),
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України² (Київ)

Ключові слова: психічне здоров'я, психіатрична допомога в Україні, стратегія

За визначенням ВООЗ, психічне здоров'я не є просто відсутністю психічного розладу. Це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти. Психічно здоровою є людина, яка не має симптомів та синдромів психічного розладу, соціально адаптована та отримує задоволення від життя.

На частку психічних розладів припадає 12% глобального тягаря хвороб в усіх країнах світу. За оцінками експертів ВООЗ, до 2020 року на їх частку припадає 15% років життя, втрачених через непрацездатність (Disability-adjusted life year – DALY). Встановлено, що максимальний тягар психічних розладів лягає на плечі людей молодого віку, тобто найбільш продуктивної групи населення. Для економічного тягаря психічних розладів характерним є те, що частка непрямих втрат значно, у 2–6 разів, перевищує прямі витрати на лікування.

У багатьох країнах світу проблемам психічного здоров'я приділяється недостатньо уваги як з боку держави, так і з боку суспільства та медичної спільноти. Україна в цьому випадку не є винятком, про що свідчать статистичні показники.

Аналіз показника захворюваності на розлади психіки та поведінки за 5-річний період свідчить про зменшення його на 8,7% (рис. 1).

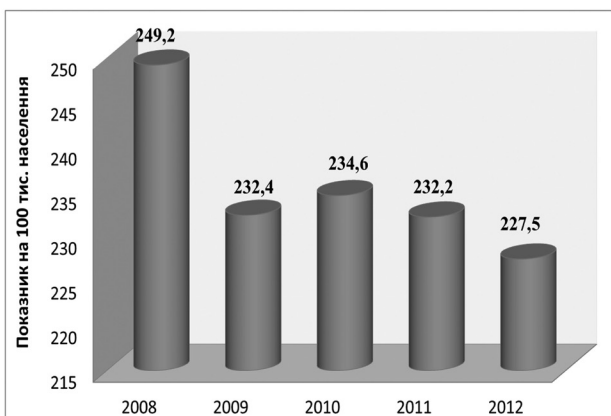


Рис. 1. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у 2008–2012 роках

Цей показник в Україні на початку 2008 році склав 249,2 на 100 тис. населення, у 2009 році показник знизився до 232,4, а у 2010 році відзначилось його зростання до 234,6 на 100 тис. населення. У 2011 році показник захворюваності знову набув тенденції до зниження і склав 232,2, а в 2012 році – 227,5.

У регіонах України в 2012 році середній в Україні показник захворюваності на розлади психіки та поведінки 227,5 перевищено у 12 регіонах.

Найвищий показник зафіксовано у Житомирській області – 391,6 на 100 тис. населення, він на 72,1% перевищував середній в Україні показник захворюваності, у Київській області – 381,9, перевищення – на 67,9%, у Чернігівській – 313,2, перевищення – на 37,7%

У м. Києві показники нижчі середнього в Україні – 138,8 (на 39,0% менше середнього в Україні показника), у Чернівецькій області – 147,0 (менше на 35,4%), у м. Севастополі – 149,0 (менше на 34,5%), у Миколаївській області – 159,15 (менше на 30,0%).

У структурі показників захворюваності (рис. 2), як і минулі роки, серед усіх розладів психіки та поведінки в 2012 році переважала неспсихотична група розладів психіки (72,2% або 164,3 на 100 тис. населення). При середньому в Україні показнику 164,3 на 100 тис.

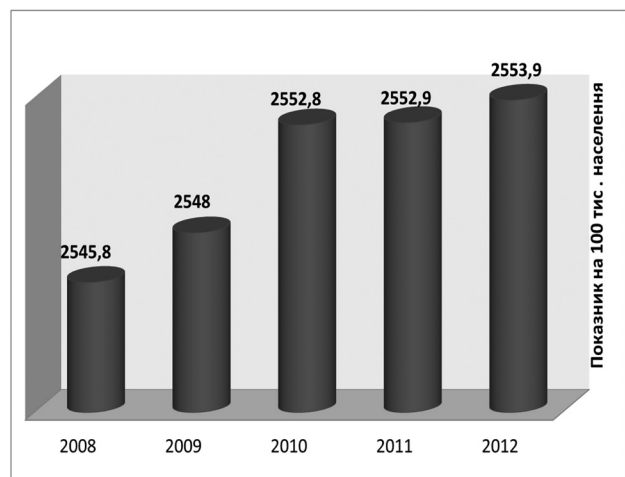


Рис. 2. Поширеність розладів психіки та поведінки у 2008–2012 роках

населення, коливання цього показника у регіонах відбувалося у межах від 96,2 у Чернівецькій до 302,7 у Житомирській областях.

На другому місці серед показників захворюваності – показники розладів психіки та поведінки психотичного характеру – 19,2% або 43,7 на 100 тис. населення.

Група розладів психіки психотичного характеру в 2012 році мала великі відхилення у регіонах України. Середній в Україні показник 2012 року – 43,7 на 100 тис. населення; у Харківській області показник захворюваності досягав 67,4, у Запорізькій області – 64,9. Найнижчий показник у Івано-Франківській – 23,5, Тернопільській – 24,6, Львівській – 26,2, Волинській – 26,6 областях.

Показники розумової відсталості 2012 року становили 8,6% захворюваності на розлади психіки та поведінки або 19,5 випадків на 100 тис. населення.

Середній в Україні показник захворюваності на розумову відсталість 2012 року – 19,5 на 100 тис. населення.

У 1,8 раза мало місце перевищення показника у Житомирській (35,4), Київській (35,1) областях, на 35,9% – у Закарпатській (26,4), Сумській (26,4) областях.

Значно нижче середнього показника захворюваності на розумову відсталість 2012 року спостерігалися у м. Києві – 3,0 на 100 тис. населення (нижче середнього в Україні у 6,4 рази), м. Севастополі – 5,5 (нижче середнього у 3,5 рази), у Дніпропетровській області – 9,2 (нижче середнього – у 2,1 рази).

Аналіз поширеності розладів психіки та поведінки свідчить про те, що на кінець 2012 року у психіатричних закладах України під диспансерним та консультативним спостереженням перебувало 1160846 осіб з різними формами цієї патології. Виявляється поступове зростання показника поширеності розладів психіки та поведінки всіх груп психічної патології, без значних щорічних коливань. Протягом 5 років цей показник збільшився на 0,3% і складав у 2012 році 2553,9 на 100 тис. населення (в 2008 р. – 2545,8) (рис. 2).

Найбільш високі показники поширеності розладів психіки та поведінки, як і в попередні роки, реєструвались у Херсонській (3066,9), Черкаській (3017,3), Донецькій (2985,3) областях. Нижчим за середній в Україні цей показник був у м. Києві (1894,8), м. Севастополі (1944,5), Вінницькій (2004,1), Миколаївській (2184,4), Полтавській (2231,1) областях.

У структурі поширеності розладів психіки та поведінки найбільший відсоток у динаміці стабільно зберігають неспсихотичні психічні розлади – 49,9%, або 1275,1 на 100 тис. населення, розлади психотичного характеру склали 27,0% або 689,5, розумова відсталість – 23,1% або 589,4.

Середній в Україні показник поширеності розладів психіки та поведінки неспсихотичного характеру складав 2012 року 1275,1 на 100 тис. населення України. Найбільш високий показник у регіонах 2012 року реєструвався у Черкаській (1619,25), Донецькій (1546,0), Луганській (1519,1), Харківській (1510,3) областях, майже вдвічі меншими ці показники були у Вінницькій (866,1),

Миколаївській (892,4) областях, м. Києві – (952,5), Полтавській (988,3) області.

У показниках поширеності розладів психіки та поведінки психотичного характеру (середній в Україні – 689,5 на 100 тис. населення) коливання були дещо меншими, ніж у показниках поширеності неспсихотичного характеру: від 859,7 на 100 тис. населення – у Харківській, 847,3 – у Донецькій, 792,3 – у Луганській областях, до 527,3 – у Тернопільській, 529,3 – у Кіровоградській, 560,2 – у Чернівецькій областях (середній в Україні – 689,5).

Значні коливання відзначалися у показниках поширеності розумової відсталості. Середній в Україні 2012 року даний показник 589,4 на 100 тис. населення. Значне перевищення показника спостерігалося у Херсонській – 1040,4, Одеській – 784,0, Сумській – 782,3 областях, нижчі за середній в Україні показники поширеності розумової відсталості зазначалися у м. Києві – 216,7, м. Севастополі – 323,8, Житомирській – 443,5 області.

Інвалідність. Вивчення показників інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів показало, що на початок 2013 р. в Україні 282748 хворих на розлади психіки та поведінки мали групу інвалідності, з них 8,1% дітей віком 0–17 років включно. 11585 хворих за 2012 р. були визнані інвалідами первинно. У порівнянні з 2008 р. кількість хворих, первинно визнаних інвалідами, зменшилась на 0,4% з 25,2 на 100 тис. населення або 11636 осіб у 2008 році до 25,5 або 11585 осіб у 2012 році. За цей же період на 4,0% зросла кількість хворих на кінець року, які мають групу інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки з 588,5 на 100 тис. населення у 2008 році до 622,1 у 2012 році.

Найбільший показник первинно визнаних інвалідами у 2012 році зареєстрований у Миколаївській – 40,1 на 100 тис. населення, Чернігівській – 35,7, Кіровоградській – 35,3, Чернівецькій – 35,0 областях, нижчим за середній в Україні (25,5), цей показник спостерігався у Житомирській області – 17,1, АР Крим – 17,8, м. Києві – 18,0, Харківській області та м. Севастополі – по 19,8.

У середньому в Україні групу інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки мають 622,1 осіб на 100 тис. населення. Перевищений цей показник у 2012 р. у Чернігівській – 761,4, Волинській – 757,6, Івано-Франківській – 711,9 областях, нижчим за середній в Україні показник спостерігався у Закарпатській – 478,5, Київській – 478,8 областях, м. Севастополі – 481,5, АР Крим – 497,0.

У структурі визнаних інвалідами первинно та контингенті осіб з розладами психіки та поведінки, які мали групу інвалідності в 2012 році, перше рангове місце посідала розумова відсталість (35,0% і 37,3% відповідно), на другому місці була група захворювань на шизофренію, шизоафективні, шизотипові та інші хронічні маячні психічні розлади (28,2% і 36,1%, відповідно), на третьому місці – органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки (22,4% і 14,6% відповідно), епілепсії (3,7% і 9,7% відповідно) (рис. 3).

Необхідно зазначити, що при поступовому зменшенні показників первинно визнаних інвалідами різних груп

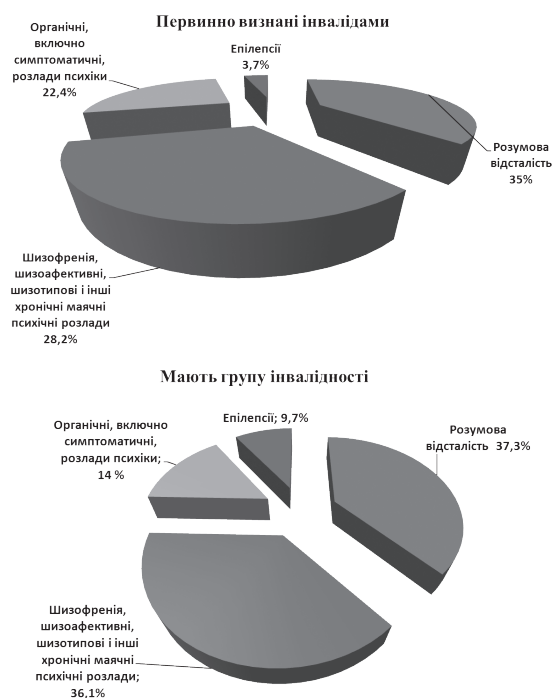


Рис. 3. Структура інвалідності осіб з розладами психіки та поведінки у 2012 році

захворювань, показники кількості хворих, які мають групу інвалідності на кінець року зростають у групах шизофренії, шизоафективних і інших маячних розладів з 208,9 на 100 тис. населення у 2008 році до 224,4 – у 2012 році та розумової відсталості – з 211,5 до 232,1 відповідно.

Аналіз показників діяльності психіатричної служби свідчить про те, що протягом 2012 року хворі на розлади психіки та поведінки отримували психіатричну допомогу у 84 психіатричних та психоневрологічних лікарнях, 28 психоневрологічних диспансерах, 660 психіатричних, 2 психоендокринологічних та 141 психотерапевтичних кабінетах.

Лікарями психіатричних диспансерів з метою профілактичних попередніх та періодичних психіатричних оглядів оглянуто 1848765 осіб, у 5729 з них виявлені розлади психічного здоров'я, що складає 0,31%.

На кінець 2012 р. в Україні функціонувало 39251 психіатричних ліжок, 1781 з них – для дітей віком 0–17 років включно, крім того, 180 психосоматичних ліжок.

Протягом 2012 року ліжковий фонд психіатричних закладів скоротився на 559 ліжок (більше ніж на 1,4%), за 5-річний період – на 8,5% (з 42935 у 2008 році до 39251 у 2012 році).

Забезпеченість населення психіатричними ліжками для дорослих на кінець 2012 року складала 100,0 на 100 тис. населення або 39251 ліжок. За 5-річний період кількість психіатричних ліжок для дорослих скоротилась на 7,7% (з 108,3 у 2008 році до 100,0 у 2012 році) (рис. 4).

Найбільша забезпеченість психіатричними ліжками для дорослих у 2012 році, як і в попередні роки, спостерігалася у Сумській (139,1), Дніпропетровській (137,9) областях, АР Крим (124,7). Нижчим за середній в Україні

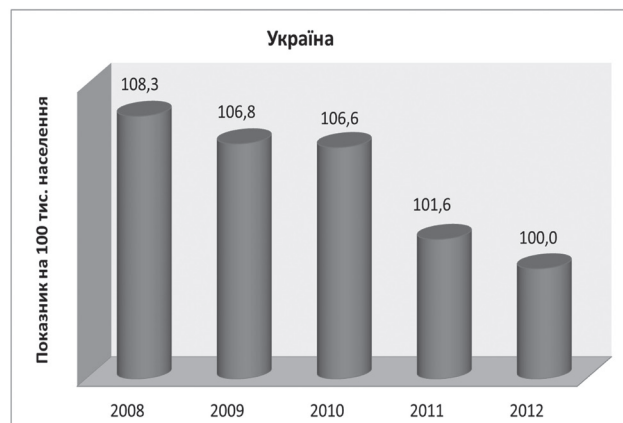


Рис. 4. Забезпеченість населення України психіатричними ліжками для дорослих у 2008–2012 роках

цей показник був в Чернівецькій (63,0), Житомирській (68,9), Закарпатській (70,1), Рівненській (72,6) областях.

У порівнянні з 2008 роком у 2012 році навантаження на ліжко для дорослих дещо збільшилось і складало 341 день (у 2008 році – 338,3). У 2012 році відзначалось недостатнє використання ліжка в м. Києві (287 днів), Київській (296 днів), Івано-Франківській (301 день) областях, при досить високому оберті ліжка в останній (7,6). З перевантаженням психіатричне ліжко для дорослих працювало у Кіровоградській (379), Одеській і Закарпатській (по 376 днів), у Волинській (365 днів), Кіровоградській (370,3 дні) областях, з високим показником оберт ліжка (7,8; 6,2; 6,8; 6,4 відповідно).

Найвищі показники оберт ліжка у 2012 році реєструвалися в Чернівецькій – 9,5, Рівненській – 8,0, Тернопільській – 7,9, Кіровоградській – 7,8, Хмельницькій – 7,7, Івано-Франківській – 7,6 областях, при середньому в Україні – 6,4. Досить низьким оберт ліжка відзначався у м. Києві – 5,1, Херсонській – 5,1, Полтавській – 5,2 областях.

Протягом 2008–2012 років **оберт ліжка** в психіатричних закладах України зменшився від 6,6 у 2008 році до 6,4 у 2012, тобто на 3,0% (рис. 5).

Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі у 2012 році складала 53,5 дні. Цей показник протягом останніх 5 років збільшився на 4,1%. (рис. 6).

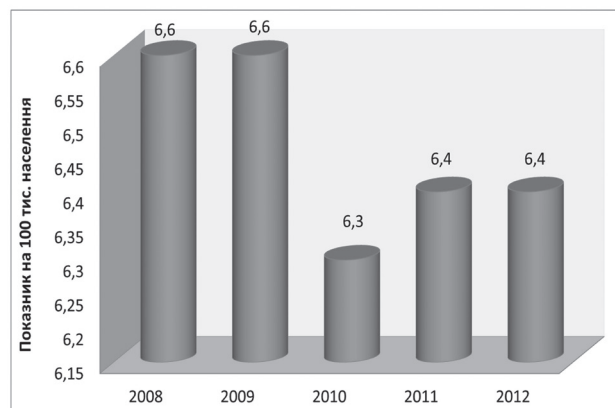


Рис. 5. Оберт ліжка для дорослих у 2008–2012 роках

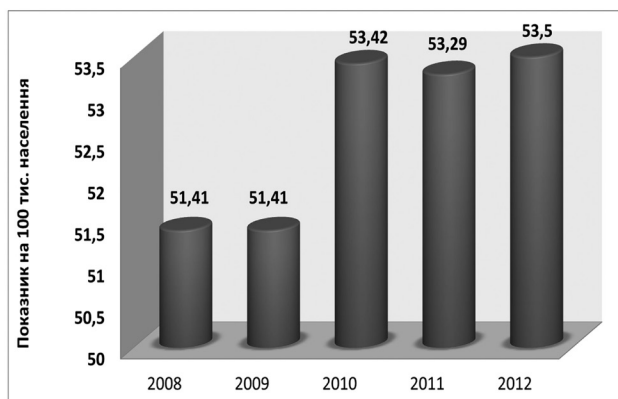


Рис. 6. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі у 2008–2012 роках (у днях)

Залишається високою середня тривалість перебування хворого в стаціонарі у 2012 році в Херсонській – 69,4 дні, Полтавській – 65,6 дні, Одеській – 62,0 дні, Львівській – 60,8 дні областях. Менше середнього в Україні (53,5 дні) цей показник у Чернівецькій 37,8, Івано-Франківській – 39,9, Тернопільській – 42,6, Рівненській – 43,6 областях.

Протягом останнього п'ятиріччя спостерігається тенденція до зменшення на 5,1% показника госпіталізованої захворюваності осіб з розладами психіки та поведінки з 543,5 на 100 тис. населення у 2008 році до 515,7 у 2012 році, в тому числі госпіталізованої захворюваності дорослих – на 5,0%, з 601,9 до 571,9 відповідно (рис. 7).

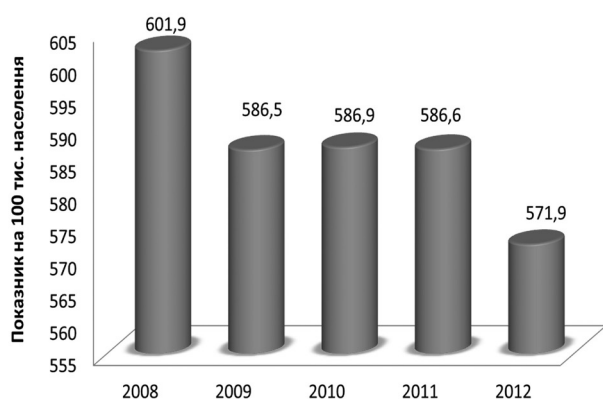


Рис. 7. Показник госпіталізованої захворюваності серед дорослих хворих на розлади психіки та поведінки у 2008–2012 роках

У структурі загальної госпіталізованої захворюваності (дорослі і діти) провідне місце у 2012 році, як і в попередні роки, посідали розлади психіки та поведінки психотичного характеру – 51,2% або 263,9 на 100 тис. населення, розлади непсихотичного характеру – 38,4% або 197,8, розумова відсталість – 10,4% або 54,0.

У структурі госпіталізованої захворюваності дорослого населення відсоток розладів психіки психотичного характеру – 55,5% або 317,8 на 100 тис. дорослого населення, розлади психіки непсихотичного характеру займали 36,9% або 210,1, розумова відсталість – 7,6% або 43,3.

У 2012 році показник повторної госпіталізації зменшився на 10,6% з 58052 осіб у 2008 р. до 51921 у 2012 р. і складав у 2012 році 22,15%. (рис. 8).

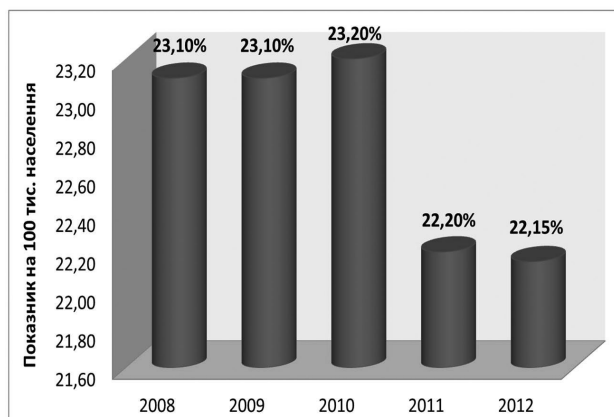


Рис. 8. Показники повторної госпіталізації у психоневрологічні заклади України у 2008–2012 роках

Аналіз забезпеченості населення України місцями в денних стаціонарах свідчить про те, що цей показник за 5 років знизився на 8,2% (з 11,03 у 2008 році до 10,1 – у 2012 році) (рис. 9).

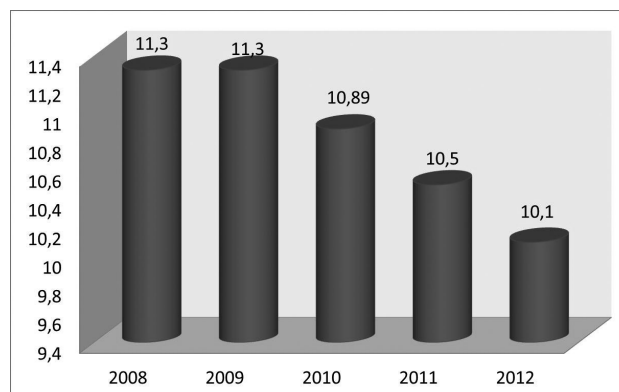


Рис. 9. Забезпеченість місцями у денних психіатричних стаціонарах у 2008–2012 роках

Вивчення забезпеченості місцями населення України в денних психіатричних стаціонарах показало, що в 2012 році найбільшим цей показник спостерігався у Донецькій (25,2 на 100 тис. населення), Харківській (20,2) областях, м. Києві (19,8).

Низьким залишається показник забезпеченості місцями у Херсонській (0,9), Полтавській (1,4), Хмельницькій (1,9 потенціалу психіатричної служби) областях, що свідчить про зменшення потенціалу психіатричної служби протягом останнього п'ятиріччя в цілому.

Аналіз кадрового забезпечення протягом 2008–2012 років вказує на зменшення абсолютного числа штатних посад (4231,75 у 2008 році до 4146,25 у 2012 році) та скорочення зайнятих (з 3976,5 у 2008 році до 3821,75 у 2012 році.) посад лікарів-психіатрів на 2,0% і 3,9% відповідно. Кількість фізичних осіб на зайнятих посадах, за той же період, зменшилась на 2,2% (з 3337 до 3265 осіб).

Показник забезпеченості штатними, зайнятими посадами за 5 років зменшився відповідно лише на 0,44%,

2,3% (з 9,16, 8,61 на 100 тис. населення 2008 року до 9,12, 8,41 – 2012 року).

Показник забезпеченості штатними та зайнятими посадами лікарів психіатрів у 2012 році відповідно складав 9,1 і 8,4 на 100 тис. населення.

Забезпеченість штатними посадами 2012 року у середньому в Україні – 9,12 на 100 тис. населення. У м. Києві цей показник складав 13,6, у м. Севастополі – 12,1, у Дніпропетровській області – 11,02, в АР Крим – 10,62. Низька забезпеченість штатними посадами спостерігалася у Закарпатській – 5,6, Рівненській – 6,42, Чернівецькій – 6,48 областях.

Відсоток зайнятих посад лікарів-психіатрів від кількості штатних посад – 92,2%. Забезпеченість зайнятими посадами у 2012 році в Україні – 8,41 на 100 тис. населення. Коливання показника у регіонах від 12,60 у м. Києві, 10,81 у м. Севастополі, 10,0 у Донецькій області до 5,45 у Закарпатській, 5,81 у Рівненській, 6,0 у Миколаївській областях.

Протягом останніх 5 років зменшився показник забезпеченості населення фізичними особами лікарів-психіатрів на 0,6% (з 7,22 на 100 тис. населення 2008 року до 7,18 – 2012). Коливання показника забезпеченості фізичними особами лікарів-психіатрів є досить вагомим: від 10,6 на 100 тис. населення в м. Києві до 4,3 у Рівненській області (середній в Україні показник – 7,18).

Поступово знижується і **показник укомплектованості** фізичними особами штатних посад. За 5-річний період він зменшився на 0,14% і на кінець 2012 р. складав 78,75%.

Укомплектованість фізичними особами штатних посад в Україні 2012 року складала 78,75%. Найвища укомплектованість у регіонах спостерігалася у Львівській – 97,5%, Тернопільській – 94,7%, Закарпатській – 93,9% областях, низька – у Рівненській – 67,6%, Миколаївській – 68,7%, Донецькій – 70,2% областях.

Аналіз кадрового потенціалу психіатричної служби для дорослого населення свідчить про те, що протягом останнього п'ятиріччя відбувалось збільшення абсолютного числа та скорочення зайнятих (з 1762 у 2008 році до 1792,5 у 2012 році) посад лікарів-психіатрів відповідно на 0,5% і 1,8%. Кількість фізичних осіб на зайнятих посадах зменшилась на 2,2% (з 3337 до 3265 осіб).

Показник забезпеченості штатними та зайнятими посадами лікарів-психіатрів амбулаторної психіатричної служби (у поліклініці, диспансері) у 2012 році складав 4,2 і 3,8 на 100 тис. населення. Коливання цих показників у регіонах виявилось досить значним – від 11,75 на 100 тис. штатних посад в м. Севастополі, 13,70 – у м. Києві та 11,0 – в АР Крим, до 5,32 – у Закарпатській, 6,46 – у Чернівецькій, 6,49 – у Рівненській областях.

Із загальної кількості лікарів-психіатрів (3953 осіб) 2012 року 75,7% (2999 осіб) мають кваліфікаційну категорію, з них 51,7% (1555 осіб) – вищу, 30,2% (906 осіб) – першу і 18,1% (543 осіб) – другу категорії. Відсоток атестованих із загальної кількості лікарів – 75,9%.

В амбулаторних лікувально-профілактичних закладах психіатричного профілю (диспансерах, поліклініках) реєструється 45,7% від усіх штатних посад лікарів-психіатрів. Протягом останніх 5-ти років кількість штатних посад в амбулаторно-поліклінічній мережі збільшилася на 0,5% (1887 посад у 2008 році і 1895,75 – у 2012 році), а кількість зайнятих посад зменшилася на 1,8% (з 1762 посад у 2008 році до 1729,5 – у 2012 році).

Із загальної кількості зайнятих посад психіатрів в амбулаторно-поліклінічній мережі дільничні психіатри займають 80,4% або 1390,75 посад. За останнє п'ятиріччя кількість зайнятих посад дільничних лікарів-психіатрів зменшилася на 1,1% (з 1406 посад у 2008 році до 1390,75 – у 2012 році) або на 15,25 посад. Кількість хворих на 1 зайняту посаду дільничного лікаря-психіатра для дорослого населення 2012 року у середньому в Україні складає 865. За 5-річний період цей показник з незначними коливаннями зберігає стабільність (864 – 2008 року, 865 – 2012 року).

У регіонах кількість хворих на розлади психіки та поведінки на 1 зайняту посаду дільничного психіатра для дорослих 2012 року коливалася від 561 у м. Севастополі, 615 у Полтавській, 624 у Житомирській, 686 у Запорізькій областях до 1294 у Івано-Франківській, 1094 у Чернівецькій, 1089 у Хмельницькій, 1018 у Луганській, 1002 у Харківській областях.

Кількість відвідувань дорослого населення до 1 дільничного психіатра в динаміці також зменшилася на 3,4% протягом 2008 – 2012 років і складає в середньому в Україні 5538 відвідувань за рік у 2012 році (5731 – у 2008). Коливання цього показника 2012 року в регіонах від 3063 у м. Києві, 4169 – у м. Севастополі, 4576 – у Дніпропетровській, 4756 – у Запорізькій областях до 7280 – у Житомирській, 7016 – у Одеській, 6866 – у Хмельницькій областях.

За останні роки поліпшилась забезпеченість психологами та лікарями-психологами хворих на психічні розлади. У 2012 році кількість зайнятих посад лікарів-психологів у психоневрологічних закладах України складала 61,25 посад (у 2008 році – 33), психологів з вищою немединою освітою, які беруть участь у наданні допомоги хворим на психічні та поведінкові розлади – 457 (у 2008 році – 388,25).

За останні 5 років у 1,9 рази збільшилась кількість лікарів-психологів (з 33 у 2008 році до 61,25 у 2012 році), на 17,7% збільшилась кількість психологів з вищою немединою освітою (з 388,25 у 2008 р. до 457 – у 2012 р.)

Обговорення

1. Поступове зменшення показника захворюваності на розлади психіки та поведінки та низький показник виявлення психічних розладів при проведенні профілактичних попередніх та періодичних психіатричних оглядів свідчить про існування в Україні гіподіагностики психічних розладів. Це дає підстави говорити про необхідність підвищення рівня відповідних знань фахівців на всіх рівнях надання психіатричної допомоги, зокрема на первинному медико-санітарному рівні, та потребує нової системи підготовки кадрів.

2. Значні коливання показників захворюваності в регіонах України певною мірою пов'язані з організацією надання психіатричної допомоги і ставленням населення регіонів до стану психічного здоров'я, культурою та традиціями щодо осіб з вадами психічного здоров'я.

3. Значні відхилення у регіонах України показників захворюваності психіки та поведінки у осіб з вадами психічного здоров'я, як в неспсихотичній та психотичній групах, говорить про відсутність єдиного підходу як в організації надання психіатричної допомоги, так і в питаннях діагностики вад психічного здоров'я.

4. Дані спеціального епідеміологічного дослідження (ВООЗ, 2000) свідчать, що частота звертань населення за медичною допомогою з приводу навіть тяжких симптомів психічних розладів в Україні не перевищує 20% від потреби, тоді як протягом життя необхідність у цьому становить 31,6%, а протягом 12 місяців – 17,6%, що в 7 разів перевищує показник офіційної звітності (2,5%).

5. Аналіз статистичних показників, які визначають стан психічного здоров'я населення, свідчить про те, що в Україні спостерігається зростання кількості осіб з психічними та поведінковими розладами. Вивчення показника поширеності показує, що 2,7% населення України потребують допомоги лікаря-психіатра. У той час у країнах Євросоюзу аналогічний показник сягає 24,1%, що віддзеркалює високий рівень інтеграції служб психічного здоров'я у первинну медико-санітарну мережу (доповідь робочої групи ECNP, 2008). Тому покращення взаємодії психіатричної служби з первинною медико-санітарною мережею є важливою складовою покращення психічного здоров'я населення України.

6. Зростання показника інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів віддзеркалює недостатню ефективність соціально-реабілітаційних заходів у системі надання психіатричної допомоги.

7. Урбанізація та зміна соціально-економічних умов життя, відсутність необхідної соціальної підтримки осіб з вадами психічного здоров'я в суспільстві, відсутність альтернативних форм надання медико-соціальної допомоги, стають причиною частішого звернення до

лікарів-психіатрів та надання медико-соціальної допомоги в умовах спеціалізованих психіатричних закладів України, що прискорює інвалідизацію людини.

8. Аналіз показників діяльності психіатричної служби свідчить про те, що існуюча система медико-соціальної допомоги людям з вадами психічного здоров'я, яка побудована на принципах ізоляції і відсутності диференційованого підходу, представлена переважно стаціонарним видом допомоги (у співвідношенні стаціонарних ліжок до позалікарняних 16:1), практично позбавлена закладів реабілітації та соціальної підтримки, тоді як у структурах захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки переважають ті, що не потребують спеціальних установ закритого типу, чим доводиться необхідність поширення позалікарняних, наближених до місця проживання форм, що узгоджується із світовим досвідом.

9. Порівнюючи характеристики психіатричних закладів України та Польщі, співвідношення диспансерів становить 1:41; психіатричних лікарень – 1:1,6; відділень у соматичних лікарнях – 1:4,3; загальної кількості ліжок – 2:1 відповідно, що ще раз підкреслює стаціонарну спрямованість психіатричної допомоги в Україні, відсутність інтеграції в первинну медико-санітарну ланку, недорозвиненість амбулаторних структур.

Висновки. Узагальнюючи наведені статистичні дані слід підкреслити, що основними тенденціями у цій сфері, як і в минулі роки, є зменшення захворюваності на психічні та поведінкові розлади, поступове зростання поширеності цих захворювань та прогресивне збільшення кількості осіб визнаних інвалідами внаслідок психічних та поведінкових розладів.

Така епідеміологічна ситуація віддзеркалює недостатню інтегрованість психіатричної допомоги у первинну медико-санітарну мережу та недостатню її спроможність ефективно виявляти хворих та надавати допомогу на первинному рівні. Крім того, суттєвими недоліками надання допомоги є недосконалість соціально-реабілітаційних заходів у системі надання психіатричної допомоги.

ДИНАМІКА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В ПЕРІОД 2008–2012 РР. ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ КРАЇНИ

І. Я. Пінчук, Р. М. Богачев, М. К. Хобзей, О. О. Петриченко

У статті представлений аналіз офіційних даних МОЗ України щодо динаміки психічного здоров'я та стану організації психіатричної допомоги населення України. Запропоновані основні напрямки покращення ситуації у сфері психічного здоров'я, необхідність розробки державної стратегії в галузі психічного здоров'я; проведення структурної реформи галузі, яка передбачає розмежування рівнів надання психіатричної допомоги з визначенням функцій кожного рівня; розширення мережі стаціонарних форм допомоги при поступовому зменшенні потенціалу стаціонарної служби; перехід до мультидисциплінарної моделі психіатричної допомоги; вдосконалення методології надання психіатричної допомоги з максимальним використанням можливостей психосоціальної терапії та реабілітації, без обмеження лікувальних можливостей лише фармакотерапією; розширення ролі пацієнтів та громадських організацій пацієнтів та їх родичів у процесі реформування системи надання психіатричної допомоги.

Реформа психіатричної допомоги на засадах соціально-орієнтованої психіатричної служби потребує підтримки держави та активної участі всього суспільства, законодавчої та виконавчої влади, налагодження міжсекторальної взаємодії закладів Міністерства охорони здоров'я України та інших Міністерств і відомств, а також раціонального та достатнього фінансування.

Ключові слова: психічне здоров'я, психіатрична допомога в Україні, стратегія

DYNAMICS OF MENTAL HEALTH OF THE UKRAINIAN POPULATION IN THE PERIOD FROM 2008 TO 2012 AND PERSPECTIVES OF PSYCHIATRIC SERVICE DEVELOPMENT

I. PINCHUK, R. BOGACHEV, M. KHOBZEY, O. PETRICHENKO

The article presents an analysis of the official data from the Ministry of health in Ukraine, the dynamics of mental health and mental health status of the organization towards the population of Ukraine. The main directions of improvement in the mental health field is the need for a national strategy

for mental health, structural reform sector, which implies distinction between levels of mental health care with the definition of the functions of each level; expansion hospitalization forms of assistance for the gradual reduction of the potential hospital services, and the transition a multi-disciplinary model of mental health care, improving the methodology of psychiatric care with full use of psychosocial therapy and rehabilitation, but not limited to therapeutic options only drug treatment, expanding the role of patients and the public organizations of patients and their families in the process of reforming the system of mental health care.

The Reform of mental health on the principles of socially-oriented mental health services requires government support and an active participation of the whole of society, the legislative and executive authorities, establishing inter-sectional cooperation agencies of the Ministry of Health and other ministries and agencies, as well as rational and adequate funding.

Keywords: mental health, mental health care in Ukraine, strategy.

УДК 616.89-008.191-036.8

О. М. Зінченко

КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ

Міністерство охорони здоров'я України

Ключові слова: психіатричні заклади охорони здоров'я України, укомплектованість медичними кадрами, кваліфікаційні категорії

Важливими факторами структурних перетворень в охороні психічного здоров'я є встановлення оптимальної чисельності та складу персоналу охорони здоров'я, визначення раціонального співвідношення різних категорій медичних працівників, рівня їх професійної підготовки тощо.

Мета роботи – проаналізувати кадрове забезпечення психіатричних закладів охорони здоров'я України та оцінити вікові та професійні характеристики фахівців, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними автоматизованої бази даних ДП «Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України» станом на 01.07.2012 року в психіатричних закладах охорони здоров'я України виділено 3978,75 штатних посад лікарів-психіатрів та 405303,75 молодших спеціалістів з медичною освітою.

На цих посадах працювало 3159 лікарів-психіатрів та 386451 молодших спеціалістів з медичною освітою.

Якість надання медичної допомоги значною мірою залежить від рівня укомплектованості психіатричних закладів охорони здоров'я медичними кадрами. Укомплектованість штатних посад лікарями-психіатрами фізичними особами в цілому – 79%.

Показник укомплектованості за типами психіатричних закладів охорони здоров'я становив: психіатричні лікарні – 78%, психоневрологічні лікарні – 84%, психіатричні диспансери – 77%, психоневрологічні диспансери – 83%.

В адміністративних територіях України встановлено значні коливання показника укомплектованості лікарями-психіатрами (рис. 1). Найвищий рівень зафіксовано в психіатричних закладах охорони здоров'я західного регіону (Чернівецькій, Тернопільській та Львівській

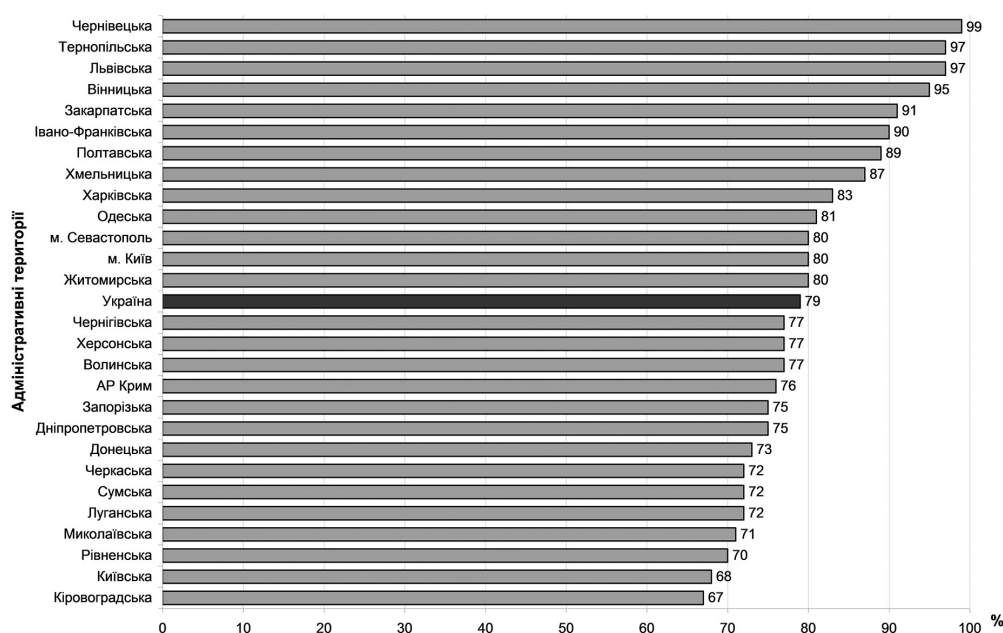


Рис. 1. Укомплектованість психіатричних закладів охорони здоров'я лікарями-психіатрами за адміністративними територіями (%) (за даними автоматизованої бази даних ДП «Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України» станом на 01.07.2012 року)

for mental health, structural reform sector, which implies distinction between levels of mental health care with the definition of the functions of each level; expansion hospitalization forms of assistance for the gradual reduction of the potential hospital services, and the transition a multi-disciplinary model of mental health care, improving the methodology of psychiatric care with full use of psychosocial therapy and rehabilitation, but not limited to therapeutic options only drug treatment, expanding the role of patients and the public organizations of patients and their families in the process of reforming the system of mental health care.

The Reform of mental health on the principles of socially-oriented mental health services requires government support and an active participation of the whole of society, the legislative and executive authorities, establishing inter-sectional cooperation agencies of the Ministry of Health and other ministries and agencies, as well as rational and adequate funding.

Keywords: mental health, mental health care in Ukraine, strategy.

УДК 616.89-008.191-036.8

О. М. Зінченко

КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ

Міністерство охорони здоров'я України

Ключові слова: психіатричні заклади охорони здоров'я України, укомплектованість медичними кадрами, кваліфікаційні категорії

Важливими факторами структурних перетворень в охороні психічного здоров'я є встановлення оптимальної чисельності та складу персоналу охорони здоров'я, визначення раціонального співвідношення різних категорій медичних працівників, рівня їх професійної підготовки тощо.

Мета роботи – проаналізувати кадрове забезпечення психіатричних закладів охорони здоров'я України та оцінити вікові та професійні характеристики фахівців, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними автоматизованої бази даних ДП «Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України» станом на 01.07.2012 року в психіатричних закладах охорони здоров'я України виділено 3978,75 штатних посад лікарів-психіатрів та 405303,75 молодших спеціалістів з медичною освітою.

На цих посадах працювало 3159 лікарів-психіатрів та 386451 молодших спеціалістів з медичною освітою.

Якість надання медичної допомоги значною мірою залежить від рівня укомплектованості психіатричних закладів охорони здоров'я медичними кадрами. Укомплектованість штатних посад лікарями-психіатрами фізичними особами в цілому – 79%.

Показник укомплектованості за типами психіатричних закладів охорони здоров'я становив: психіатричні лікарні – 78%, психоневрологічні лікарні – 84%, психіатричні диспансери – 77%, психоневрологічні диспансери – 83%.

В адміністративних територіях України встановлено значні коливання показника укомплектованості лікарями-психіатрами (рис. 1). Найвищий рівень зафіксовано в психіатричних закладах охорони здоров'я західного регіону (Чернівецькій, Тернопільській та Львівській

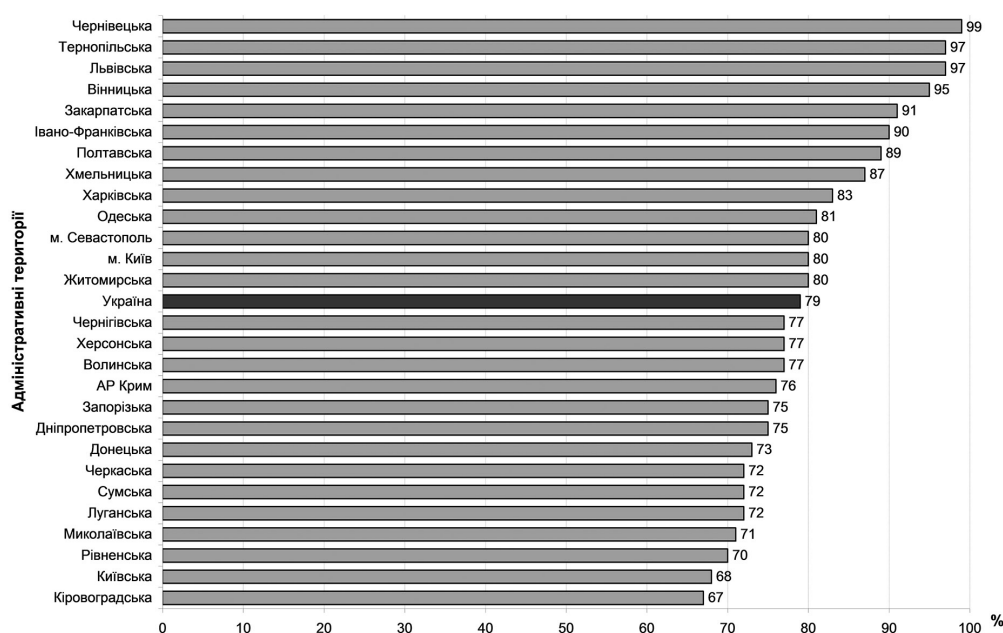


Рис. 1. Укомплектованість психіатричних закладів охорони здоров'я лікарями-психіатрами за адміністративними територіями (%) (за даними автоматизованої бази даних ДП «Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України» станом на 01.07.2012 року)

областях). Найнижчий констатовано в психіатричних закладах охорони здоров'я Рівненської, Київської та Кіровоградської областей.

Що стосується укомплектованості штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою фізичними особами, то ситуація в цілому по Україні виявилася дещо кращою. Зокрема, показник укомплектованості молодших спеціалістів з медичною освітою – 95%.

При цьому укомплектованість у психіатричних закладах охорони здоров'я становила: в психіатричних

лікарнях – 93%, психоневрологічних лікарнях – 94%, психіатричних диспансерах – 90%, психоневрологічних диспансерах – 89%.

Детальний аналіз укомплектованості молодшими спеціалістами з медичною освітою показав найбільший дефіцит фахівців у м. Севастополі та м. Києві (рис. 2).

Дослідження кваліфікаційних категорій лікарів-психіатрів психіатричних закладів охорони здоров'я України показало, що більше половини лікарів-спеціалістів мають першу та вищу категорії (відповідно 753 (32%)

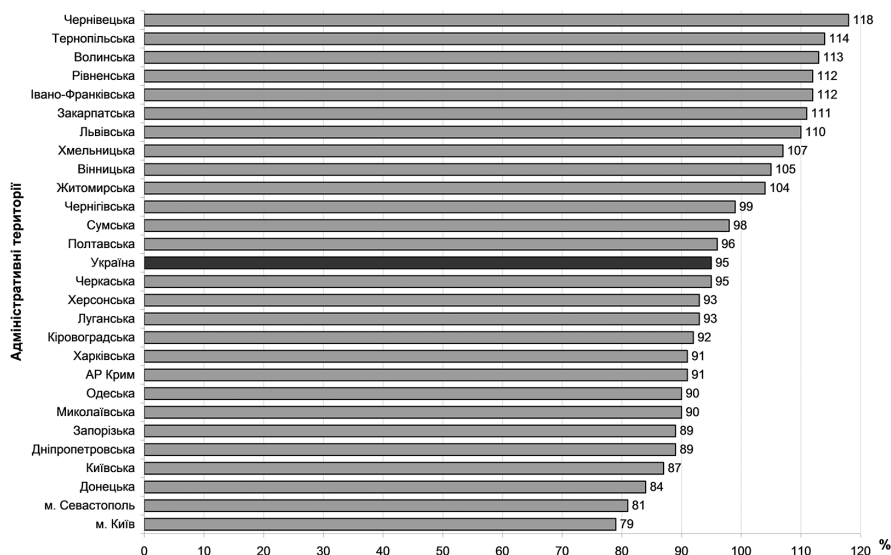


Рис. 2. Укомплектованість психіатричних закладів охорони здоров'я молодшими спеціалістами з медичною освітою за адміністративними територіями (%) (за даними автоматизованої бази даних ДП «Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України» станом на 01.07.2012 року)

та 1188 (51%) лікарів), що свідчить про досить високий рівень компетентності спеціалістів. Лише 404 (17%) лікарів мають другу категорію та 612 (19%) – не атестовані. Найбільшу питому вагу лікарів-психіатрів з вищою та першою категоріями зафіксовано у психіатричних закладах охорони здоров'я Волинської (93%), Львівської

(89%), Миколаївської (88%), а найменшу – у Запорізькій (74%), Чернівецькій (71%) областях та м. Києві (67%) (рис. 3).

59% молодших спеціалістів з медичною освітою мають вищу кваліфікаційну категорію, 24% – першу. Найбільшу питому вагу молодших спеціалістів з медичною

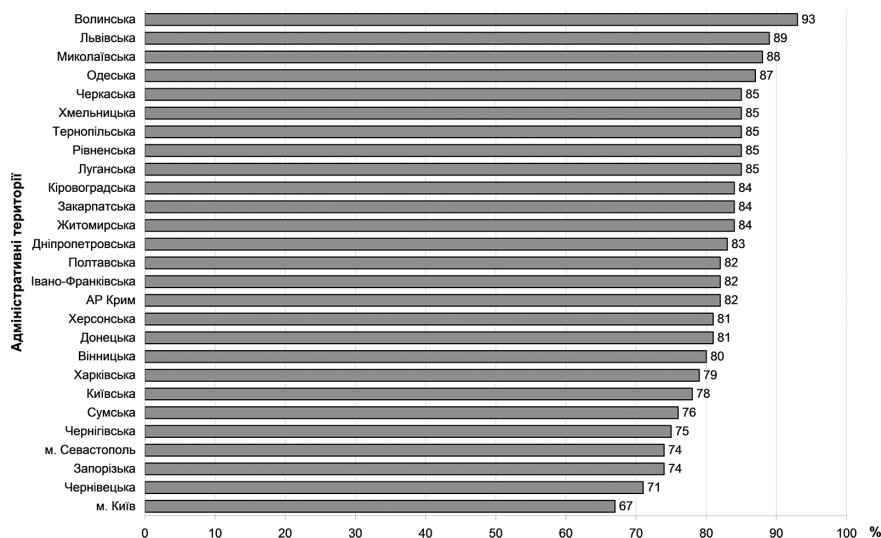


Рис. 3. Питому вагу лікарів-психіатрів з першою та вищою кваліфікаційними категоріями психіатричних закладів охорони здоров'я за адміністративними територіями (%) (за даними автоматизованої бази даних ДП «Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України» станом на 01.07.2012 року)

освітою з вищою та першою категоріями зафіксовано у психіатричних закладах охорони здоров'я Львівської, Вінницької та Рівненської областей (рис. 4).

В останні роки збільшується кількість осіб пенсійного віку як серед лікарів-психіатрів, так і серед молодших

спеціалістів з медичною освітою. Відсоток осіб пенсійного віку серед лікарів-психіатрів становив – 31%. Найбільший відсоток лікарів-психіатрів пенсійного віку зареєстровано в Хмельницькій (49%), Волинській (45%) та Черкаській (44%) областях (табл. 1).

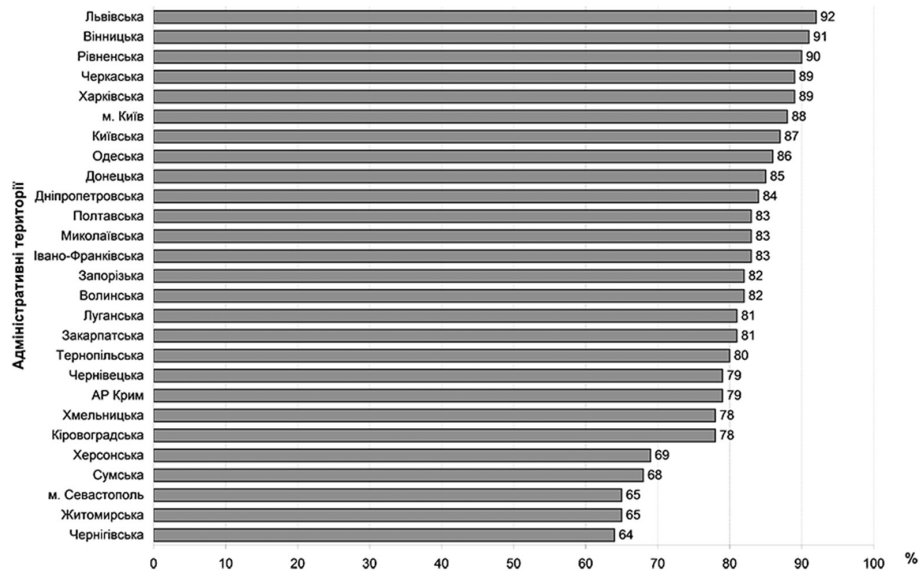


Рис. 4. Питова вага молодших спеціалістів з медичною освітою з першою та вищою кваліфікаційними категоріями психіатричних закладів охорони здоров'я за адміністративними територіями (%) (за даними автоматизованої бази даних ДП «Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України» станом на 01.07.2012 року)

Таблиця 1

Кількість працюючих пенсіонерів лікарів-психіатрів психіатричних закладів охорони здоров'я (станом на 01.07.2012)

Назва	фізичних осіб	передпенс. вік		пенсіонери							
				всього пенсіонерів	у т. ч.						
	(чол. + жін.)	чол. 55-59 жін. 51-55	чол. 60-64 жін. 55-59		чол. 65-69 жін. 60-64		чол. 70 і більше жін. 65 і більше				
абс.	% (гр4/гр3 *100)	абс.	% (гр6/гр3 *100)	абс.	% (гр8/гр6 *100)	абс.	% (гр10/гр6 *100)	абс.	% (гр12/гр6 *100)		
1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
АР Крим	144	12	8	52	36	16	31	11	21	25	48
Вінницька	130	12	9	23	18	6	26	13	57	4	17
Волинська	60	6	10	27	45	16	59	2	7	9	33
Дніпропетровська	230	31	13	65	28	27	42	15	23	23	35
Донецька	345	35	10	119	34	25	21	25	21	69	58
Житомирська	79	14	18	28	35	9	32	7	25	12	43
Закарпатська	62	10	16	20	32	10	50	3	15	7	35
Запорізька	131	11	8	36	27	9	25	8	22	19	53
Івано-Франківська	88	18	20	31	35	10	32	10	32	11	35
Київська	86	10	12	36	42	8	22	10	28	18	50
Кіровоградська	59	12	20	18	31	8	44	6	33	4	22
Луганська	169	11	7	60	36	17	28	25	42	18	30
Львівська	209	14	7	62	30	25	40	12	19	25	40
Миколаївська	55	6	11	23	42	7	30	2	9	14	61
Одеська	169	26	15	44	26	15	34	8	18	21	48

Продовження табл. 1

Назва	фізичних осіб	передпенс. вік		пенсіонери							
		чол. 55-59 жін. 51-55		всього пенсіонерів		у т. ч.					
	(чол. + жін.)					чол. 60-64 жін. 55-59		чол. 65-69 жін. 60-64		чол. 70 і більше жін. 65 і більше	
1	3	абс.	% (гр4/гр3 *100)	абс.	% (гр6/гр3 *100)	абс.	% (гр8/гр6 *100)	абс.	% (гр10/гр6 *100)	абс.	% (гр12/гр6 *100)
Полтавська	98	12	12	17	17	10	59	3	18	4	24
Рівненська	50	9	18	12	24	4	33			8	67
Сумська	78	6	8	16	21	5	31	4	25	7	44
Тернопільська	76	15	20	23	30	10	43	7	30	6	26
Харківська	198	22	11	50	25	18	36	11	22	21	42
Херсонська	63	6	10	22	35	11	50	4	18	7	32
Хмельницька	78	7	9	38	49	14	37	13	34	11	29
Черкаська	72	9	13	32	44	10	31	9	28	13	41
Чернівецька	58	10	17	23	40	5	22	10	43	8	35
Чернігівська	73	8	11	21	29	5	24	6	29	10	48
м. Київ	264	25	9	73	28	21	29	13	18	39	53
м. Севастополь	35	2	6	15	43	7	47	3	20	5	33
Всього	3159	359	11	986	31	328	33	240	24	418	42

Кількість осіб пенсійного віку молодшого медичного персоналу з медичною освітою становила 56533 або 15% (табл. 2). Найбільший відсоток молодшого медичного персоналу з медичною освітою пенсійного віку зареєстровано в м. Севастополі (26%), м. Києві (20%) та Донецькій області (20%).

Виявлені тенденції в кадровому забезпеченні необхідно враховувати при розробці заходів з оптимізації розміщення і використання трудового потенціалу галузі.

Таблиця 2

Кількість працюючих пенсіонерів молодшого медичного персоналу з медичною освітою психіатричних закладів охорони здоров'я (станом на 01.07.2012 року)

Назва	фізичних осіб	передпенсійний вік		всього пенсіонерів	
	(чол. + жін.)	чол. 55-59 жін. 51-55			
		абс.	% (гр4/гр3 *100)	абс.	% (гр6/гр3 *100)
1	3	4	5	6	7
АР Крим	15679	1238	8	2862	18
Вінницька	15467	704	5	1668	11
Волинська	10263	555	5	1389	14
Дніпропетровська	24379	1693	7	3988	16
Донецька	35103	2487	7	7185	20
Житомирська	12943	624	5	1383	11
Закарпатська	10289	492	5	923	9
Запорізька	14792	945	6	2255	15
Івано-Франківська	13855	810	6	1552	11
Київська	13465	995	7	2180	16
Кіровоградська	9114	546	6	1142	13
Луганська	19050	1246	7	2537	13
Львівська	23687	1205	5	4138	17

Продовження табл. 2

Назва	фізичних осіб	передпенсійний вік чол. 55-59 жін. 51-55		всього пенсіонерів	
	(чол. + жін.)				
		абс.	% (гр4/гр3 *100)	абс.	% (гр6/гр3 *100)
1	3	4	5	6	7
Миколаївська	8413	542	6	1455	17
Одеська	17177	1232	7	3029	18
Полтавська	13318	676	5	1527	11
Рівненська	11768	583	5	1101	9
Сумська	10991	469	4	912	8
Тернопільська	11208	621	6	1345	12
Харківська	20902	1365	7	3264	16
Херсонська	8909	569	6	1067	12
Хмельницька	12018	643	5	1450	12
Черкаська	11763	630	5	1598	14
Чернівецька	8794	391	4	756	9
Чернігівська	11125	597	5	1339	12
м. Київ	18965	1444	8	3699	20
м. Севастополь	3014	231	8	789	26
Всього	386451	23533	6	56533	15

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ УКРАИНЫ

Е. Н. Зинченко

В статье проанализировано кадровое обеспечение психиатрической службы Украины медицинским персоналом. Оценена укомплектованность психиатрических учреждений медицинским персоналом, исследовано распределение врачей-психиатров и младшего медицинского персонала с медицинским образованием по возрасту и квалификационным категориям.

Ключевые слова: психиатрические учреждения здравоохранения Украины, укомплектованность медицинскими кадрами, квалификационные категории

STAFFING PSYCHIATRIC SERVICE OF UKRAINE

E. ZINCHENKO

The article analyzes the staffing of psychiatric services in Ukraine by medical personnel. Estimated filling Psychiatry medical staff examined the distribution of psychiatrists and nurses with medical education by age and qualification.

Keywords: mental health institutions of Ukraine, medical staff filling, qualification category

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.191-036.8

**Р. І. Білобровка
СТИГМА В ПСИХІАТРІЇ**

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького

Ключові слова: психічні розлади, стигматизація, реабілітація

Давні греки застосовували поняття «стигма» для позначення тілесних знаків, наявність яких свідчила про негативний статус індивіда. У часи християнства поняття «стигма» вживали у випадках появи висипань, ран певної локалізації або фізичних недоліків і трактувалися як вияв божої милості. Сьогодні термін «стигма» використовують насамперед як свідчення негативного ставлення до людей на підставі належності їх до певної групи; стигма – соціальне становище індивіда, яке сприймається в певному середовищі як принизливе, з чим пов'язані суб'єктивні переживання. Стигма виявляється в тому, що на підставі лише єдиного критерію належності до групи формується негативне ставлення до людини, упередження та дискримінація [1].

Явище стигматизації існувало у всі часи у всіх народів. Історія медицини знає багато прикладів соціальної неприйнятності хвороби внаслідок її недостатньої вивченості та незрозумілості патогенезу. Світоглядні позиції, які склалися історично, підтримують усталене уявлення, що суспільно необхідними є обмеження прав і свобод людей із будь-якими психічними розладами. Стигматизація є комплексною проблемою, багатокомпонентним розладом, другою хворобою, яка зумовлена не лише реагуванням на свою хворобу, а й на фактичне або уявне ставлення оточення. Становище людей з психічними розладами, їх права та якість життя визначаються наявними соціальними установками та стереотипними уявленнями [3].

Психологічні передумови стигми: природна потреба людини у стійкому переконанні, що вона хороша, а її соціальна група гідна поваги. Дискримінація є особливо негативним наслідком стигми і упереджень. Психічно хворі, що приховують свої розлади, живуть у стані напруження та страху бути дискримінованими. До того ж вони не можуть сподіватися на повагу, яку мали до того моменту, коли за певних обставин їхня психічна хвороба ставала відомою оточуючим внаслідок вияву деяких дефіцитарних розладів: зниження волевих якостей, підвищення чутливості, зниження когнітивних процесів. Приховування хвороби може вирішити деякі проблеми, але загострює інші. Насправді психічно хворі та люди, які перенесли психічний розлад, потребують спілкування та обговорення з іншими людьми питань, пов'язаних із хворобою, її лікуванням та проблемами подальшого життя у суспільстві [2].

Стигматизація психіатричних пацієнтів виявляється в різних формах, кожна з яких необхідно враховувати: ставлення суспільства до осіб, які страждають психічними розладами; так звана аутостигматизація самих пацієнтів; ставлення лікарів до своїх пацієнтів; ставлення суспільства до лікарів-психіатрів та психіатрії загалом.

Стигма, пов'язана з психічним захворюванням, впливає також на родину пацієнтів та їхнє близьке оточення. Хоча нерідко члени родин заперечують стигму, але приховування хвороби та віддалення хворих від оточуючих через почуття сорому зумовлює їхню соціальну ізоляцію.

Стереотип психічних розладів має усі притаманні стереотипам риси: спрощеність трактування, неперевіреність, сильне афективне забарвлення, надмірна категоризація та активне протистояння з міністеріотипом.

Головні стереотипи проблем психічного здоров'я:

- люди з психічними розладами є дуже небезпечними, їх слід уникати;
- люди з психічними розладами самі винні у своїй неповносправності, яка виникає внаслідок поганого і слабого характеру;
- вони цілком некомпетентні та потребують особи, яка б приймала за них рішення;
- вони отримують певні вигоди, бо ними опікуються.

Негативні наслідки стигми психічних розладів – аутостигматизація та стигматизація. Аутостигматизація простежується у хворих та членів їхніх родин: психотравма внаслідок усвідомлення психічних розладів у хворого й у членів родини; проблеми працевлаштування; проблеми соціальних стосунків; зниження якості життя хворого та його родини, соціальна ізоляція. Переживання стигми виявляється відчуттям сорому, провини, прагненням приховати хворобу, усамітненням, соціальним відчуженням, що посилюється, дискримінацією. Хворі вимушені приховувати від усіх факт своєї хвороби, щоб уникнути зайвої цікавості, співчуття з домішками настороги, відкритої зневаги та осуду.

Стигматизація виявляється упередженнями суспільства щодо осіб з психічними розладами і членів їхніх родин, часто зумовлюючи несвоєчасність звертання за психіатричною чи психологічною допомогою внаслідок намагання приховати від усіх розлади психічного здоров'я.

Стигма впливає і на якість психіатричної допомоги, визначаючи стан проблем психічного здоров'я та суспільну прийнятність висвітлення питань психіатричної допомоги.

Міфи про психічні розлади існують на індивідуальному та суспільному рівнях і потребують ретельного аналізу і спростування.

Реальними проявами стигматизації і реальними чинниками, які її посилюють, є застосування діагнозів психічних розладів та епітетів психічного здоров'я та нездоров'я як власних назв і вживання стигматизованих жартів та анекдотів; відчуття провини та побоювання внаслідок неосвіченості; дискримінація під час страхування, лікування та працевлаштування; несправедлива соціальна ізоляція внаслідок жорстких стереотипів [6; 8].

Стигма психічних розладів має свої особливості: можна простежувати лояльніше ставлення суспільства до «дивацтва» і неадекватностей поведінки, до алкоголіків та наркоманів, ніж до людей, які звертаються до психіатра. Будь-які дії людини із психічними розладами оцінюються крізь призму хвороби. Навіть у випадку, коли ці дії є цілком адекватні, реакція на них має упереджене забарвлення.

Стигматизація – різноплановий, різноспрямований та багаторівневий процес, який, окрім прямого негативного впливу на якість життя хворих та їхніх родин, має суспільні наслідки, що простежуються і на соціальному рівні. Наслідки стигматизації: заформалізованість і негнучкість психіатричних закладів, відсутність штатних посад фахівців медико-соціальної реабілітації та підтримки психічно хворого; відсутність адекватного навчання та працевлаштування пацієнтів із психічними розладами; відсутність державних замовлень на дослідження організації та вдосконалення психіатричної допомоги; недостатня увага держави до громадських організацій родичів пацієнтів.

Виявами стигми психічних розладів є також стигматизований образ лікаря-психіатра. Стигма психіатра має дві головні форми: «демонізація» психіатрії та психіатрів унаслідок міфологізації психічних хвороб та формування антипсихіатричних настроїв і відштовхуючого образу психіатра як бездушної потвори, яка всіляко намагається ізолювати до психіатричної клініки чимось несимпатичних людей; образ психіатра як людини, індукованої психічними розладами пацієнтів.

Таким чином, подолання стигматизації – це багатовимірний та тривалий процес, що потребує вирішення багатьох проблем, пов'язаних із наданням кваліфікованої допомоги людям із психічними розладами.

Дестигматизація є чинником соціально-психологічної реабілітації, а також провідною передумовою промоції психічного здоров'я та здоров'я загалом.

Подолання стигматизації та аутостигматизації є важливим елементом соціальної реабілітації, яка спрямована на унормування цілеспрямованості та розвиток соціальної ідентичності з опорою на сильні риси людини [7]. Згідно з цими принципами найважливішим завданням психіатричної реабілітації є вдосконалення

компетентності осіб із психічними розладами, оптимізація поведінки у звичному для них оточенні, активне залучення пацієнтів у процес реабілітації з метою набуття певних навичок і вмінь, а також організація соціальної підтримки.

Розвиток психіатричної допомоги та системи охорони здоров'я спрямований на захист права на повноцінне життя осіб із психічними розладами, тому подолання стигматизації та аутостигматизації є першочерговим завданням.

Сучасна реабілітаційна робота з психічно хворими є важливою складовою частиною лікувального процесу та його ефективності в досягненні ремісії та реадптації пацієнтів [5].

Реабілітаційний процес, на нашу думку, повинен бути індивідуалізованим, мати довготермінову програму та бути орієнтованим на динаміку. Стратегія психіатричної реабілітації повинна базуватися на підтримці хворого у важкому для нього періоді повернення до активного життя в суспільстві, підтримці його при наступних емоційних та інтерполярих кризах.

Тому, розробляючи стратегію реабілітації, необхідно дотримуватися таких принципів:

Принцип партнерства – повага до прав та індивідуальності психічно хворого та здобуття довіри;

Принцип різностороннього впливу – вплив у різних сферах щоденного життя, що вимагає співпраці колективу спеціалістів різних напрямків;

Принцип поступового збільшення труднощів – аж до абсолютної або майже цілковитої самотності;

Принцип дії повторювання – особливо стосується осіб, у яких процес протікає з періодичними загостреннями і після кожного загострення потрібно пригадувати попередньо набуті навички;

Принцип узгоджуваності фармакологічних методів лікування;

Принцип оптимальної стимуляції – потреба в достатній кількості подразників, щоб не розвивалась байдужість та втрата зацікавлення, в той час, як надмір подразників та надто важкі завдання для пацієнтів дезорганізують та можуть спровокувати виникнення «реабілітаційної депресії»;

Підсумовуючи перераховані принципи, можна стверджувати, що психосоціальна реабілітація базується на:

Формуванні мотивації до загальноприйнятих суспільних норм поведінки;

Вироблення навичок цілеспрямованої активності;

Тренінги суспільних життєвих норм.

Окрім того, всупереч скептицизму, з яким колись ставилися до застосування біхевіоральних методик в реабілітації, дослідження останніх років підтвердили їх значну ефективність, особливо в роботі з психічно хворими [4]. Біхевіоральні методики, які базуються на теорії навчання, знайшли своє особливе застосування в тренінгах суспільних навичок.

Тренінги включають навички з усіх сфер життя, необхідні для самостійного функціонування. Їхня тематика, послідовність, застосування і динаміка роботи повинні

бути пристосовані до індивідуальних потреб кожного пацієнта. Тренінги суспільних навиків розпочинаємо тільки після встановлення так званого терапевтичного контакту. Важливим є створення безпечного клімату і усунення факторів, які могли б створювати почуття загрози.

Тренінги навиків треба розпочинати після редукції гострих психотичних проявів. Хронічні психотичні прояви не є протипоказом до участі пацієнта у групі, якщо не викликають підвищеної розсіяності уваги.

Труднощі пацієнта формуються в оперативних категоріях, використовуючи прості приклади з життя.

Пацієнт повинен завжди отримувати чіткі інструкції і пояснення кожного етапу тренінгу.

Потрібно пам'ятати про необхідність отримання часто зворотної інформації від пацієнтів, пам'ятаючи, що ми вчимо пацієнтів формулювати (висловлювати) свої думки коротко і чітко.

Потрібно пам'ятати про необхідність регулярної оцінки досягнень у тренінгах, що дозволяє пристосувати програму і темп її реалізації.

Література:

1. Галецька І. І. Соціально-психологічні аспекти стигматизації психічних розладів. Ж. Архів психіатрії, №3(26), 2001. С. 159-162.
2. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Зайцев В. В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях. Ж. Социальная и клиническая психиатрия.-М; 1999, №3. С.9-14.
3. Филейн Дж., Броммет Е., Линк Б. Психическое заболевание и семейная стигма. Вісник асоціації психіатрів України №1-2, 2002. С.75-104.
4. Тренінг суспільних навиків у реабілітації пацієнтів з психічними розладами. Збірник праць за редакцією Йоанни Медер. Варшава, 1995.с.160.
5. Психологічні аспекти реабілітації в психіатрії. Наукова редакція Ірини Влох. Львів, 2008. С.216
6. Lawrie S. Stigmatisation of psychiatric disorder // Psychiatric Bulletin.-1999.-V.23.-P.129-132.
7. Lopez-Ibor J. The WPA and the fight against stigma because of mental diseases //World Psychiatry.-2002.-V.1.-№1.- P. 31-31.
8. Sartorius N. Fighting stigma: theory and practice // World Psychiatry.- 2002.-V.1.-№1.-P. 26-27.

СТИГМА В ПСИХИАТРИИ

Р. І. БІЛОБРІВКА

Подолання дискримінації людей із психічними розладами та їх стигматизації є актуальною проблемою кожного демократичного суспільства, яке проголошує права людини головною своєю цінністю.

Ключові слова: психічні розлади, стигматизація, реабілітація

STIGMA IN PSYCHIATRY

R. BILOBRYVKA

Overcoming discrimination against people with mental disorders and stigma is an urgent problem of every democratic society that proclaims human rights chief in value.

Keywords: mental disorders, stigmatization, rehabilitation

УДК 616.33-002.44+616.12-008.331.1+616.248]:616.895.4

А. В. Ежов

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины (г. Киев)

Ключевые слова: психотерапия, непсихотические психические расстройства, соматическая патология, первичная медицинская помощь

Важность объединения психического, соматического и социального здоровья человека в одну категорию, что подчеркивается в нормативных документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), получила весомое подтверждение во многих научных работах. Во всем мире, по данным ВОЗ, снижение трудоспособности и возможностей социального функционирования в 12%, а в странах с высоким уровнем доходов населения в 23% случаев связано с психическими расстройствами [11; 17].

В течение последних десятилетий внимание исследователей привлекает рост удельного веса больных с непсихотическими психическими расстройствами (НПР) в структуре психической заболеваемости, в генезе которых, наряду с социально-бытовыми, экологическими, психогенными факторами имеют значения и соматические заболевания. В многочисленных исследованиях показано, что между соматическими и психическими

заболеваниями существует значительная взаимосвязь, которую нельзя считать случайной, поэтому раздельный анализ особенностей клиники соматических расстройств и нарушений психики достаточно условен. В области соматически ориентированной психиатрии имеется достаточное количество работ, посвященных изучению психических расстройств при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, ревматизма, бронхиальной астмы, сахарного диабета, заболеваниях почек и т. д. [14; 10].

Современная медицина изучает взаимоотношения и связи между психической жизнью человека и природой его соматических расстройств, значение индивидуальных факторов психики и окружающей среды в этиологии заболеваний. Последние десятилетия выявилась четкая тенденция к построению интегративных моделей, имеющих своей целью объединение современного

бути пристосовані до індивідуальних потреб кожного пацієнта. Тренінги суспільних навиків розпочинаємо тільки після встановлення так званого терапевтичного контакту. Важливим є створення безпечного клімату і усунення факторів, які могли б створювати почуття загрози.

Тренінги навиків треба розпочинати після редукції гострих психотичних проявів. Хронічні психотичні прояви не є протипоказом до участі пацієнта у групі, якщо не викликають підвищеної розсіяності уваги.

Труднощі пацієнта формуються в оперативних категоріях, використовуючи прості приклади з життя.

Пацієнт повинен завжди отримувати чіткі інструкції і пояснення кожного етапу тренінгу.

Потрібно пам'ятати про необхідність отримання часто зворотної інформації від пацієнтів, пам'ятаючи, що ми вчимо пацієнтів формулювати (висловлювати) свої думки коротко і чітко.

Потрібно пам'ятати про необхідність регулярної оцінки досягнень у тренінгах, що дозволяє пристосувати програму і темп її реалізації.

Література:

1. Галецька І. І. Соціально-психологічні аспекти стигматизації психічних розладів. Ж. Архів психіатрії, №3(26), 2001. С. 159-162.
2. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Зайцев В. В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях. Ж. Социальная и клиническая психиатрия.-М; 1999, №3.С.9-14.
3. Филейн Дж., Броммет Е., Линк Б. Психическое заболевание и семейная стигма. Вісник асоціації психіатрів України №1-2, 2002. С.75-104.
4. Тренінг суспільних навиків у реабілітації пацієнтів з психічними розладами. Збірник праць за редакцією Йоанни Медер. Варшава, 1995.с.160.
5. Психологічні аспекти реабілітації в психіатрії. Наукова редакція Ірини Влох. Львів, 2008.С.216
6. Lawrie S. Stigmatisation of psychiatric disorder // Psychiatric Bulletin.-1999.-V.23.-P.129-132.
7. Lopez-Ibor J. The WPA and the fight against stigma because of mental diseases //World Psychiatry.-2002.-V.1.-№1.- P. 31-31.
8. Sartorius N. Fighting stigma: theory and practice // World Psychiatry.- 2002.-V.1.-№1.-P. 26-27.

СТИГМА В ПСИХИАТРИИ

Р. І. БІЛОБРІВКА

Подолання дискримінації людей із психічними розладами та їх стигматизації є актуальною проблемою кожного демократичного суспільства, яке проголошує права людини головною своєю цінністю.

Ключові слова: психічні розлади, стигматизація, реабілітація

STIGMA IN PSYCHIATRY

R. BILOBRYVKA

Overcoming discrimination against people with mental disorders and stigma is an urgent problem of every democratic society that proclaims human rights chief in value.

Keywords: mental disorders, stigmatization, rehabilitation

УДК 616.33-002.44+616.12-008.331.1+616.248]:616.895.4

А. В. Ежов

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины (г. Киев)

Ключевые слова: психотерапия, непсихотические психические расстройства, соматическая патология, первичная медицинская помощь

Важность объединения психического, соматического и социального здоровья человека в одну категорию, что подчеркивается в нормативных документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), получила весомое подтверждение во многих научных работах. Во всем мире, по данным ВОЗ, снижение трудоспособности и возможностей социального функционирования в 12%, а в странах с высоким уровнем доходов населения в 23% случаев связано с психическими расстройствами [11; 17].

В течение последних десятилетий внимание исследователей привлекает рост удельного веса больных с непсихотическими психическими расстройствами (НПР) в структуре психической заболеваемости, в генезе которых, наряду с социально-бытовыми, экологическими, психогенными факторами имеют значения и соматические заболевания. В многочисленных исследованиях показано, что между соматическими и психическими

заболеваниями существует значительная взаимосвязь, которую нельзя считать случайной, поэтому раздельный анализ особенностей клиники соматических расстройств и нарушений психики достаточно условен. В области соматически ориентированной психиатрии имеется достаточное количество работ, посвященных изучению психических расстройств при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, ревматизма, бронхиальной астмы, сахарного диабета, заболеваниях почек и т. д. [14; 10].

Современная медицина изучает взаимоотношения и связи между психической жизнью человека и природой его соматических расстройств, значение индивидуальных факторов психики и окружающей среды в этиологии заболеваний. Последние десятилетия выявилась четкая тенденция к построению интегративных моделей, имеющих своей целью объединение современного

состояния знаний в медицине. В частности, психосоматическая медицина при этом отходит от своих прежних взглядов на исключительное значение психогенеза заболеваний и делает акцент на междисциплинарных исследованиях, рассматривая соматические расстройства как многофакторные, включающие сложное взаимодействие генетической предрасположенности, личностных особенностей и многообразных влияний среды в индивидуальной истории жизни (психосоциальных, физиологических, иммунологических компонентов) [18]. Методологической основой интегративных моделей служит системный подход, рассматривающий человека в единстве с окружающей средой как иерархический порядок физических, биологических, психологических и социальных уровней. Концепция здоровья при этом определяется не по отсутствию болезни, а скорее как успешная адаптация к изменяющимся условиям окружающей среды [18; 13; 2].

По данным различных исследований уровень адаптационных резервов личности зависит от таких факторов, как толерантность к стрессу, самооценка личности, ощущение социальной поддержки, уровень конфликтности личности [8]; способности к саморегуляции [4] и формированию адаптивного поведения в ситуации стресса, резкого роста алекситимии как социального запроса, быстрой и массовой урбанизации, отрыва от «семьи», тип и стиль поведения, изменение стиля воспитания детей, цивилизационного влияния [18]. Исследователями единодушно признается, что психологические резервы являются основной характеристикой личности и лежат в основе социально-психологической адаптации человека.

В настоящее время уже не вызывает сомнений, что не менее 30%, а по мнению большинства авторов – около 50% больных, обращающихся с соматическими жалобами в поликлиники и стационары, составляют по существу практически здоровые лица, нуждающиеся лишь в известной коррекции эмоционального состояния. Минимум у 25% лиц с действительно соматическими страданиями значительную роль в клинической картине играют психические расстройства непсихотического уровня [18].

Непсихотические психические расстройства представляют обширную группу патологических состояний, определяемых разнообразным по генезу и клинической динамике континуумом психопатологических феноменов – от протекающих на донозологическом уровне до интенсивно выраженных и затяжных форм.

На протяжении последних 100 лет предпринимались попытки разграничить психопатологические расстройства по их этиологической принадлежности: эндогенные, экзогенно-органические, эндоформные, переходные синдромы. С появлением в начале 20-го века крепелиновской концепции об уровнях строения психической деятельности и связанного с этим представления о «регистрах» психических расстройств, отражающих глубину и объем психического поражения (Е. Краепелин, 1908), в психиатрии в самом широком плане были разграничены два основных регистра психического

поражения: психотический и непсихотический. Соответственно этим общепринятым критериям, по которым психическое расстройство идентифицируется с психотическим если это – радикальное искажение картины реального мира в сознании пациента, обусловленное глубокой депрессией, бредом, галлюцинациями и другими глубокими нарушениями психической деятельности; тяжелые нарушения поведения, связанные с неспособностью пациента считаться с требованиями реальности; отсутствие критического отношения к заболеванию.

Критериями непсихотического регистра психического поражения, соответственно этим представлениям, являются: сохранение пациентом способности к реалистическому отображению действительности; адекватное в целом социальное поведение, базирующееся на учете реальных отношений и доминировании неболезненных тенденций личности; полное, отчетливое понимание пациентом факта имеющихся у него психических отклонений, осознанное стремление к их преодолению и компенсации [5].

С введением в практику Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-Х) определение непсихотических психических расстройств претерпело существенные изменения. Отсутствие традиционного разделения на неврозы и психозы, повышение значимости оценки поведенческих расстройств, представленность большинства расстройств в виде синдромальных рубрик, способствовали значительному расширению диагностических возможностей пограничной психиатрии, уточнению и разграничению ее понятий [12].

В данной работе под термином «психические расстройства непсихотического уровня», в соответствии с МКБ-10 мы понимаем следующие нарушения:

1. Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F-06): непсихотическое депрессивное расстройство органической природы (F06.36); органическое тревожное расстройство (F06.4); органическое диссоциативное расстройство (F06.5); органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6); другие непсихотические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.82); неуточненные непсихотические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.92).

2. Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F-3): депрессивный эпизод легкой степени (F32.0); депрессивный эпизод средней степени (F32.1); депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2); рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени (F33.0); рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени (F33.1); рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F33.2); циклотимия (F34.0); дистимия (F34.1).

3. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F-4): фобические тревожные

расстройства (F40); другие тревожные расстройства (F41); обсессивно-компульсивное расстройство (F42); реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43); диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44); соматоформные расстройства (F45); неврастения (F48.0).

4. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F-5): расстройства приема пищи (F50); расстройства сна неорганической этиологии (F51); сексуальные расстройства (дисфункции), не обусловленные органическими нарушениями или болезнями (F52); психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями (F54).

5. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F-6).

Подобный полиморфизм клинико-диагностических критериев, коморбидность с соматическими заболеваниями, многообразие взаимодействующих патогенетических факторов составляющие основу и специфику НПР, объясняет тем самым актуальность дальнейшей систематики, дифференциальной диагностики, прогностической оценки и лечения этих болезненных явлений [1].

Вместе с тем, существуют определенные проблемы в сфере диагностики, терапии и комплексной психотерапевтической реабилитации соматических пациентов с НПР, в частности в структуре первичного этапа медицинской помощи и медицинских учреждениях санаторно-курортного профиля. В силу особенностей общей культуры большинства пациентов, обращение к психотерапевту воспринимается ими негативно, сопровождаясь страхом «навешивания ярлыка психически больного». Зачастую психические нарушения недооцениваются и самими медицинскими работниками, в особенности в тех случаях, когда симптоматика может быть истолкована как «психологически понятная», «житейская» реакция, как признак «естественной» реакции на соматическое заболевание. В итоге пациент не получает должной квалифицированной помощи, симптоматическая терапия нацеленная на редукцию соматических жалоб не дает ожидаемого эффекта, формирует убеждение в неизлечимости заболевания, большинство больных подвергается ряду недостаточно обоснованных обследований, лечение становится неэффективным и дорогостоящим. Все это приводит к несвоевременному и неадекватному диагностированию, утяжелению течения заболевания, стойкой утрате трудоспособности и последующей социальной дезадаптации [11; 7].

Вместе с тем, неуклонный рост распространенности НПР в структуре соматических заболеваний или в качестве самостоятельных нозологий, диктует необходимость овладения навыками их диагностики и лечения врачами общей практики. При определенном уровне грамотности, они могли бы курировать большинство таких больных при непосредственном консультативном участии специалиста в области психического здоровья (психиатра, психотерапевта, психолога). Отсутствие клинических показаний, четких алгоритмов направления данной группы больных в специализированные

лечебно-профилактические учреждения также отдалают во времени начало квалифицированной помощи пациентам, страдающим НПР.

С другой стороны, существуют определенные трудности касательно выбора идеологической базы в рамках которой оказывается психотерапевтическая помощь. Известно, что благодаря работам И. П. Павлова, В. М. Бехтерева, И. В. Вяземского, К. И. Платонова, В. Е. Рожнова и других представителей «гипносуггестивной школы», наиболее широко используемые в отечественной медицине методы психотерапии относятся к суггестивным и психорелаксационным подходам, в основе которых лежит воздействие на неосознаваемые процессы путем прямого и косвенного внушения оказывающего влияние на течение нервно-психических и соматических процессов. До настоящего времени преимущественно практикуются методики, базирующиеся на гипносуггестивном вызывании ощущений, представлений, эмоциональных состояний и волевых побуждений, а также оказывается воздействие на вегетативные функции без активного участия личности и логической переработки воспринимаемого материала [6]. В процессе внушения в основном задействуются психические феномены регрессии, идентификации и интроекции. Данные взгляды, которые развивались в качестве альтернативы интроспективной и интересубъективной психотерапии, исключали из области своего рассмотрения все психологические феномены, не подлежащие строгому научному исследованию, фиксации и измерению. В соответствии с этим формулировалась основная цель психотерапии – редукция, устранение симптома. Следует отметить, что врачи-психотерапевты зачастую ограничиваются лишь машинальным воспроизведением «формул внушения», «релаксационной музыки», игнорируя феноменологию переживаний пациента, психодинамику и контекст возникновения психопатологических симптомов и внутриличностных психических конфликтов. Подобная система оказания психотерапевтической помощи особенно распространена в лечебно-профилактических учреждениях санаторно-курортного профиля, где отмечается тенденция к автоматизации, редукционизму и деиндивидуализации психотерапевтического процесса.

Вместе с тем, развитие системного подхода и холистического мировоззрения, учитывающего циркулярное, нелинейное влияние сложных, в том числе социальных систем, привели к смене мировоззрения и парадигмы психотерапии с биологической на биопсихосоциальную. Под влиянием системного подхода, теории поля и теории коммуникации изменилась теория и практика психотерапии. Создались предпосылки для разработки общей теории психики и практики интегративной психотерапии [15].

С 90-х годов прошлого столетия в отечественной психотерапии стали отмечаться отчетливые тенденции перехода от гипносуггестии и рефлексологии к экзистенциально-гуманистическим и психодинамическим направлениям: в практику психотерапевтов в рамках интегративного подхода внедрялись идеи гештальт-терапии

(Коробов А. А., Федоров А. П., Александров А. А. и др.), когнитивно-поведенческой психотерапии (Кулаков С. А. и др.), семейной психотерапии и психодрамы (Эйдемиллер Э. Г. и др.), терапии основанной на идеях этиологии и принципах межвидовых коммуникаций (Самохвалов В. П.).

Среди вышеперечисленных подходов в рутинной психотерапевтической практике специалистов оказывающих помощь в структуре общесоматической медицины, наиболее «прижилась» когнитивно-поведенческая терапия. Это связано, прежде всего, с тем, что в сравнении с другими методами существует намного больше результатов эмпирических исследований, подтверждающих ее эффективность, что позволяет ей легко «вписываться» в формат доказательной медицины, построенной на фактах и контролируемых испытаниях. Позиция терапевта в когнитивно-поведенческой терапии соответствует социально приемлемому поведению и поэтому интуитивно понятна, когнитивно-поведенческая терапия также выглядит менее экономически затратной, поскольку является краткосрочной и требует меньшего времени для обучения специалистов [9, 16].

Однако, несмотря на объективные преимущества данного метода, существуют и специфические трудности, которые могут возникать вследствие некоторого рода идеализации любого психотерапевтического подхода, без признания его определенных ограничений.

В частности, стремление психотерапевтов к быстрой, рациональной помощи пациентам и редукции их психологических страданий, часто приводит к симптоматическим изменениям или временной смене поверхностных представлений о соматической болезни, поскольку отсутствует возможность для существенной проработки, а такие факторы как ранняя история развития пациента, интра- и интерперсональные конфликты, отношения терапевт-пациент, феноменология переживаний, бессознательные реакции, в частности трансферентные и контртрансферентные феномены, неизбежно возникающие в терапевтическом пространстве, понимаются с позиций «рационалистического» подхода как выражение иррациональных и нереалистических убеждений и с ними обращаются соответственно этому пониманию: путем контроля и изменения симптоматики посредством использования интеллекта, рациональности или через поощрение, поддержку, погашение, десенсибилизацию поведенческих реакций [9, 3].

В связи с этим можно предположить, что в разработке методологической базы по оказанию психотерапевтической помощи пациентам с психическими расстройствами непсихотического уровня, проходящих лечение в медицинских учреждениях общесоматического профиля, следует сделать акцент на смещении процесса терапии с когнитивно-поведенческого полюса в плоскость феноменологии и интересубъективности. Соответственно, в разработке системы психотерапевтических методик данной группы пациентов можно предложить решение следующих задач:

1. Фокус на межличностных отношениях.

2. Интеграцию текущих трудностей и с предыдущим жизненным опытом пациента.
3. Использование терапевтических отношений в качестве средства изменения.
4. Анализ ранней истории пациента и семейной системы, в которой могли сформироваться дезадаптивные способы психологической защиты.
5. «Челночное» движение между личностными особенностями, её структурными характеристиками и актуальными психологическими конфликтами, которые может символизировать соматический симптом, контекстом возникновения, поддержания и клинической трансформации соматической симптоматики.

Направление лечения, в этом случае, представляется как динамичный творческий процесс, а не статичное воспроизведение алгоритмов и процедур. Следование за траекторией ведущих психологических потребностей и конфликтов пациента при этом согласуется с выбором терапевтических тактик исходя из актуальных терапевтических ситуаций, развитием и изменением клиент-терапевтических отношений.

В результате наблюдаются более глубокие изменения в отношении пациента, его способности к работе и творческой самореализации, что выходит за рамки «соматоцентрированной» помощи и намного превосходит простое «облегчение симптомов». С другой стороны могут возникнуть неизбежные трудности, связанные с разработкой критериев оценки эффективности предлагаемых подходов, и перевода субъективных переживаний и интерпретаций в объективные данные. Данная проблема еще раз подчеркивает актуальность дальнейшей разработки, научно-методологической базы по оптимизации психотерапевтической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами обращающимся в учреждения соматического профиля.

Литература:

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. – 4-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – 720 с.
2. Белялов Ф. И. Тезисы психосоматической медицины // Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике: сборник материалов VII Байкальской конференции (Иркутск, 22 сентября) / Под ред. Ф. И. Белялова, В. С. Собенникова, В. В. Долгих. Иркутск. – 2011. – С. 6–15.
3. Бубнова И. В. Оценка качества психотерапевтического контакта в процессе психотерапии невротических расстройств // Психическое здоровье. – 2012. – № 6. – С. 13–18.
4. Дикая Л. Г., Журавлев А. Л. Психология адаптации и социальная среда. Современные подходы, проблемы, перспективы. – М: Институт психологии РАН. – 2008. – 624 с.
5. Жмуров В. А. Общая психопатология. – Иркутск: Издательство Иркутского университета. – 1986. – 280 с.
6. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский – Питер. – 2007. – 672 с.
7. Коростий В. И. Непсихотические психические расстройства и психологические факторы, влияющие на физическое состояние, у пациентов молодого возраста с психосоматической патологией // Международный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 13–17.
8. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 16–24.
9. Милтон Дж. Психоанализ и когнитивно-поведенческая терапия

- конкурирующие парадигмы или общая почва? // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – №4. – С. 26 – 32.
10. Овсянников С. А. Пограничная психиатрия и соматическая патология, клинико-практическое руководство / С. А. Овсянников, Б. Д. Цыганков. – М.: Триада, 2001. – 124 с.
 11. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН України. – 2010. Т. 16, № 1. – С. 168–176.
 12. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств / Н. Сарториус. – К.: Сфера. – 1997. – 104 с.
 13. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / под ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. М.: МЕДпресс-информ. – 2006. – 568 с.
 14. Спринц А. М. Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией: руководство для врачей / А. М. Спринц и др. - СПб.: Спец. Лит, 2007. – 253 с.
 15. Третьяк Л. Л. Современные тенденции развития отечественной практики психотерапии и консультирования // Журнал практического психолога. – 2011. – № 3. – С. 127–142.
 16. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А. П. Федоров. СПб.: Питер. – 2002. – 352с.
 17. Хаустова О. О. Метаболический синдром X (психосоматический аспект). – К.: Медкнига. – 2009. – 125 с.
 18. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник. – Київ: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.

ПСИХОТЕРАПІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ У ПАЦІЄНТІВ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

А. В. Єжов

У роботі розглянуті проблеми надання психотерапевтичної допомоги пацієнтам з непсихотичними розладами в структурі медичних установ загально-медичного профілю. Визначені проблеми і передумови до подальшої модифікації використовуваних нині психотерапевтичних підходів.

Ключові слова: психотерапія, непсихотичні психічні розлади, соматична патологія, первинна медична допомога

PSYCHOTHERAPY OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS FOR PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY: PERSPECTIVE OF DEVELOPMENT

A. Iezhov

The problems of providing of psychotherapy for patients with nonpsychotic mental disorders and somatic pathology in the structure of general medical help are discussed. Problems and pre-conditions for further modification of presently using psychotherapy approaches are offered.

Keywords: psychotherapy, nonpsychotic mental disorders, somatic pathology, general medical help

УДК 616.895.8-085:006.015.5

В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, В. В. Сотніченко

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ В СИСТЕМІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

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

Ключові слова: медико-соціальна допомога, хворі на шизофренію, оцінка якості, клініко-психологічні критерії

Вступ. Проблема забезпечення якості психіатричної допомоги нині розглядається як самостійний напрям психіатрії. Головною причиною такої підвищеної уваги до неї є незадоволення як хворих, так і суспільства в цілому якістю цієї допомоги [3].

Першочерговим завданням підвищення якості є досягнення відповідності між наданням медичних послуг та сучасними уявленнями про достатній рівень та обсяг психіатричної допомоги із урахуванням індивідуальних потреб пацієнта та його близького оточення. При цьому вимоги хворого та його родини полягають не тільки в отриманні об'єктивно встановлених з позиції медичних працівників традиційних форм допомоги, але також у вирішенні широкого кола інших потреб, пов'язаних з виконанням пацієнтом та його сім'єю соціальних ролей. Таким чином, психіатрична допомога повинна бути спрямована як на усунення (пом'якшення) психопатологічної симптоматики, так і на підтримку хворого та членів його родини у повсякденному житті [5].

Про високий рівень якості допомоги можна говорити тільки за умови взаємоспівпраці всіх учасників терапевтичного процесу [2, 6]. Також однією з основних вимог при створенні сучасної системи управління якістю психіатричної допомоги є участь в її оцінюванні споживачів цієї допомоги – пацієнтів та членів їх родин.

Необхідність підвищення якості психіатричної допомоги та її адекватної оцінки, а також задовільного вирішення цієї проблеми диктує необхідність подальших розробок у цьому важливому для вітчизняної психіатрії напрямі.

Мета дослідження – розробити, методично забезпечити та впровадити клініко-психологічні критерії якості медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію задля удосконалення системи моніторингу якості психіатричної допомоги пацієнтам даної категорії.

Матеріал та методи роботи. За умови підписання інформованої згоди з дотриманням принципів етики та деонтології було обстежено 132 хворих на шизофренію та 112 їх родичів 1–2 ступеня спорідненості. Досліджувана група хворих була представлена 75 (56,8%) чоловіками та 57 (43,2%) жінками. У віці 20–29 років було 37 (28,0%) пацієнтів, 30–39 років – 59 (44,7%), 40–49 років – 28 (21,2%), 50–59 років – 8 (6,1%) хворих, тобто переважали особи працездатного віку. Середній вік обстежених пацієнтів склав $35,1 \pm 0,8$ року. Пацієнти знаходились на стаціонарному лікуванні, у переважній більшості досліджених тривалість захворювання становила від 6 до 10 років – 86 (65,2%).

Критеріями залучення пацієнтів до дослідження були: інформована згода пацієнта на участь у дослідженні,

- конкурирующие парадигмы или общая почва? // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – №4. – С. 26 – 32.
10. Овсянников С. А. Пограничная психиатрия и соматическая патология, клинико-практическое руководство / С. А. Овсянников, Б. Д. Цыганков. – М.: Триада, 2001. – 124 с.
 11. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН України. – 2010. Т. 16, № 1. – С. 168–176.
 12. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств / Н. Сарториус. – К.: Сфера. – 1997. – 104 с.
 13. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / под ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. М.: МЕДпресс-информ. – 2006. – 568 с.
 14. Спринц А. М. Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией: руководство для врачей / А. М. Спринц и др. - СПб.: Спец. Лит, 2007. – 253 с.
 15. Третьяк Л. Л. Современные тенденции развития отечественной практики психотерапии и консультирования // Журнал практического психолога. – 2011. – № 3. – С. 127–142.
 16. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А. П. Федоров. СПб.: Питер. – 2002. – 352с.
 17. Хаустова О. О. Метаболический синдром X (психосоматический аспект). – К.: Медкнига. – 2009. – 125 с.
 18. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник. – Київ: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.

ПСИХОТЕРАПІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ У ПАЦІЄНТІВ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

А. В. Єжов

У роботі розглянуті проблеми надання психотерапевтичної допомоги пацієнтам з непсихотичними розладами в структурі медичних установ загально-медичного профілю. Визначені проблеми і передумови до подальшої модифікації використовуваних нині психотерапевтичних підходів.

Ключові слова: психотерапія, непсихотичні психічні розлади, соматична патологія, первинна медична допомога

PSYCHOTHERAPY OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS FOR PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY: PERSPECTIVE OF DEVELOPMENT

A. Iezhov

The problems of providing of psychotherapy for patients with nonpsychotic mental disorders and somatic pathology in the structure of general medical help are discussed. Problems and pre-conditions for further modification of presently using psychotherapy approaches are offered.

Keywords: psychotherapy, nonpsychotic mental disorders, somatic pathology, general medical help

УДК 616.895.8-085:006.015.5

В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, В. В. Сотніченко

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ В СИСТЕМІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

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

Ключові слова: медико-соціальна допомога, хворі на шизофренію, оцінка якості, клініко-психологічні критерії

Вступ. Проблема забезпечення якості психіатричної допомоги нині розглядається як самостійний напрям психіатрії. Головною причиною такої підвищеної уваги до неї є незадоволення як хворих, так і суспільства в цілому якістю цієї допомоги [3].

Першочерговим завданням підвищення якості є досягнення відповідності між наданням медичних послуг та сучасними уявленнями про достатній рівень та обсяг психіатричної допомоги із урахуванням індивідуальних потреб пацієнта та його близького оточення. При цьому вимоги хворого та його родини полягають не тільки в отриманні об'єктивно встановлених з позиції медичних працівників традиційних форм допомоги, але також у вирішенні широкого кола інших потреб, пов'язаних з виконанням пацієнтом та його сім'єю соціальних ролей. Таким чином, психіатрична допомога повинна бути спрямована як на усунення (пом'якшення) психопатологічної симптоматики, так і на підтримку хворого та членів його родини у повсякденному житті [5].

Про високий рівень якості допомоги можна говорити тільки за умови взаємоспівпраці всіх учасників терапевтичного процесу [2, 6]. Також однією з основних вимог при створенні сучасної системи управління якістю психіатричної допомоги є участь в її оцінюванні споживачів цієї допомоги – пацієнтів та членів їх родин.

Необхідність підвищення якості психіатричної допомоги та її адекватної оцінки, а також задовільного вирішення цієї проблеми диктує необхідність подальших розробок у цьому важливому для вітчизняної психіатрії напрямі.

Мета дослідження – розробити, методично забезпечити та впровадити клініко-психологічні критерії якості медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію задля удосконалення системи моніторингу якості психіатричної допомоги пацієнтам даної категорії.

Матеріал та методи роботи. За умови підписання інформованої згоди з дотриманням принципів етики та деонтології було обстежено 132 хворих на шизофренію та 112 їх родичів 1–2 ступеня спорідненості. Досліджувана група хворих була представлена 75 (56,8%) чоловіками та 57 (43,2%) жінками. У віці 20–29 років було 37 (28,0%) пацієнтів, 30–39 років – 59 (44,7%), 40–49 років – 28 (21,2%), 50–59 років – 8 (6,1%) хворих, тобто переважали особи працездатного віку. Середній вік обстежених пацієнтів склав $35,1 \pm 0,8$ року. Пацієнти знаходились на стаціонарному лікуванні, у переважній більшості досліджених тривалість захворювання становила від 6 до 10 років – 86 (65,2%).

Критеріями залучення пацієнтів до дослідження були: інформована згода пацієнта на участь у дослідженні,

діагноз «Шизофренія» за МКХ-10, проживання у сімейному оточенні, згода членів родини, які проживають разом з пацієнтом, взяти участь у дослідженні; відсутність явного когнітивного дефіциту в обстежених. Після нівелювання гострої психотичної симптоматики здійснювали оцінку відповідності критеріям залучення до дослідження, визначення соціально-психологічних та клініко-психологічних характеристик пацієнтів та родичів, які можуть впливати на оцінку якості медико-соціальної допомоги хворим даної категорії.

Для оцінки рівня суб'єктивної задоволеності наданою допомогою було використано «Опитувальник суб'єктивної задоволеності лікуванням» [4]. Визначення рівня сімейного тягаря здійснювали за допомогою «Інтерв'ю для оцінки тягаря» (Zarit Burden Interview by Zarit, Reever, Bach-Peterson, 1980). З метою об'єктивізації даних щодо особливостей сім'ї хворого, внутрішньосімейних відносин та впливу медико-соціальної допомоги на дані показники було застосовано Шкалу структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта [1].

З метою визначення суб'єктивного стану здоров'я хворих була використана стандартизована анкета EQ-5D. Для дослідження самооцінки застосовували методику Т. Дембо – С. Я. Рубінштейн (1970). Здобуті дані було оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows.

Результати дослідження та їх обговорення. Визначення особливостей соціального функціонування (СФ) обстежених хворих встановило вразливість значної частини пацієнтів в усіх сферах: робота, сім'я, матеріально-побутові умови, соціальні контакти.

Здатність пацієнта оцінювати власні можливості, реагувати на психологічну допомогу та обирати найбільш адекватні засоби вирішення особистісних та сімейних проблем визначали шляхом дослідження самооцінки хворого як однієї з характеристик СФ. Адекватна самооцінка спостерігалась у 17 ($12,9 \pm 3,3\%$) пацієнтів, завищена у – 53 ($40,1 \pm 4,9\%$), знижена – у 62 ($47,0 \pm 5,0\%$). Дослідження прямого впливу рівня самооцінки на СФ пацієнтів встановило, що її зниження супроводжувалось формуванням незадовільних взаємостосунків з родиною ($p < 0,01$). Знижена самооцінка ставала руйнівним фактором у всіх сферах, які відповідають за навчання або набуття нових навичок ($p < 0,01$). У свою чергу, завищена самооцінка призводила до відмови пацієнта від психофармакотерапії та всіх видів психологічного втручання ($p < 0,01$). Усі свої фізичні якості пацієнти оцінювали на середньому рівні, а психічні – завищували; незважаючи на помітні порушення поведінки та порушення контактів з оточуючими, вони були задоволені своїм характером.

За даними опитувальника EQ-5D зниження рівня критичності до свого стану здоров'я було характерним для 55 ($41,7 \pm 4,9\%$) хворих, завищення – для 48 ($36,3 \pm 4,8\%$), адекватне сприйняття – для 29 ($22,0 \pm 4,1\%$) обстежених.

На основі аналізу результатів оцінки суб'єктивного стану здоров'я як одного з показників якості життя пацієнтів з шизофренією 104 респонденти (78,8%) повідомили про проблеми принаймні за одним з пунктів EQ-5D. Більшість пацієнтів (75 – 56,8%) повідомили про відчуття тривоги або депресії, 54 (40,1%) – про наявність болю або дискомфорту, 58 (43,9%) відзначили у себе проблеми в повсякденній діяльності та 39 (29,5%) – у догляді за собою. Абсолютній більшості хворих (110 – 83,3%) був притаманний високий рівень стигматизації, що відображає побоювання стосовно негативного впливу перебування у психіатричному стаціонарі на їх соціальний, професійний та правовий статус.

Аналіз суб'єктивного стану здоров'я в залежності від тривалості захворювання пацієнта свідчив про те, що даний показник негативно впливає на всі п'ять параметрів здоров'я.

Вивчення родинного стану показало, що у шлюбі перебувало 36 (27,3%) пацієнтів, а самотніх осіб (тобто тих, хто ніколи не був одружений або розлучився) було значно більше – 96 (72,7%).

Визначення рівня сімейного тягаря (фізичного, соціального, емоційного, фінансового стресу та стосунків з родичами) встановило, що приблизно половина опитаних (44,6%) доглядає за хворим більше 6-ти років. У 18 (32,1%) сім'ях за хворим доглядає тільки одна особа. В таких родинах визначається надзвичайно високі середні показники суб'єктивного тягаря – 52,9 балів. Цей результат можна порівняти з 37,7 балами в сім'ях, де доглядають хворого двоє та більше родичів – 38 (67,9%) опитаних.

У сім'ях пацієнтів, які працюють (21,4%), респонденти відмічали краще матеріальне становище, можливість поєднання власних професійних обов'язків з доглядом за хворим, більшу соціальну адаптованість пацієнта, що відобразилось у низькому рівні суб'єктивного тягаря – 24,5 балів. Серед опитаних родичів 102 (91,1%) постійно проживають з пацієнтом, тільки 10 (8,9%) мають окреме помешкання. Проте час, проведений з хворим, немає чіткої кореляції з рівнем тягаря. Так, середній показник першої групи склав 43,5 балів, другої – 38,5. Аналізуючи рівень сімейного тягаря в залежності від тривалості захворювання пацієнта, необхідно відмітити його прямо пропорційне зростання.

Ми вважаємо за потрібне також вказати на вкрай низький рівень інформаційної допомоги родинам, що мають хворого на шизофренію. Цей показник найбільш вплинув на високий рівень тягаря. Опитані наголошували на необізнаність щодо клінічних, психологічних та соціальних потреб пацієнта, на власному відчутті стороннього у лікувальному процесі.

Таким чином, у результаті дослідження встановлено зв'язок тягаря з двома групами факторів: пов'язані з пацієнтом (зокрема, з особливостями перебігу захворювання) та пов'язані з особою, що доглядає. Виявлено пряму залежність між тривалістю хвороби, працездатністю пацієнта, кількістю осіб, що доглядають за ним, та рівнем тягаря. Майже всі родини мають інформаційний запит щодо захворювання та подальшого догляду за родичем.

За результатами «Шкали структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта» встановлено, що ресурс сімейної підтримки у 78 (59,1%) опитаних виявився обмеженим (14–27 балів). У таких сім'ях знижені зацікавленість, мотивація та реальні можливості для надання повноцінної підтримки хворого. У 43 опитаних (32,6%) визначено значний дисбаланс між потребами здорових членів сім'ї та необхідністю піклування про хворого. Рівень сімейної підтримки у таких сім'ях низький (28–40 балів). У меншості опитаних (11 – 8,3%) встановлено емоційну, соціальну та економічну готовність підтримки хворого родича, визнання реальних меж своїх можливостей, що відповідає високому рівню ресурсу сімейної підтримки (1–13 балів). Виявлено чітку зворотню пропорційну залежність між тривалістю захворювання (відповідно тривалістю догляду за пацієнтом) та рівнем ресурсу сімейної підтримки.

Отримані дані свідчать про наявність значного ряду емоційно-соціальних проблем у сім'ях, в яких один з членів хворий на шизофренію. Більшість респондентів виявили низький або обмежений ресурс сімейної підтримки, що значною мірою впливає на подальшу соціально-психологічну адаптацію родича та клінічний прогноз захворювання. Такий додатковий, непрямий критерій більш точно розкриває зв'язок динаміки психопатологічних розладів з наданою допомогою, зокрема, медико-психологічною та інформаційною.

Вивчення думки споживачів психіатричних послуг стосовно ступеня задоволеності наданою допомогою виявило, що найбільш високо пацієнти оцінювали ті характеристики психіатричної допомоги, які пов'язані з міжособистісними стосунками в системі «медичний персонал–пацієнт»: стосунків лікарів, психологів, середнього та молодшого медичного персоналу, їх уважність, емпатія, загальна психологічна атмосфера у відділенні ($33,75 \pm 1,68$ бала). Гострота проблеми виявилася меншою ніж можна було очікувати за результатами аналізу літератури. Також доволі високо пацієнти оцінювали задоволення безпосередніми результатами лікування ($37,54 \pm 0,92$ бала). Ряд індикаторів, які відображають матеріально-технічне та медикаментозне забезпечення, стан та комфорт приміщень отримали у пацієнтів найбільш низькі оцінки ($20,68 \pm 0,35$ бала). Встановлено, що найменше пацієнти були задоволені ставленням соціуму до свого статусу пацієнта психіатричного закладу.

Також були виявлені фактори, які викликали найбільшу незадоволеність пацієнтів та мали найбільший вплив на формування негативного образу психіатричного стаціонару. Так, 114 опитаних (86,3%) були незадоволені побічними ефектами лікарських засобів, які отримували у відділенні. Пацієнти стаціонарних психіатричних закладів (59,4% хворих з відносно коротким терміном захворювання та 40,6% обстежених зі значною тривалістю хвороби) заперечливо ставились до сумісного перебування хворих з різним ступенем вираженості психічних розладів.

Результати проведеного дослідження хворих на шизофренію та членів їх родин стали підґрунтям для

визначення комплексу клініко-психологічних критеріїв якості психіатричної допомоги: самооцінка, критичність, тривога/депресія, біль/дискомфорт, суб'єктивна задоволеність лікуванням, суб'єктивна задоволеність відносинами «медичний персонал – хворий», стигматизація, тягар родини, рівень сімейної підтримки.

З метою визначення доцільності застосування розробленого комплексу в системі оцінки якості медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію та подальшого його впровадження було проведено дослідження у 2-х групах пацієнтів на етапі виписки. Групу 1 склали 80 пацієнтів, медико-соціальна допомога яким включала методи біологічного та психосоціального втручання (індивідуальну чи групову психотерапію, психологічне консультування, психоед'юкацію тощо). Групу 2 склали 52 пацієнти з аналогічними гендерно-віковими та клініко-динамічними особливостями захворювання. Терапевтична тактика по відношенню до цих пацієнтів обмежувалась застосуванням біологічних методів лікування.

Аналіз якості наданої допомоги в порівнюваних групах хворих за визначеними критеріями встановив такі відмінності. У пацієнтів групи 1 достовірно частіше спостерігалось відновлення до адекватного рівня критичності до стану свого здоров'я ($78,8 \pm 2,3\%$ проти $61,5 \pm 2,5\%$, $p < 0,001$) та самооцінки ($71,3 \pm 3,3\%$ проти $59,6 \pm 2,9\%$, $p < 0,001$). Дані представлено на рис. 1 та рис. 2.

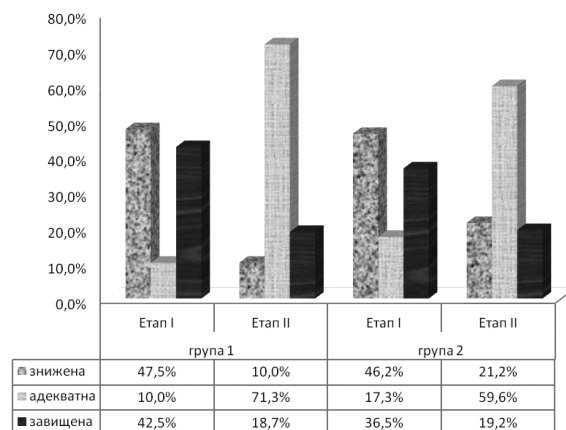


Рис. 1. Динаміка стану самооцінки у пацієнтів порівнювальних груп

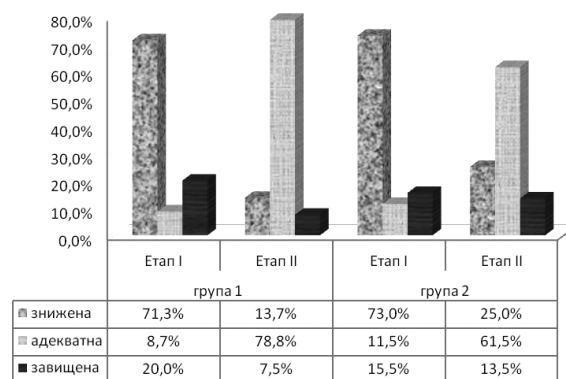


Рис. 2. Динаміка стану критичності у пацієнтів порівнювальних груп

Таблиця 1

Рівень задоволеності наданою допомогою
в порівнювальних групах

Рівень задоволеності	Група 1		Група 2	
	Абс.	%	Абс.	%
низький	1	1,28	3	5,8
середній	27	33,75	23	44,2
високий	52	65,0	26	50,0
Всього	80	100,0	52	100,0

Таблиця 2

Основні показники структури суб'єктивної задоволеності лікуванням в порівняльних групах (бали)

Показник суб'єктивної задоволеності лікуванням (M±m)	Група 1	Група 2
Результати лікування	37,48 ± 0,65*	33,87 ± 0,48
Відносини лікар-хворий	31,97 ± 0,65*	28,59 ± 0,42
Побутові умови і оточення	21,82 ± 0,62*	19,42 ± 0,35
Стигматизація	5,68 ± 0,25	5,92 ± 0,16
Сумарний показник	96,96 ± 1,68*	87,80 ± 1,13

Примітка. * – різниця між групами статистично достовірна, $p < 0,001$

Низький рівень задоволеності пацієнтів наданою допомогою спостерігався в поодиноких випадках – 1 (1,28%) в групі 1 та 3 (5,8%) – в групі 2, високий та середній – переважав у групі 1 (табл. 1, 2).

У групі 1 високому рівню задоволеності наданою допомогою відповідають результати по трьох субшкалах – «результати лікування», «ставлення лікар-хворий» та «побутові умови і навколишнє середовище». Найбільш високу оцінку у пацієнтів групи 2 отримав показник «ставлення лікар-хворий», на другому місці – «результати лікування», високий рівень задоволеності.

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ В СИСТЕМІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

В. Я. ПІШЕЛЬ, М. Ю. ПОЛІВ'ЯНА, В. В. СОТНИЧЕНКО

На основі результатів комплексного обстеження 132 хворих на шизофренію і 112 членів їх сімей розроблені та методично забезпечені клініко-психологічні критерії якості медико-соціальної допомоги пацієнтам даної категорії. Доведено доцільність та ефективність використання розробленого комплексу в системі оцінки якості психіатричної допомоги хворим на шизофренію.

Ключові слова: медико-соціальна допомога, хворі на шизофренію, оцінка якості, клініко-психологічні критерії

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CRITERIA IN THE SYSTEM OF ASSESSMENT QUALITY CARE FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V. PISHEL, M. POLYVIANA, V. SOTNICHENKO

On the base of comprehensive multifaceted study of 132 patients with schizophrenia and 112 their relatives was developed and methodically secured complex of medical and psychological criteria quality medical care for patients in this category. It was proved the feasibility and efficiency of this complex of criteria in the evaluation of the quality of psychiatric care to patients with schizophrenia in order to improve it.

Keywords: medical and social care, patients with schizophrenia, quality assessment, clinical and psychological criteria

Субшкали «побутові умови та навколишнє середовище» та «стигматизація» знаходяться на 3-й позиції та підпадають до діапазону середнього ступеня задоволеності. Найбільш низькі оцінки в обох групах визначались за шкалою «стигматизація», проте ці показники все ж підпадають під середній рівень задоволеності.

Практично всі пацієнти обох груп (92,5% та 88,4%) були задоволені поліпшенням самопочуття, усуненням психопатологічної симптоматики. Значно менше виявилось пацієнтів, які були задоволені змінами в комунікативній поведінці, динамікою поглядів на майбутнє у групі 2 (23 пацієнта – $44,2 \pm 2,1\%$ проти $48 - 60,0 \pm 1,9\%$, $p < 0,001$).

Оцінки показників суб'єктивної задоволеності лікуванням були порівняні з клінічними оцінками стану пацієнта за шкалами CGI-S і CGI-I, виявлено чіткий кореляційний зв'язок між цими показниками в групах 1 ($r=0,81$) та 2 ($r=0,86$). Таким чином, оцінка результатів наданої допомоги за розробленим комплексом клініко-психологічних критеріїв довела доцільність та ефективність їх використання з метою удосконалення системи оцінки якості медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію.

Література:

1. Абрамов В. А. Психосоціальна реабілітація больных шизофренией: монография / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. – Донецк: Капитан, 2009. – 584 с.
2. Гройсман В. А. Управление качеством медицинской помощи / В. А. Гройсман // Стандарты и качество. – 2004. – № 4. – С. 100–103.
3. Гурович И. Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Соц. и клин. психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 5–10.
4. Лутова Н. Б. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса / Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, В. Д. Вид // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 32–34.
5. Пинчук И. Я. От оценки социально-экономических аспектов к реформированию системы оказания психиатрической помощи / И. Я. Пинчук // НейроNEWS: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2007. – № 4. – С. 11–12.
6. Система контроля качества медицинской помощи / В. Г. Дьяченко, Н. А. Капитоненко, Н. А. Пудовкина [и др.] // Медицинское страхование. – 2006. – № 1 – 2 (13 – 14). – С. 47–51.

УДК 616.123-007.064-089+616.89-008-07

О. С. Чабан

ГІПОТЕЗИ ТА ІДЕЇ ДЛЯ НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ В ОБЛАСТІ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОСОМАТИКИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: психосоматика, медична психологія, науково-дослідна робота, гіпотези, ідеї

Можливо, це найнезвичайніша для мене публікація. Чому? Тому що вона не несе нічого доказово нового та не демонструє досягнень у медичній психології та психосоматиці..

Більше того, деякі ідеї можуть привести в глухий кут та «потішити» негативними результатами. Але я не вірю, що справжня наука – це лише позитивні результати. Одночасно – це і перспектива нових напрямів та тем НДР. Вони, ці теми, цікавлять мене останні роки.

Я не жадібний та друкую їх через власну лінь, яка з'являється з віком, та тому, що прекрасно розумію, що всього не охопиш. Навіть з тими, хто поряд і робить ту саму науку. Тому, якщо хтось захоче серйозно зайнятися науковою роботою, пропоную подумати над такими нестандартними та не зовсім звичними гіпотезами та ідеями:

1. Вагітність та пологи є фізіологічним процесом. Чому тоді останні десятиріччя все більше говорять та констатують патологію в цій сфері? Який вплив тут має соціально-психологічна складова? І чому при принципово фізіологічному акті пологів жінка відчуває біль? Потрібно по-новому підійти до розуміння болю.
2. Діти, народжені у фізіологічних пологах та кесаровим розтином, однакові у формуванні особливостей особистості, форм психологічної амортизації та захисту?
3. Використання памперсів у дітей зумовлює ріст депресії та аутизації у дорослих? Гіпотеза: памперси зашкоджують формуванню природної комунікації дитини, а отже, і порушення комунікації у більш дорослому віці (депресія та аутизм – як втрата комунікації).
4. Гіпотеза: на ріст тривоги у міського населення в порівнянні з сільським населенням впливає особливий роботи очно-мозкового механізму оцінки візуального сигналу безпеки. Близький погляд у місті на відміну від села більш провокативний для психосоматичного реагування на рівні тривоги.
5. Гіпотеза: діагностика маскованої депресії можлива через неусвідомлення оцінки пацієнтом кількості миттєво побачених світлин з сюжетом або зображенням виражених позитивних та негативних емоцій та кількох нейтральних емоцій. Мова йде про створення нового тесту оцінки маскованої депресії
6. Гіпотеза: невротична особистість формується внаслідок неправильно складеної концепції життєвої мети. Предмет дослідження: динаміка основних екзистенційних особливостей людини в кризовому суспільстві.
7. Гіпотеза: відновлення циркадних ритмів та їх складової – депресивного розладу можливе немедикаментозно, а саме через природне відновлення циркадності, наприклад в ситуації фото- та аудіодепревації. Моделлю може бути шахта чи печера з тривалим перебуванням у ній.
8. Гіпотеза: мозок пацієнта з проблемою ігрової адикції в ситуації цейтноту працює за іншим принципом (інша оцінка зовнішніх факторів значимих для прийняття правильного рішення), ніж здорової людини. Ступінь ризику зумовлений більше біологічною чи соціально-психологічною складовою? Потрібно вивчити, якою саме.
9. Гіпотеза: ріст психосоматичних розладів у сучасному суспільстві зумовлений порушенням балансу між байдужістю-зв'язками та бодінг-зв'язками та ступенем соціального склерозу (поняття та визначення інституціональної економіки)
10. Подвійна мораль батьків – це впливає на психосоматичні відреагування дітей (наприклад, нервової анорексії та булемії)? Як це можна пов'язати з теорією Селівана?
11. Лікування шизофренії методом корекції у віртуальній реальності.
12. Створення оповідання з пацієнтом із шизофренією – як вид психотерапії.
13. Наїкаїн в психокорекції делінквентної поведінки психічнохворих підлітків.
14. Хірургічна операція – як спроба сподобатися хірургу? Вивчення аспектів аутоагресії серед планових опереційних пацієнтів. Ступінь вираженості гістрічних особистостей та кореляції з аутоагресією.
15. Геометрія позасвідомого: круг, квадрат, хрест. Їх значення у сучасному соціумі.
16. Патоморфоз маячення: зміни структури маячення у часі (оцінка ретроспективна та сучасна)
17. Чи можна прирівняти настирливість до епілепсії в медико-психологічному аспекті?
18. Хоровий спів при шизофренії. Григоріанські розспіви. Чи буде ефект від ритуальних співів у низьких частотатах та ефектом відновлення психічного гомеостазу? Бажана доказовість на фізіологічному рівні.
19. Анекдот – як тест на емпатію. Чи можливо це? Новий тест?
20. Психосоматика: кореляція біологічних (наприклад, аміазинова проба) та психологічних (проективні тести) тестів при маскованій депресії. Вивести кореляційні зв'язки.
21. Вагітність у пацієнта із шизофренією. Чи покращується психічний стан пацієнта? І коли саме? Чому?

22. Вагітність при настирливостях. Чи покращує психічний стан пацієнта вагітність та пологи?
 23. Інтернет-залежність. Лікування в інтернеті через ті ж системні та мережеві ігри з пацієнтом. Потрібно підібрати потрібні ігри та зрозуміти суть цієї корекції.
 24. Психологічні особливості спілкування в Інтернеті з адиктами та усамітненими пацієнтами.
 25. «Доводячи до мінімуму запас енергії та заповзятливості, якими має володіти окрема людина, та звільняючи її від будь-якої відповідальності, колективізм видається найдоречнішим щодо потреб народів, у яких воля, енергія та особиста ініціатива поступово знеслились» Г. Лебон. Гіпотеза: орієнтація на духовного лідера є психологічним милицею при психічних проблемах. Що саме використовує людина з психічними проблемами в якості психологічного захисту у вигляді захоплення ідеями та самим лідером, гуру, вождем?
 26. Особливості протікання шизофренії у жителів села та міста: психодинамічний аспект.
 27. Гіпотеза: Синдром Йозефа К. (УТ Чабан О. С., 2010) корелюється з рівнем соціальної та патологічної тривоги. Потрібно вивчити кореляти соціального нігілізму та феномену тривожного розладу.
 28. Гіпотеза: депресія – це прояв румінації. Потрібно вивчити психотерапевтичний ефект соціального руху “Слов лайф” при депресивних розладах.
 29. Чи правильна гіпотеза Теодора Рейка про тягу злочинців повернутися на місце злочину як феномен прихованої аутоагресії? Потрібний легальний доступ до бази даних правоохоронних органів та співпраця з ними.
 30. Гіпотеза: всі методики психотерапії однакові за ефектом, але різні за економічними витратами для пацієнта. Потрібно виконати стандартні заміри ефекту різних психотерпій (наприклад, за шкалою «Оцінки якості життя» (УТ Чабан О. С., 2011, чи Q-Les-Q) при співставимих за проблемними явищами (патологією?) для пацієнта та соціально-демографічними показниками та співставити з фінансовими затратами пацієнта.
 31. Робота років на 40-50: потрібно за аналогією роботи Л. Вільхемсена (2010) відстежити вплив щоденних соціальних контактів самотніх людей на тривалість їхнього життя та вивчити чи корелюються вони з тривалістю життя їхніх батьків та особливостями їхніх (батьків) щоденних соціальних зв'язків.
 32. Особливості переживання щастя в різних регіонах України та їх зв'язок з психосоматичними розладами (на прикладі серцево-судинних захворювань чи інших маркерних для психосоматичних розладів патологій).
 33. Систематизація доказовості в психотерапії. Робота як мінімум на докторську дисертацію. Потрібний доступ до різних методів нейровізуалізації та контролю нейрохімічних процесів, імунології, нейрофізіології та багато чого іншого.
 34. Релігія, атеїзм та особливості психологічного опрацювання психотравми катастрофічного діагнозу (наприклад, раку, інфаркту міокарда). Потрібно вивести кореляти. Дослідження в ідеалі повинно бути демографічним.
 35. Які особливості психосоматичних розладів у працівників медичної галузі? Від чого помирають психотерапевти? Гіпотеза: від докорів сумління, сумнівів та надмірного відчуття відповідальності.
 36. Гіпотеза: масове захоплення одягом у контексті синдрому Пітера Пена є наслідком (?) наростання регресивних форм захисту в популяції. Потрібно провести дослідження стилю одягу та вивчити взаємозв'язок з формами психологічного захисту та особливостей психосоматичного формування.
 37. Чи можна провести паралелі між постійним перебуванням в інтернет просторі та шаманськими ритуалами. Гіпотеза: регулярне перебування в інтернеті – це ритуальний захист з задіянням фізіологічних та психологічних складових. Яких? У кого? За яких обставин?
 38. Значимі соматичні хвороби та ступінь оптимізму (віра в виздоровлення). Які взаємозв'язки та взаємовпливи?
 39. Фактори формування комплаєнс – конкорданс – адхеренс. Вивести алгоритм.
 40. Плацебо ефект у динамічному аспекті. Плацебо ефект 50 років назад і тепер – це одне і те ж? Яка нейрофізіологія плацебо ефекту?
 41. Флеш беки та психічні розлади. Які між ними існують кореляти? Чи дійсно флеш беки можуть впливати на стратегію життя людини?
 42. Психологічні особливості проживання на одній житловій площі родини трьох поколінь. Як це впливає на життєву стратегію, адаптацію та соматичні прояви у одного з членів сім'ї?
 43. Віртуальний простір – як база для створення нуклеарної сім'ї. Поведінка агресивних людей в таких «сім'ях».
 44. Перебування в інтернеті (у тому числі ігри) та хвороба Альцгеймера. Чи можна пацієнта з ХА пробувати адаптувати за допомогою мережі інтернет.
 45. Психотерапія пацієнтів з психічними проблемами внаслідок нейродегенеративних розладів (вікова проблема) методом поміщення в штучно створене середовище їхньої молодості.
 46. Вводимо в реабілітацію пацієнтів із когнітивно-мнестичним дефектом терапію ритмом (барабани, тамтами, ритмічні вправи та прості ритмічні танці. Ускладнюємо завдання). Гіпотеза: архаїчна пам'ять зникає остання. Стимуляція її повинна створити зворотній ефект відмов систем за Ушаковим.
 47. Депресивний розлад та рак. Між ними існують кореляційні зв'язки? А якщо мова йде про ларвовану депресію? Дистимію?
- Все те, що ви прочитали – це лише деякі роздуми на тему психосоматичної медицини та медичної психології. Не думайте, що дещо – це просто нісенітниця.

Інколи варто поглянути на проблему з іншого боку, щоб побачити хоч щось нове, а отже, придатне, щоб стати об'єктом терапії.

Готовий, при зацікавленості, пояснити та обґрунтувати свої викладення більш детально.

ГИПОТЕЗЫ И ИДЕИ ДЛЯ НАУЧНО – ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОСОМАТИКА

О. С. ЧАБАН

В работе представлены размышления автора о возможных направлениях научных работ в области медицинской психологии и психосоматической медицины.

Ключевые слова: психосоматика, медицинская психология, научно-исследовательская работа, гипотезы, идеи

HYPOTHESES AND IDEAS FOR SCIENCE – RESEARCH ON MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOSOMATICS

O. CHABAN

The paper presents the author's reflections on the possible directions of the current research in the field of health psychology and psychosomatic medicine.

Keywords: psychosomatic, medical psychology, scientific research, hypotheses, ideas

УДК 159.942 – 056.22:159.942

О. О. Лазуренко

ПСИХОЕМОЦІЙНІ СКЛАДОВІ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Ключові слова: емоції, емоціональні стани, фізичне і психічне здоров'я, психоемоційні розлади

В умовах соціально-економічних змін актуальною постає проблема дослідження емоційної сфери.

Життя сучасної людини характеризується зростанням інтенсивності і збільшенням емоційних навантажень. Цьому сприяють стрімка зміна соціального середовища, підвищення темпів життя, руйнування традиційних сімейних структур, екологічні катаклізми тощо. На все це людина реагує певними переживаннями: задоволення або незадоволення, радість, сум, гнів, сором тощо. І, як наслідок, вона втрачає контакт зі своїм душевним станом, а відтак, можливість їх (переживання) розуміти і керувати ними, що, в свою чергу, негативно впливає на фізичне і психічне здоров'я: збільшення числа психосоматичних захворювань, важких душевних станів (тривожно-депресивних розладів), емоційних «вибухів» і конфліктів, і врешті-решт незадоволення собою. Виходячи з-під контролю свідомості, емоції людей заважають здійсненню намірів, порушують міжособистісні стосунки, не дозволяють певним чином виконувати службові та сімейні обов'язки, ускладнюють відпочинок і погіршують здоров'я. Стає зрозумілим, щоб подолати труднощі міжособистісного характеру та сприяти гармонійному зростанню окремої особистості, необхідно, перш за все, пізнати ті явища, якими це обумовлено.

Вищеназване і визначає *актуальність* проблеми значущості емоцій у життєдіяльності людини, зокрема, їх вплив на здоров'я людини, її працездатність, успіх та результативність діяльності тощо.

Наша психіка є суб'єктивним відображенням об'єктивно існуючої дійсності. Це відображення має як чуттєву, образну форму (відчуття, сприймання), так і розумову, абстрактну форму (поняття, судження, висновки). У людей, як і у тварин, є ще одна форма відображення

дійсності – відображення у формі емоцій. Як і психічні пізнавальні процеси, емоції забезпечують відтворення, віддзеркалення навколишнього світу. Отже, емоції – це особливий клас психічних процесів і станів, що відтворюються у формі безпосередніх переживань (горя, радості, страху тощо) діючих на індивіда стимулів і ситуацій.

Завдяки відчуттям, сприйманню та мисленню людина пізнає світ, його закономірності, пізнає себе, свою діяльність, оцінює результати свого пізнання. На основі цього виникає певна оцінка об'єктів і явищ як зовнішнього, так і внутрішнього світу, певне ставлення до них, яке ми, до речі, переживаємо. Саме це переживання свого ставлення до явищ світу (зовнішніх і внутрішніх), до дій (своїх чи інших) і називається емоціями.

Емоції супроводжують нас протягом життя. Вони впливають на людину в цілому і кожна емоція впливає на суб'єкт по-різному. Втрата емоцій – це втрата специфічних для людини рис. Враховуючи всі різновиди переживань людини – від глибоко травмуючих страждань до високих форм радості та соціального відчуття життя, емоції стають як позитивним чинником у життєдіяльності, активізуючи організм, так і негативним, пригнічуючи всі його функції.

Проблема емоцій, їх значення в життєдіяльності людини цікавила і цікавить багатьох філософів, психологів і, звичайно, медиків. Так, Б. Спіноза вважав, що для певної свободи людина має пізнати не лише зовнішні обставини свого буття, а й власні афекти і пристрасті. Такі пізнання передбачають не усунення пристрастей, а владу над ними.

Спроба внести своє розуміння в дослідження питання ролі емоцій у житті та діяльності людини, проаналізувати фізіологічні механізми емоцій, їх функції та

Інколи варто поглянути на проблему з іншого боку, щоб побачити хоч щось нове, а отже, придатне, щоб стати об'єктом терапії.

Готовий, при зацікавленості, пояснити та обґрунтувати свої викладення більш детально.

ГИПОТЕЗЫ И ИДЕИ ДЛЯ НАУЧНО – ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОСОМАТИКА

О. С. ЧАБАН

В работе представлены размышления автора о возможных направлениях научных работ в области медицинской психологии и психосоматической медицины.

Ключевые слова: психосоматика, медицинская психология, научно-исследовательская работа, гипотезы, идеи

HYPOTHESES AND IDEAS FOR SCIENCE – RESEARCH ON MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOSOMATICS

O. CHABAN

The paper presents the author's reflections on the possible directions of the current research in the field of health psychology and psychosomatic medicine.

Keywords: psychosomatic, medical psychology, scientific research, hypotheses, ideas

УДК 159.942 – 056.22:159.942

О. О. Лазуренко

ПСИХОЕМОЦІЙНІ СКЛАДОВІ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Ключові слова: емоції, емоціональні стани, фізичне і психічне здоров'я, психоемоційні розлади

В умовах соціально-економічних змін актуальною постає проблема дослідження емоційної сфери.

Життя сучасної людини характеризується зростанням інтенсивності і збільшенням емоційних навантажень. Цьому сприяють стрімка зміна соціального середовища, підвищення темпів життя, руйнування традиційних сімейних структур, екологічні катаклізми тощо. На все це людина реагує певними переживаннями: задоволення або незадоволення, радість, сум, гнів, сором тощо. І, як наслідок, вона втрачає контакт зі своїм душевним станом, а відтак, можливість їх (переживання) розуміти і керувати ними, що, в свою чергу, негативно впливає на фізичне і психічне здоров'я: збільшення числа психосоматичних захворювань, важких душевних станів (тривожно-депресивних розладів), емоційних «вибухів» і конфліктів, і врешті-решт незадоволення собою. Виходячи з-під контролю свідомості, емоції людей заважають здійсненню намірів, порушують міжособистісні стосунки, не дозволяють певним чином виконувати службові та сімейні обов'язки, ускладнюють відпочинок і погіршують здоров'я. Стає зрозумілим, щоб подолати труднощі міжособистісного характеру та сприяти гармонійному зростанню окремої особистості, необхідно, перш за все, пізнати ті явища, якими це обумовлено.

Вищеназване і визначає *актуальність* проблеми значущості емоцій у життєдіяльності людини, зокрема, їх вплив на здоров'я людини, її працездатність, успіх та результативність діяльності тощо.

Наша психіка є суб'єктивним відображенням об'єктивно існуючої дійсності. Це відображення має як чуттєву, образну форму (відчуття, сприймання), так і розумову, абстрактну форму (поняття, судження, висновки). У людей, як і у тварин, є ще одна форма відображення

дійсності – відображення у формі емоцій. Як і психічні пізнавальні процеси, емоції забезпечують відтворення, віддзеркалення навколишнього світу. Отже, емоції – це особливий клас психічних процесів і станів, що відтворюються у формі безпосередніх переживань (горя, радості, страху тощо) діючих на індивіда стимулів і ситуацій.

Завдяки відчуттям, сприйманню та мисленню людина пізнає світ, його закономірності, пізнає себе, свою діяльність, оцінює результати свого пізнання. На основі цього виникає певна оцінка об'єктів і явищ як зовнішнього, так і внутрішнього світу, певне ставлення до них, яке ми, до речі, переживаємо. Саме це переживання свого ставлення до явищ світу (зовнішніх і внутрішніх), до дій (своїх чи інших) і називається емоціями.

Емоції супроводжують нас протягом життя. Вони впливають на людину в цілому і кожна емоція впливає на суб'єкт по-різному. Втрата емоцій – це втрата специфічних для людини рис. Враховуючи всі різновиди переживань людини – від глибоко травмуючих страждань до високих форм радості та соціального відчуття життя, емоції стають як позитивним чинником у життєдіяльності, активізуючи організм, так і негативним, пригнічуючи всі його функції.

Проблема емоцій, їх значення в життєдіяльності людини цікавила і цікавить багатьох філософів, психологів і, звичайно, медиків. Так, Б. Спіноза вважав, що для певної свободи людина має пізнати не лише зовнішні обставини свого буття, а й власні афекти і пристрасті. Такі пізнання передбачають не усунення пристрастей, а владу над ними.

Спроба внести своє розуміння в дослідження питання ролі емоцій у житті та діяльності людини, проаналізувати фізіологічні механізми емоцій, їх функції та

вплив на фізичний і психічний стан, показати необхідність емоцій для людини, а також наслідки порушення емоційної сфери особистості зроблена в пропонованій праці. Це і було метою даної статті.

Об'єктом дослідження стали різні стани людини, її емоційні реакції та їх наслідки в різні вікові періоди тощо.

Емоції – це дивовижна і досконала біологічна структура, тісно пов'язана з аналізаторами, серед яких важливу роль відіграють дистантні (зорові, слухові), що забезпечують організм відповідним рівнем адаптації та працездатності.

Справді, якщо відчуття сигналізують лише про факт того чи іншого зовнішнього або внутрішнього впливу, то емоції, пов'язані з цим відчуттям, дають оцінку корисності чи шкідливості даного впливу. Корисний вплив викликає приємне переживання, а шкідливий, навпаки, неприємне. Емоційне ставлення, в свою чергу, надає певний чуттєвий тон нашим сприйманням (приємний чи неприємний колір або смак тощо).

Крім того, емоційна реакція залежить від рівня інтелектуального розвитку. Насправді, чим вище цей рівень, тим легше індивідуум може зрозуміти причину невідповідності між тим, з чим зіткнувся, і тим, чого очікував, і завдяки цьому зменшити свою емоційну реакцію. Однак подібний контроль, що дозволяє впливати на прояв власних емоцій, не завжди буває постійним.

Емоції – це філогенетично найдавніша форма психічного відображення. Давність емоцій, їх наявність вже у нижчих тварин з мало розвинутими великими півкулями головного мозку вказують на те, що у фізіологічному механізмі емоцій велику роль повинні відігравати стовбурні відділи мозку. Це припущення, до речі, знайшло підтвердження в наукових дослідженнях. Завдяки своєму фізіологічному механізму емоції спонукають до діяльності, впливають на її характер (енергійність, темп і тривалість).

Первинні емоційні реакції збуджують діяльність підкоркових судинно-вегетативних і ендокринних центрів. Саме тому при виражених емоційних станах людина біліє або червоніє, виникає тахі- чи брадикардія, змінюється діяльність потових, сальних та інших залоз. У переляканій людини розширюються зіниці, підвищується артеріальний тиск тощо, тобто при переживаннях відбуваються ті чи інші судинно-вегетативні й ендокринні порушення.

Між зовнішнім проявом емоцій, фізіологічними процесами і психічними переживаннями існує найтісніший зв'язок. Ця єдність проявляється в усіх психічних процесах, але в емоціях психічне особливо тісно пов'язане з фізіологічним. Саме ця здатність емоцій мобілізувати всю діяльність організму від процесів вищої нервової діяльності до елементарних біохімічних процесів і пояснює необхідність емоцій для людини.

Являючись важливою складовою частиною психічної діяльності людини, емоції (як і почуття) не тільки виникають при задоволенні чи незадоволенні фізичних і духовних потреб, а й самі стають її найважливішою потребою.

Супроводжуючи практично будь-які прояви активності суб'єкта, емоції є одним з головних механізмів внутрішньої регуляції психічної діяльності і поведінки, спрямованих на задоволення актуальних потреб.

Необхідність емоцій (як позитивних, так і негативних) відчувається людьми навіть інтуїтивно. Існує цілий ряд причин, що обумовлюють необхідність емоцій для людини. По-перше, саме емоційна оцінка зовнішніх впливів і внутрішніх потреб людини викликає в неї спонукання до дії. У людини на основі біологічних нужд (в їжі, в кисні, в безпеці тощо), але у відповідності з її соціальною природою виникають суто людські потреби. По-друге, емоції не тільки спонукають до діяльності, а й є обов'язковою умовою для її здійснення. По-третє, емоції людини тісно пов'язані з її мисленнєвою діяльністю.

Емоції притаманні людині як особистості та виражають її ставлення до об'єктів її почуттів. У цьому плані їх можна класифікувати як позитивні (задоволення, впевненість, симпатія), негативні (страх, тривога) та амбівалентні (двозначні, подвійні), коли одне і те ж явище може приносити людині задоволення і незадоволення. Гармонійне життя повинно бути емоційно насиченим з переважанням позитивних емоцій. До речі, при певних захворюваннях позитивні емоції впливають на перебіг захворювання, на відміну від негативних.

Емоційні стани розрізняють за їх інтенсивністю та тривалістю: настрій, афект, пристрасть.

Емоційна сфера у всіх своїх проявах впливає на інші сфери особистості і на психіку людину в цілому. Емоції чинять істотний вплив, що активує вольову сферу. Позитивні, адекватні за інтенсивністю стеничні емоції здатні значно підвищити продуктивність діяльності людини, а також продуктивність праці. Негативні емоції астенічного характеру є причиною стресу і негативно впливають на стан здоров'я, ефективність діяльності та спілкування.

Внутрішня невідповідність між небажаними емоціями і можливостями особистості щодо їх регуляції призводить до невротизації, розвитку психосоматичних захворювань (гіпертонічної хвороби, виразкової хвороби, цукрового діабету, бронхіальної астми, шкірних захворювань тощо), формування саморуйнівних звичок (алкоголізація, паління, переїдання тощо).

Отже, постає важлива проблема – виховання емоцій і формування адекватних фізіологічних механізмів емоційної саморегуляції.

Емоції тісно пов'язані з віковими кризами. Емоційна нестійкість підлітків обумовлена тимчасовою дисгармонією між корою та підкіркою, першою і другою сигнальними системами та спостерігається в період статевого дозрівання.

Протягом життя дорослої людини змінюється тип її емоційності. Здорова людина здатна регулювати свої рухи, дії, вчинки. Значно складніше керувати власними емоціями. У зрілому віці людина досягає цього. Емоційна зрілість особистості припускає як повноту і багатство палітри переживань, так і різноманітність фізіологічно виправданих засобів і способів контролю та регуляції емоцій.

Різко змінюється емоційна діяльність у передстаречому та старечому віці. У цей час емоції стають більш лабільними. Тут варто згадати фізичні вправи і спілкування з природою, звертання до мистецтва, водняні процедури і харчові обмеження, нарешті – різні способи психофізіологічної саморегуляції.

Але емоції і прикрашають життя особистості. Вони сприяють творчому підйому, інтенсифікують інтелектуальні процеси, сприяють стійкості уваги тощо. Варто пам'ятати, що позитивні емоції мають могутній антистресовий, оздоровчий вплив.

Аналізуючи фізіологічні механізми емоцій, анатомію провідних частин їх центрів, можна зрозуміти, що емоції можуть впливати на обмін речовин, рух крові, дихання та інші важливі процеси життєдіяльності. Але в процесі еволюції емоції виникли для того, щоб брати участь у доцільній регуляції процесів життєдіяльності, а не для того, щоб призводити до патології (що, однак, відбувається в деяких випадках).

Патологія емоцій, до речі, може бути пов'язана як з органічними, так і з функціональними ураженнями головного мозку. На емоції також впливають інтоксикації, що виникають при різних захворюваннях. Найбільший вплив на емоції мають гормони, саме тому часто хворобливі зміни емоцій спостерігаються при ендокринних захворюваннях і в період статевого дозрівання та при клімаксі. Патологія емоцій може виникнути і в результаті надзвичайного виснаження процесів збудження і гальмування в корі головного мозку, що настає як наслідок перенапруження цих процесів. Патологія емоційної сфери проявляється у вигляді переживань, що не відповідають справжньому значенню навколишніх впливів.

Надмірна інтенсивність процесів збудження і гальмування в корі мозку, в свою чергу, може призвести до розвитку «вибухів» вищої нервової діяльності. Надмірна інтенсивність скорочення серцевого м'язу при недостатньому його кровопостачанні може призвести до інфаркту, надмірна інтенсивність відділення шлункового соку – сприяти розвитку виразкової хвороби шлунку тощо.

Особливості людської психіки призводять не тільки до надмірної інтенсивності, а й до надмірної тривалості емоцій, а отже, і до надмірної тривалості спонукуваних ними процесів життєдіяльності.

Емоції, виконуючи функції оцінки, переживання і мотивації, детермінують всю життєдіяльність організму. Функції емоцій зводяться в результаті до модифікації енергетичних ресурсів організму, формуванню тенденції до підтримування чи, навпаки, усунення контакту з фактором, що так чи інакше впливає на індивіда, а також організації специфічних форм поведінки, що відповідають якісним особливостям фактора, що впливає. У випадку невдалих, небажаних, тобто негативних емоцій, що виникають в результаті незадоволення потреб людини, мозкові структури емоційної сфери перезбуджуються, утворюючи, таким чином, емоційну напругу, що нерідко призводить до порушення компенсаторних механізмів вищої нервової діяльності [1].

Жити без емоцій взагалі неможливо. У житті людини емоції виконують ряд необхідних функцій. Здійснюючи майже блискавичну інтеграцію, тобто об'єднання в єдине ціле всіх функцій організму, сигналізують про корисні або шкідливі впливи, завдяки цьому вони мають універсальне значення для життя організму. Навіть неприємні переживання стають інколи бажанішими, ніж відсутність переживання взагалі. Отже, особливості емоційної сфери відіграють величезну роль у механізмах захворювання і одужання.

Значна роль емоцій у виникненні стресових станів, які викликаються ситуаціями сильної напруги – загрози життю, фізичної і розумової напруги, страху, необхідності прийняти відповідальні рішення тощо. Так, Г. Сельє вважав, що в момент дії будь-якого подразника (стрес-фактора) в організмі відбуваються певні зміни його біологічного тону, тобто виникає стрес (стан напруження реактивності організму).

Під впливом емоцій саме стресові фактори часто викликають різноманітні психосоматичні захворювання, такі як серцева астенія, серцевий напад, бронхіальна астма, виразка шлунку, гіпертонічна хвороба тощо. У стресових ситуаціях вплив емоцій може паралізувати не тільки психічну діяльність, а й діяльність всього організму. Цікавий факт впливу емоцій на стан людини описаний у психології під назвою «смерть Вуду». Цим поняттям позначається випадок, коли причини смерті носять психогенний характер. Це раптова смерть, що настає під впливом емоційного стресу через декілька годин чи днів після порушення табу у деяких народів Австралії та Африки [2].

Особливе місце займають емоційні (афективні) розлади в психіатрії. Вони є однією з важливих і актуальних проблем сучасної світової науки. Емоційні розлади присутні як самостійні і як супутні симптоми у багатьох психічних і психосоматичних захворюваннях.

У клінічній практиці широко описані такі розлади емоційної сфери, як ейфорія, дисфорія, апатія, депресивні та маніакальні стани, патологічні афекти і пристрасті, фобії та ін. Ці порушення емоційної сфери дуже часто зустрічаються у багатьох захворюваннях великої чи малої психіатрії як обов'язкові симптоми.

Так, при ейфорії – патологічно підвищеному радісному настрою – все навколишнє, навіть об'єктивно шкідливе для людини, сприймається «в рожевому кольорі». Чудове самопочуття, що інколи зовсім не відповідає стану здоров'я, призводить до того, що хворий не звертає увагу на прояви хвороби. Це спостерігається при туберкульозі, анеміях, кисневій недостатності. Ейфорія спостерігається і при легких ступенях сп'яніння.

Дисфорія, навпаки, похмурий зловбий настрій з підвищеною дратівливістю і незадоволенням навколишнім середовищем, інколи навіть з агресивними діями. Часто спостерігається при епілепсії, причому хворі стають небезпечними.

Якщо дисфорія короточасне явище, то депресія може тривати місяцями. Депресивний стан характеризується як пригнічений настрій з похмурою оцінкою

минулого і сучасного, а також песимістичними поглядами на майбутнє. Нерідко виникають думки про смерть і самогубство. Депресія часто спостерігається при шизофренії, психозах, соматичних, особливо серцево-судинних, захворюваннях.

Дуже тяжким станом є апатія, коли повністю відсутня емоційна діяльність. Спостерігаючи за такими хворими, які не тільки втрачають інтерес до подій навколишнього світу, а й стають байдужими до свого власного стану і неохайними, можна особливо ясно зрозуміти важливе значення емоцій для прояву активності організму.

При багатьох хворобливих станах спостерігається патологічний афект. На відміну від афекту фізіологічного, який супроводжується бурхливою короточасною емоційною реакцією, патологічний афект характеризується тим, що людина втрачає здатність контролювати свої вчинки, керувати ними і не пам'ятає, що вона робила в цей період. Він спостерігається у хворих на епілепсію, у осіб з органічними ураженнями головного мозку.

При маніях, разом з підвищеним настроєм, спостерігаються надмірна активність і прискорений темп мислення.

Отже, вивчення патології емоцій дає нам змогу ще більше зрозуміти їх величезну роль і значення у нормальній життєдіяльності людини.

У виникненні емоційних розладів велику роль відіграє постійне переживання і особливо негативні емоції (тривожність, страх, горе, гнів тощо). Постійне переживання негативних емоцій швидко перенапружує нервову систему, що призводить до порушення компенсаторних механізмів її вищої діяльності і тому виникають різні захворювання, особливо невротичні.

Емоція страху особливо шкідлива для людини. Вона має астеничний характер і в разі її затягування можуть наступити серйозні наслідки. Організм важко переносить тривале зменшення надходження кисню до головного мозку, що може виникнути внаслідок пригнічення дихання і кровообігу при страху. При тривалому страху настають розлади і серцево-судинної діяльності, і травлення, і обміну речовин взагалі.

Дуже небезпечно, коли хворий боїться своєї хвороби. Це не дає можливості мобілізувати організм на боротьбу із захворюванням. Часто саме емоція гніву допомагає позбутися страхів.

Разом з цим, неможливість виразити гнів призводить до подальшого погіршення самопочуття і стану здоров'я людини, що свого часу довів американський вчений Р. Холт. Постійне стримування прояву гніву (в міміці, жестах, словах) може сприяти розвитку таких захворювань, як гіпертонія, виразка шлунку, мігрень тощо.

Враховуючи той факт, що емоційний фактор є з'єднувальною ланкою між органами психіки і вегетативною сферою, психічна травма доволі часто призводить до одночасного розвитку і психічних, і соматичних, особливо вегетативних і ендокринних порушень.

Порушення емоційної сфери є одним з визначальних моментів у виникненні та перебігу неврозів і неврозоподібних захворювань. Неврози частіше виникають у

осіб зі слабким і невірноваженим типом вищої нервової діяльності. Більшість авторів, які досліджували це питання, поділяють думку, що при невротичних захворюваннях переважно порушується емоційна сфера людини [3].

Так, П. В. Симонов відзначає, що невроз – це переважно порушення емоційної сфери, і що залучення у загальну картину неврозу думок, дій, вчинків носить вторинний характер, викликаний збудженням емоційних центрів [4]. А Ю. А. Александровський вважає, що неврози – це завжди реакція людини на несприятливу життєву ситуацію (конфліктні взаємовідносини на роботі, неприємності в сім'ї, обмеження інтересів і потреб, невлаштованість особистого життя, смерть близької людини), причому велика роль належить особливостям особистісного і перш за все емоційного реагування на специфічну обстановку [5]. М. Г. Айрапетянц, А. М. Вей визначають невроз як психогенне захворювання, що виникає на фоні властивостей особистості та недостатності психічного захисту з формуванням невротичного конфлікту, що проявляється у функціональних порушеннях в емоційній, вегетативній і соматичній системах [6].

Порушення емоційної сфери займає, особливо у психоаналізі, центральне місце щодо пояснень невротичних захворювань. Страждаючий на невроз постійно знаходиться у владі обтяжливих переживань страху, занепокоєння, неспокою, незникаючої тривоги. На думку П. В. Симонова, емоції, переживання – це та стихія, де руйнівна сила неврозу нав'язує людині перекручені форми її суспільного і особистісного буття.

Тривожність як емоційний стан характеризує багато невротичних захворювань і тому ця проблема вже достатньо досліджена в науковій літературі.

Враховуючи положення про те, що при невротичних і деяких психосоматичних захворюваннях порушення емоційної сфери відіграють значну роль, логічним було б, для ефективних психотерапевтичних заходів, мета яких – відновити порушену систему відносин хворого, передусім, спиратися на корекцію неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки, з одного боку, а з другого – використовувати сферу емоцій для надання допомоги хворим.

Таким чином, значення емоційного фактора у виникненні та лікуванні невротичних і психосоматичних захворювань величезне і, звичайно, описане в літературі, але головне питання залишається невирішеним: які саме компоненти структури емоційної сфери порушуються в першу чергу і які існують особливості взаємозв'язків між ними при різних захворюваннях.

У наш час існує чимало психотерапевтичних методів регуляції емоційних станів. Однак більшість із них потребує спеціальних індивідуальних чи групових занять. Одним з найбільш доступних способів покращення емоційного стану є сміхотерапія.

Визначальна роль емоцій, зокрема позитивних, у ефективному лікуванні психічних захворювань визнавалася вже давно. Ще Гіппократ, Гален, Абу Али Ібн Сіна (Авіценна) не раз вказували, що піднесення настрою

хворого, вміння викликати в нього сміх, розвеселити його – добре допомагають лікуванню [7]. Адже відомо, що сміх викликає не дуже різке, але глибоке зворушення всього організму, що призводить до розслаблення м'язів і дозволяє зняти напругу. При цьому поглиблюється дихання, кров збагачується киснем, покращується її циркуляція, заспокоюється серцевий ритм, знижується артеріальний тиск, відбувається звільнення організму від адреналіну – гормону стресу (приблизно такий же механізм впливу мають танці). Певна доза сміху може забезпечити гарне самопочуття й у важких ситуаціях, однак «передозування» навіть такого необразливого засобу може призвести до відходу від розумного керування емоціями. І справа не лише в тому, що емоційні крайнощі можуть погіршити самопочуття і стан здоров'я. Неврівноваженість позитивних і негативних емоцій перешкоджає повноцінному спілкуванню і взаєморозумінню [8].

Цей принцип експлуатується певними колами (екстрасенси, маги, знахарі) і досі, як і традиційна медицина багатьох народів продовжує використовувати принцип впливу емоційного фактора в лікуванні хворих.

У сучасній психотерапевтичній практиці відомі явища катарсису і перенесення сильних емоцій, на досягнення яких спрямовані окремі психотерапевтичні течії, зокрема, і раціональна психотерапія. Послідовники Е. Дюбуа – засновника раціональної психотерапії – підкреслювали, що лікувальний ефект можливий лише при позитивних емоційних взаємовідносинах лікаря і хворого. Емоційний фактор обов'язково присутній і в емоціонально-стресовій психотерапії. За твердженням В. Рожнова [7], вона здійснює лікування методом зміцнення певних позицій і інтересів хворого. Як відомо, насправді психотерапія допомагає лише за умови, якщо той, до кого її застосовують, відчуває довіру до психотерапевта. Між міркуванням і прийняттям його конкретною особою існує важливий елемент – почуття. І лише воно створює ту атмосферу довіри, без якої психотерапія неможлива. І тут неможливо не згадати значення емпатії – здатності налаштовувати свої емоції на «хвилю» переживань інших людей, яка сприяє урівноваженості емоційної сфери людини.

Для корекції емоційних станів у наш час широко застосовується аутогенне тренування (аутогенінг), яке може стати одним з найважливіших елементів психологічної культури людини.

Нині розроблені та застосовуються різні вправи, завдання, тренінги, семінари, спрямовані на розвиток емоційної сфери особистості, а також методи, пов'язані з технікою саморегуляції емоційних станів. Зокрема, експресивні, мімічні, рухові, вербальні тощо. На наш погляд, необхідно здійснювати знайомство з прийомами емоційного реагування і регуляції у процесі викладання психології, в індивідуальному та груповому психологічному консультуванні та психотерапії, виданні

популярної психологічної літератури, терапії психосоматичних захворювань.

Отже, психологічна теорія і практика переконують нас у тому, що усвідомлені та реалізовані емоції сприяють розвитку особистості і повному розкриттю її потенціалу. І якщо людина вміє розбиратися у своєму емоційно-психічному світі, їй значно легше вирішувати складні життєві проблеми, вступати у взаємодію з іншими людьми, добиватися їхньої допомоги та уваги.

Висновки:

Виконуючи функції оцінки, переживання і мотивації, емоції детермінують всю життєдіяльність організму, впливають на її фізичне і психічне здоров'я.

Емоційні процеси здатні як підвищити ефективність діяльності, так і дезорганізувати її; іноді це може залежати не стільки від характеру емоцій, скільки від емоційності – збудженості, інтенсивності та тривалості емоцій, які людина переживає.

Емоції тісно пов'язані з віковими кризами.

Під впливом емоцій стресові фактори часто викликають різноманітні психосоматичні захворювання.

У виникненні емоційних розладів велику роль відіграє постійне переживання і особливо негативні емоції.

Порушення емоційної сфери є одним з визначальних моментів у виникненні і перебігу неврозів і неврозоподібних захворювань.

Соматичні прояви емоцій помітно вирізняються у людей як в нормальному, так і в патологічному стані. Це залежить від загальної реактивності та збудливості тієї чи іншої системи організму.

Людство вступило в епоху надзвичайних стресових станів та емоційних навантажень. Ми можемо протистояти цьому, навчившись керувати емоціями і розумно долати стреси.

Література:

1. Краско Т. И. Применение проективного рисунка в патопсихологическом обследовании больных неврозами и психопатиями: Методические рекомендации. – Харьков, 1992.
2. Леви-Строс К. Структурная антропология. – М., 1985.
3. Карвасарский Б. Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1980.
4. Симонов П. В. Потребностно-информационная теория эмоций // *Вопр. Психол.*, 1982. - №6. – С. 44-56.
5. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства). – М., Наука, 1976.
6. Айрапетянц М. Г., Вейн А. М. Неврозы в эксперименте и клинике. – М.: Наука, 1982.
7. Рожнов В. Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия // *Руководство по психотерапии* / Под ред. В. Е. Рожнова. – Ташкент: Медицина, 1985. – С.29-45.
8. Головаха Е. И., Панина Н. В. Психология человеческого взаимопонимания. – Киев, 1989.
9. Виллюнас В. К. Основные проблемы психологической теории эмоций // *Психология эмоций. Тексты.* – М.: Издательство МГУ, 1984. – С. 3-28.
10. Додонов Б. И. Эмоция как ценность. – М., 1978.
11. Изард К. Эмоции человека. – М.: Изд-во МГУ, 1980.
12. Луж А. Н. Эмоции и личность. – М.: Знание, 1982.
13. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2002

ПСИХОЭМОЦИОННЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

О. О. ЛАЗУРЕНКО

В статье идет речь о значении эмоций в жизни и деятельности человека.

Приведен краткий обзор истории исследования данного феномена. Анализируются физиологические механизмы эмоций. Рассматриваются эмоциональные состояния, их функции и влияние на физическое и психическое здоровье. Описываются нарушения эмоциональной сферы личности. Обобщаются известные техники и приемы эмоционального регулирования.

Ключевые слова: эмоции, эмоциональные состояния, физическое и психическое здоровье, психоэмоциональные расстройства.

MENTAL AND EMOTIONAL COMPONENTS OF LIFE AND HEALTH OF PEOPLE

O. LAZURENKO

The article tells about the importance of emotions in human life. A brief review of the history of the study of this phenomenon is described. Examines the physiological mechanisms of emotion. Considered emotional states, their function and impact on physical and mental health. Describes the emotional sphere of personality disorders. Generalizes the known techniques and methods of emotional regulation.

Key words: emotions, emotional states, physical and mental health, psychical and emotional disorders.

УДК 616.89-008:617.7-001.4

Ц. Б. Абдрахімова

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА РОЗВИТОК НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

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

Ключові слова: часткова втрата зору травматичного генезу, непсихотичні психічні розлади, посттравматичний стрес

Втрата зору у дорослої людини призводить до певної перебудови її психіки та поведінки [10]. У разі травматичного генезу цей процес супроводжується негативними психопатологічними проявами, обумовленими додатковим обтяжуючим впливом посттравматичного стресу (ПТС) на стан психічного здоров'я людини [3; 4; 6; 16; 17].

Дослідження показали, що існує достовірний зв'язок між способами виходу з кризової ситуації, продуктивними або непродуктивними стратегіями подолання стану ПТС і успішністю подальшої адаптації. Виявлено, що найбільш ефективними є використання пацієнтами двох копінг-стратегій: 1) цілеспрямоване повернення до спогадів про травмуючу подію з метою її аналізу та повного усвідомлення всіх обставин травми; 2) усвідомлення пацієнтом усіх аспектів її значення, що є неодмінною умовою інтеграції внутрішнього світу пацієнта, перетворення ситуації в частину власного життя [15].

Інший аспект індивідуальних особливостей подолання травмуючої ситуації – когнітивна оцінка та переоцінка травматичного досвіду (основа когнітивних психотерапевтичних моделей). Когнітивне осмислення є основним чинником адаптації після травми, що найбільше сприяє подоланню її наслідків. У даному випадку зберігається і підвищуються віра в реальність буття, в існуючу раціональність світу, а також у можливість збереження власного контролю за ситуацією. Основне завдання при цьому – відновлення у свідомості гармонійності існуючого світу, цілісності його когнітивної моделі: справедливості, цінності власної особистості, доброти оточуючих [15].

До основних соціальних чинників, які впливають на успішність адаптації при травматичній події та психічній травмі, належать: стабільне фінансове положення, збереження соціального статусу, наявність соціальної підтримки з боку суспільства і, особливо, оточуючих близьких людей. При цьому останній чинник впливає на успішність подолання наслідків стресу найбільшою мірою [5; 13; 14].

Для пояснення проявів психотравми Р. Пітменом була запропонована теорія патологічних асоціативних емоційних мереж, в основі якої лежить теорія Ланга [цит.

за 1]. Специфічна інформаційна структура в пам'яті, що забезпечує розвиток емоціональних станів, включає три компоненти інформації:

- 1) про зовнішні події, а також про умови їх виникнення;
- 2) про реакцію на ці події, включаючи мовні компоненти, рухові акти, вісцеральні та соматичні реакції;
- 3) про смислову оцінку стимулів і актів реагування.

В етіологічній мультифакторній концепції А. Меркер [12] виділив три групи чинників, поєднання яких призводить до виникнення ПТС:

- 1) пов'язані з травматичною подією: тяжкість травми, її неконтрольованість, несподіванка;
- 2) захисні: здатність до осмислення того, що сталося, наявність соціальної підтримки, механізми опанування (так, відомо, що ті, хто має можливість говорити про травму, відрізняються кращим самопочуттям і рідше звертаються до лікарів);
- 3) фактори ризику: момент травмування, негативний минулий досвід, психічні розлади в анамнезі, низькі інтелект та соціоекономічний рівень.

Досліджуючи особливості вираженості ПТС у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу, необхідно визначити, що зазначені ситуації – це такі екстремальні події, які мають потужний негативний вплив, загрозливі стани, що вимагають від пацієнта екстраординарних зусиль з подолання наслідків впливу травми.

Надаючи загальну характеристику психічних функцій при ПТС у осіб із втратою зору, необхідно зазначити, що після травматичної ситуації порушується здатність до інтеграції цього досвіду з іншими подіями життя. Наявні спогади існують в пам'яті не у вигляді пов'язаних оповідань, а складаються з інтенсивних емоцій і актуалізованих на даний момент сомато-сенсорних елементів. У силу того, що зазначені спогади залишаються не інтегрованими в когнітивну схему індивіда і практично не піддаються трансформаційним змінам з плином часу, пацієнти залишаються «застиглими» в травмі, як в актуальному переживанні, замість того, щоб прийняти її як щось минуле. Тригери, що запускають нав'язливі травматичні спогади, з часом генералізуються таким чином, що навіть нерелевантні стимули стають нагадуванням про травму. Пацієнти відчувають певні труднощі з тим,

щоб провести межу між цими стимулами, що тягне за собою відсутність змоги ігнорувати несуттєве і вибрати з контексту те, що є найбільш релевантним, та, в свою чергу, викликає зниження активності у повсякденному житті і посилює фіксацію на травмі. Як наслідок, втрачається здатність гнучкого реагування на зміни навколишнього середовища, що проявляється у труднощах у навчальній та трудовій діяльності і серйозно порушує здатність до засвоєння нової інформації.

Сімейний та інтерперсональний контекст виражено-сті ПТС у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу заключається у переслідуванні нав'язливими спогадами і думками про наслідки цієї події. Пацієнти починають організовувати власне життя таким чином, щоб уникнути емоцій, які провокуються травматичним вторгненнями. Уникання може приймати різні форми, наприклад, дистанціювання від нагадувань, зловживання алкоголем або іншими ПАР для того, щоб заглушити усвідомлення дистресу, використання диссоціативних процесів для того, щоб вивести хворобливі переживання із сфери свідомості. Все це порушує взаємозв'язок з іншими людьми, і як наслідок призводить до зниження адаптивних можливостей. Треба зазначити, що наявність симптомів у одного із членів сім'ї впливає на функціонування всієї родини. Фобічні уникнення ситуацій або дій, які мають схожість з основною травмою або символізують її, можуть трансформуватися на міжособистісні взаємозв'язки і вести до подружніх конфліктів, розлучення або втрати роботи. Проте родина – «сімейна стабільність» – виступає в якості соціальної підтримки, що включає когнітивну, емоційну та інструментальну допомогу [5; 18].

Отже, з метою ідентифікації ролі ПТС у розвитку неспсихотичних психічних розладів (НПР) у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, шляхом випадкового вибору в період після офтальмологічного втручання та визначення об'єму та прогнозу стосовно втрати зору, нами проведено скрінінгове обстеження 600 осіб з частковою втратою зору травматичного генезу. В усіх пацієнтів було зафіксовано прояви гострої стресової реакції.

У термін від місяця до трьох після виписки зі стаціонару, під час проходження МСЕК, нами здійснено поглиблене клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів, на основі результатів якого було сформовано дві групи дослідження: основна (ОГД) – 200 хворих, в яких після травматичної події, що спричинила часткову втрату зору, діагностовано НПР, та група порівняння (ГП) – 200 осіб, психічний стан яких відповідав «умовній нормі».

Критерієм виключення з дослідження були: відсутність інформованої згоди; наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів або психотичних розладів на час обстеження; наявність виражених соматичних захворювань, перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнта.

Нозологічна структура діагностованих НПР була представлена психічними і поведінковими розладами

кластеру F43 – реакція на стрес та адаптаційні розлади, серед яких домінувала змішана тривожно-депресивна реакція F43.22 (97 осіб, 48,5% ОГД), приблизно у третини пацієнтів були встановлені пролонгована депресивна реакція F43.21 (44 особи, 22% ОГД) адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій F43.23 (29 осіб, 14,5% ОГД), у 23 (11,5%) хворих виявлений посттравматичний стресовий розлад F43.1, а у 7 (3,5%) пацієнтів – адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки F43.25.

Вираженість ПТС досліджувалася за допомогою шкали оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) Н. В. Тарабріної [1]. За структурою шкали, яка розроблена, ґрунтуючись на дослідженнях М. Горвіца [7], до першої категорії належать симптоми «вторгнення» (іноді даний термін перекладається як «нав'язування» та включає нічні кошмари, нав'язливі відчуття, образи чи думки). До другої категорії відносяться симптоми уникнення, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних з травматичною подією, зниження реактивності. До третьої категорії відноситься «гіперзбудженість» або «фізіологічна збудливість», яка описує злість, роздратованість, гіпертрофовану реакцію переляку, труднощі із концентрацією уваги, психофізіологічне збудження, обумовлене спогадами, безсонням. Численні дані, отримані за допомогою зазначеної шкали, свідчать про доцільність її використання, валідність, надійність та універсальність при дослідженні станів, пов'язаних з посттравматичними ситуаціями.

У дослідженні передбачалося, що група з низькими показниками за методикою ШОВТП буде ілюструвати результат успішного переборення зі стресом, з високими – описувати протилежну тенденцію. Розподіл встановленої вираженості травматичного стресу у досліджених групах відображено у табл. 1.

З даних, представлених у табл. 1, видно, що у осіб ОГД показники за категорією «вторгнення» на рівні помірного ступеня вираженості виявлена у 22,5%, у вираженому ступені – у 77,5%; за категорією «уникнення» – на рівні помірного ступеня – у 27,0%, у вираженому ступені – 73,0 %; «фізіологічна збудливість» на рівні помірного ступеня встановлена у 30,5%, вираженого – 69,5%. У обстежених ГП виявлена низька вираженість показників «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічної збудливості».

Результати аналізу розподілу структури вираженості ПТС у пацієнтів ОГД та ГП відображено у табл. 2 та 3.

З даних, представлених у табл. 2 та 3, видно, що в цілому у пацієнтів ОГД, у порівнянні із ГП, за показниками усіх субшкал «вторгнення», «уникання», «фізіологічна збудливість», зустрічальність симптомів ПТС була на рівні «іноді» та «часто» ($p \leq 0,05$). У осіб ГП відповідно – на рівні зустрічальності «ніколи» та «рідко» ($p \leq 0,05$). Крім того, у пацієнтів ОГД симптоматична представленість субшкал «вторгнення», «уникання», «фізіологічна збудливість» розподілилася приблизно рівномірно, що свідчило про рівномірне застосування усіх трьох реакційних механізмів на часткову втрату зору ($p \leq 0,05$).

Таблиця 1

Вираженість ПТС у досліджених групах (за методикою ШОВТП)

Шкали	Група	Реакція на стресову ситуацію (травму) / Загальна кількість балів					
		Низька / < 30		Помірна / 30–50		Виражена / > 50	
		N	%	N	%	N	%
«Вторгнення» – (IN)	ОГД	–	–	45	22,5	155	77,5
	ГП	200	100,0	–	–	–	–
«Уникання» – (AV)	ОГД	–	–	54	27,0	146	73,0
	ГП	200	100,0	–	–	–	–
«Фізіологічна збудливість» – (AR)	ОГД	–	–	61	30,5	139	69,5
	ГП	200	100,0	–	–	–	–

Таблиця 2

Структура вираженості травматичного стресу у пацієнтів ОГД

Реакція на стресову ситуацію (травму)	Ніколи		Рідко		Іноді		Часто	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Будь-яке нагадування про цю подію викликає у мене таку ж реакцію (почуття)	–	–	–	–	95	5,0	105	4,2
Я не зміг(ла) спокійно спати по ночах	–	–	–	–	87	4,6	113	4,5
Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося	–	–	–	–	86	4,5	114	4,6
Я відчував(ла) постійне роздратування і гнів	–	–	–	–	86	4,5	114	4,6
Я не дозволяв(ла) собі засмучуватися, коли я думав(ла) про цю подію чи щось нагадувало мені про неї	–	–	–	–	89	4,7	111	4,4
Я думав(ла) про те, що трапилося проти моєї волі	–	–	–	–	85	4,5	115	4,6
Мені здавалося, що всього, що сталося зі мною, начебто б не було насправді, чи все, що тоді відбувалося, було нереальним	–	–	–	–	82	4,3	118	4,7
Я намагався(лася) уникати всього, що могло б мені нагадувати про те, що трапилося	–	–	–	–	95	5,0	105	4,2
Окремі картини того, що сталося, раптово виникали у свідомості	–	–	–	–	81	4,3	119	4,8
Я був(ла) весь час напружена і дуже здригався(лася), якщо щось раптово лякало мене	–	–	–	–	86	4,5	114	4,6
Я намагався(а) не думати про те, що трапилося	–	–	–	–	83	4,4	117	4,7
Я розумів(лася), що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але я нічого не робив(ла), щоб їх уникнути	–	–	–	–	77	4,1	123	4,9
Я відчував(ла) подібне заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося, були неначе паралізовані	–	–	–	–	79	4,2	121	4,8
Я раптом помічав(ла), що дію чи відчуваю себе так, як нібито все ще перебуваю в тій ситуації	–	–	–	–	86	4,5	114	4,6
Мені було важко заснути	–	–	–	–	87	4,6	113	4,5
Мене переповнювали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією	–	–	–	–	81	4,3	119	4,8
Я намагався(а) витіснити те, що трапилося з пам'яті	–	–	–	–	79	4,2	121	4,8
Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь	–	–	–	–	88	4,6	112	4,5
Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував(ла) неприємні фізичні відчуття: пітливість, дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс і т. д.	–	–	–	–	81	4,3	119	4,8
Мені снилися неприємні сни про те, що зі мною трапилося	–	–	–	–	91	4,8	109	4,4
Я був(ла) постійно насторожений(а) і весь час чекав(ла), що трапиться щось погане	–	–	–	–	98	5,2	102	4,1
Я намагався(лася) ні з ким не говорити про те, що трапилося	–	–	–	–	94	5,0	106	4,2

Таблиця 3

Структура вираженості травматичного стресу у пацієнтів ГП

Реакція на стресову ситуацію (травму)	Ніколи		Рідко		Іноді		Часто	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Будь-яке нагадування про цю подію викликає у мене ту ж реакцію (почуття)	134	4,2	66	5,3	—	—	—	—
Я не зміг(ла) спокійно спати по ночах	146	4,6	54	4,4	—	—	—	—
Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося	145	4,6	55	4,4	—	—	—	—
Я відчував(ла) постійне роздратування і гнів	134	4,2	66	5,3	—	—	—	—
Я не дозволяв (ла) собі засмучуватися, коли я думав (ла) про цю подію чи щось нагадувало мені про неї	154	4,9	46	3,7	—	—	—	—
Я думав(ла) про те, що трапилося проти моєї волі	146	4,6	54	4,4	—	—	—	—
Мені здавалося, що всього, що сталося зі мною, начебто не було насправді, чи все, що тоді відбувалося, було нереальним	134	4,2	66	5,3	—	—	—	—
Я намагався(лася) уникати всього, що могло б мені нагадувати про те, що трапилося	143	4,5	57	4,6	—	—	—	—
Окремі картини того, що сталося, раптово виникали в свідомості	132	4,2	68	5,5	—	—	—	—
Я був(ла) весь час напружений(на) і дуже здригався(лася), якщо щось раптово лякало мене	134	4,2	66	5,3	—	—	—	—
Я намагався(лася) не думати про те, що трапилося	154	4,9	46	3,7	—	—	—	—
Я розумів(ла), що мене досі переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але я нічого не робив(ла), щоб їх уникнути	135	4,3	65	5,2	—	—	—	—
Я відчував(ла) подібне заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося, були неначе паралізовані	145	4,6	55	4,4	—	—	—	—
Я раптом помічав(ла), що дію та відчуваю, неначе все ще перебуваю в тій ситуації	154	4,9	46	3,7	—	—	—	—
Мені було важко заснути	134	4,2	66	5,3	—	—	—	—
Мене переповнюють важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією	145	4,6	55	4,4	—	—	—	—
Я намагався(лася) витіснити те, що трапилося, з пам'яті	146	4,6	54	4,4	—	—	—	—
Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь	147	4,7	53	4,3	—	—	—	—
Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував(ла) пітливість, ускладнення дихання, нудоту, підвищення частоти пульсу і т. д.	154	4,9	46	3,7	—	—	—	—
Мені снився неприємний сон про те, що зі мною трапилося	155	4,9	45	3,6	—	—	—	—
Я був(ла) постійно насторожений(а) і весь час чекав(ла), що трапиться щось погане	156	4,9	44	3,6	—	—	—	—
Я намагався(лася) ні з ким не говорити про те, що трапилося	134	4,2	66	5,3	—	—	—	—

Із аналізу загальної характеристики вираженості ПТС у хворих ОГД можна стверджувати наступне: часткова втрата зору тягне за собою зміну в характері емоційних станів у бік переважання астеничних, що пригнічують активність індивіда та провокують настрої смутку, туги або підвищеної дратівливості, афективності. Емоційні стани детермінуються зовнішніми впливами. Зорова недостатність викликає хворобливу реакцію особистості у вигляді підвищеної дратівливості, неадекватної поведінки, байдужості до оточуючих, інертності.

Порушення зору ускладнюють або роблять неможливим задоволення низки нагальних потреб. У результаті виникає емоційна напруга – наслідок блокування мети більш-менш неперервною перешкодою (фрустрацією).

Неможливість реалізувати миттєву потребу через наявність якої-небудь перешкоди практично дезорганізує свідомість і діяльність, створює несприятливий емоційний фон. Часті та тривалі фрустрації призводять до виникнення змін психологічних властивостей особистості (невпевненість у собі, когнітивна, афективна і мотиваційна ригідність) та обумовлюють стани депривації. Спостереження за поведінкою пацієнтів та оцінка ситуацій, в які вони часто потрапляють, труднощі при орієнтації в просторі та соціальному середовищі, дають підставу припустити, що все це створює у них емоційний стан напруженості (стан ПТС). Однак, по мірі формування компенсаторних пристосувань, ПТС поступово нівелюється.

Треба зазначити, що стреси призводять до розвитку збудження, що дезорганізує поведінку пацієнта, а їх подальше посилення – до розвитку гальмування, що обумовлює пасивність, відмову від діяльності. Тому надзвичайно важливою представляється робота з соціально-психологічної реабілітації, починати яку слід як можна раніше з метою вироблення адекватної установки і компенсаторних пристосувань. Пацієнти з частковою втратою зору попадають у стресові ситуації значно частіше. При цьому емоційне напруження в ситуаціях спілкування, при вирішенні побутових і особистих проблем, психосоматичних змінах має, як правило, негативне забарвлення.

Високий рівень дистресу у осіб із частковою втратою зору буває сполучений зі зниженням рівня пізнавальних (когнітивних) процесів, неадекватною поведінкою, а їх часте повторення ускладнює адаптацію, розширює коло стресорів, призводить до закріплення негативних реакцій, а в результаті – появи патологічних рис особистості [6; 9]. Пережиті при дистресі негативні емоції (почуття відчуженості, непотрібності, тривожності, образи, провини, несправедливості долі і т. п.) мають негативний вплив на діяльність аж до повної її дезорганізації. У випадку раптової часткової втрати зору в зрілому віці у пацієнтів спостерігається виражений дистрес. У цьому випадку відбувається екстремальна зміна життєвої ситуації, навколишній світ як би перетворюється, стає

чужим, незрозумілим, повним небезпек. З'являється необхідність радикальної перебудови когнітивної, орієнтовної, комунікативної діяльності.

Для перевірки надійності отриманих даних, результати були порівняні із масивом даних, приведених автором методики, отриманих на вибірках нормальної популяції, професіоналів, рід діяльності яких пов'язаний з постійним ризиком для здоров'я і життя (ліквідатори наслідків аварії на ЧАЕС), а також популяції, що зазнала впливу потенційно психотравмуючих подій (біженці). Порівняльний аналіз надійності демографічних даних та результатів дослідження ПТС у обстежених ОГД й ГП і середніх показників авторської вибірки представлені у табл. 4 та 5.

З даних, представлених у табл. 5, видно, що середні показники методики ШОВТП та результати дослідження осіб ОГД та ГП за показниками субшкал «вторгнення», «уникання», «фізіологічна збудливість» є подібними. Так, показники, отримані у хворих ОГД, відповідали показникам «біженці ПТСР» та «ліквідатори ПТСР» ($p \leq 0,05$). У свою чергу, показники осіб ГП відповідали значенням «біженці «норма» та «ліквідатори «норма» ($p \leq 0,05$).

Досліджуючи НПР при частковій втраті зору в контексті травматичної ситуації, ми вважали за необхідне змістовно визначити роль дисоціації у виникненні ПТС. Так, згідно А. Людвігу [11], дисоціація є процесом, за допомогою якого певні психічні функції, які зазвичай

Таблиця 4

Порівняльний аналіз надійності результатів дослідження демографічних даних ОГД та ГП (методика ШОВТП)

Групи	Вік			Освіта		
	М	SD	N	М	SD	N
Біженці, «норма»	39,26	13,86	53	13,54	2,15	53
Біженці, ПТСР	45,00	15,61	7	12,86	2,54	7
Ліквідатори, «норма»	45,59	9,59	103	12,51	2,79	94
Ліквідатори, ПТСР	46,00	2,83	2	10,00	0,00	1
ОГД	46,43	16,62	200	13,88	3,55	200
ГП	38,23	12,82	200	12,51	2,00	200

Примітки: * – цифри в дужках – код групи; М – середні, SD – стандартне відхилення

Таблиця 5

Порівняння авторських показників методики ШОВТП та результатів дослідження у осіб ОГД та ГП

Групи	JV			AV			AR			JES-R		
	М	SD	N	М	SD	N	М	SD	N	М	SD	N
Біженці, «норма»	14,58	10,83	52	14,94	9,90	52	11,27	9,87	52	40,79	28,19	52
Біженці, ПТСР	27,43	6,00	7	27,43	5,91	7	22,57	8,06	7	77,43	14,25	7
Ліквідатори, «норма»	14,68	8,96	105	14,38	9,30	105	13,33	8,81	105	42,39	24,94	105
Ліквідатори, ПТСР	24,33	9,07	3	20,67	5,03	3	23,33	2,89	3	68,33	8,02	3
ОГД	28,42	7,00	200	29,44	6,92	200	23,58	9,05	200	78,46	15,22	200
ГП	14,61	8,94	200	15,39	10,30	200	14,31	9,81	200	41,38	23,94	200

Примітки: М – середні, SD – стандартне відхилення, JV – субшкала «вторгнення», AV – субшкала «уникнення», AR – субшкала «фізіологічна збудливість», ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

інтегровані з іншими функціями, діють у тій чи іншій мірі відокремлено або автоматично і знаходяться поза сферою свідомого контролю індивіда і процесів згадування пам'яті. Характеристиками дисоціативних станів є [11]: а) трансформаційні зміни мислення, при яких домінують архаїчні форми; б) порушення відчуття часу; в) почуття втрати контролю над поведінкою; г) зміни в емоційній експресії; д) зміни образу тіла; е) порушення сприйняття; ж) зміни змісту або значущості актуальних ситуацій або ситуацій, що мали місце в минулому; з) почуття «омолодження» або вікової регресії; висока сприйнятливості до сугестії.

У цілому до дисоціативних феноменів при частковій втраті зору належать такі:

Абсорбція. Різні стани уваги, які є специфічними, особливими станами свідомості – напруженістю, зусиллям, інтересом, почуттям активності та діяльністю. Її односпрямованість, високий ступінь і вузький обсяг уваги характеризують стан концентрації та абсорбції.

Неуважність. У контексті дисоціації мають на увазі такі стани неуважності, коли людина знаходиться в стані мрій наяву, а також інший тип неуважності: «порожній погляд», прикладом чого може послужити блукання думки при виконанні якоїсь справи.

Дисоціація може приводити і до змін ідентичності, які, як і інші дисоціативні феномени, розташовані уздовж континууму «норма – патологія» і виражаються або в транзиторних, або у більш тяжких формах психопатології. «Переживання фундаментальної єдності» власного «Я» може піддаватися змінам. Наприклад, іноді під час розмови ми помічаємо, що говоримо немов автоматично; ми можемо спостерігати за самими собою і слухати себе неначе збоку. Якщо таке роздвоєння триває достатньо довго, звичайний перебіг думок порушується, але за короткий проміжок часу ми переживаємо «роздвоєність» власної особистості, без якихось розладів» [2]. К. Ясперс підкреслює, що в даному випадку йдеться не про конфлікти мотивів, пристрастей і моральних установок і т. п., і не про випадки множинної особистості (роздвоєння особистості, що представляє собою «об'єктивну даність при альтернуючому стані усвідомлення») [2]. Для визначення психічної травми, як правило, йдуть по одному з трьох шляхів: а) визначають травму через події, які її викликають (у нашому випадку це часткова

втрата зору); б) або через переживання, викликані цією подією; в) або через наслідки, які проявляються через якийсь час.

Отже, в нашому дослідженні власне травма зору у пацієнтів відповідає трьом основним критеріям для визначення травми, а саме: а) несподіваністю; б) небезпечністю; в) переважністю.

Таким чином, при частковій втраті зору ми говоримо про психічну травму, яка обумовлена наявністю психологічно важкої, травмуючої події, що викликає глибокі переживання, з якими важко впоратися, і розвиток певних симптомів. У даному контексті травматична ситуація часткової втрати зору – це така екстремальна критична подія, яка володіє потужним негативним впливом ситуації загрози, що вимагає від пацієнта екстраординарних зусиль із подолання наслідків впливу.

В якості важливих характеристик важкого психотравмуючого чинника позначені: а) несподіваність; б) стрімкий темп розвитку події; в) тривалість впливу; г) повторюваність.

Для перевірки гіпотези щодо розвитку НПР у пацієнтів із частковою втратою зору на основі стресового підґрунтя, нами проведена перевірка достовірності даних, отриманих у пацієнтів ОГД та ГП за допомогою кореляційного аналізу в порівнянні даних із вибіркою професіоналів, діяльність яких пов'язана з постійним ризиком для здоров'я і життя (ліквідатори наслідків аварії на ЧАЕС), а також популяції, що зазнала впливу потенційно психотравмуючих подій (біженці). Порівняння середніх значень загального бала за методикою ШОВТП та результатів дослідження у ОГД та ГП представлено у табл. 6.

З даних, представлених у табл. 6, видно, що в цілому середні значення загального бала за методикою ШОВТП та результати дослідження у осіб ОГД та ГП статистично, істотно не відрізняються. Так, в цілому кореляційні зв'язки між «ОДГ – ГП» були відповідні кореляційним зв'язкам «біженці норма» – «біженці ПТСР», «ліквідатори норма – ліквідатори ПТСР», що свідчить про подібність механізмів, задіяних при подоланні стресу ($p \leq 0,05$). Серед обстежених найбільш загальною реакцією на травматичну подію втрату зору було встановлено – розгубленість і нерозуміння, як таке сталося. У деяких хворих при обговоренні переживань

Таблиця 6

Порівняння середніх значень загального бала за методикою ШОВТП та результатів дослідження, отриманих у осіб ОГД та ГП

Групи		I	II	III	IV	V	VI
		M=40,8	M=77,4	M=42,4	M=68,3	M=69,2	M=41,1
I	Біженці, «норма»		0,0182*	1,0000	0,7750	0,8850	1,0000
II	Біженці, ПТСР	0,0182*		0,0217*	0,9999	0,9967	0,0218*
III	Ліквідатори, «норма»	1,0000	0,0217*		0,8182	0,8485	0,0172*
IV	Ліквідатори, ПТСР	0,7750	0,9999	0,8182		0,9765	0,8081
V	ОДГ	0,8850	0,9967	0,8485	0,9765		0,0183*
VI	ГП	1,0000	0,0218*	0,0172*	0,8081	0,0183*	

Примітка: * – вірогідність помилки $p < 0,05$ – $p < 0,01$; M – середнє по групі; ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

з'являлися характерні відповідні страху фізіологічні прояви: tachікардія, тремор, холодний піт, сухість у роті, запаморочення.

Необхідно зазначити, що серед віддалених наслідків травм слід розрізняти наслідки травмуючої події і наслідки розвитку психологічної травми у людини. До перших можна віднести власне розвиток психологічної травми та інші нервово-психічні порушення. Проте наслідками травмуючої події нерідко стають серйозні соціальні наслідки: зміна соціального статусу, зміна місця проживання, втрата звичного оточення.

Взагалі травмуючі ситуації часто тягнуть за собою цілий ряд «втрат»: спілкування із близькими, звичного оточення, звичного способу життя, уявлень про самого себе. В якості віддалених наслідків травмуючої події втрати зору фактично необхідно розглядати не лише

розвиток реакції на власне травмуючу подію, але й на все те, що воно за собою тягне. Можна виділити кілька блоків віддалених наслідків травми втрати зору: а) НПР, психологічні порушення і зміни; б) проблеми соціальної дезадаптації, реадaptaції та необхідності адаптації до нової ситуації; в) соціальні проблеми, пов'язані з наслідками травми.

Вищевикладене обумовило необхідність проведення аналізу кореляційних зв'язків середніх значень отриманих даних у досліджуваних групах у порівнянні даних із вибіркою професіоналів, рід діяльності яких пов'язаний з постійним ризиком для здоров'я і життя (ліквідатори наслідків аварії на ЧАЕС), а також популяції, що зазнала впливу потенційно психотравмуючих подій (біженці) за субшкалами «вторгнення» (табл. 7), «уникнення» (табл. 8), «фізіологічна збудливість» (табл. 9).

Таблиця 7

**Порівняння середніх значень показників за субшкалою «вторгнення» (IN)
за методикою ШОВТП та результатів дослідження у ОГД та ГП**

IN		I	II	III	IV	V	VI
		M=14,58	M=27,43	M=14,68	M=24,33	M=25,34	M=13,29
I	Біженці, «норма»		0,0434*	1,0000	0,8333	0,0377*	1,0000
II	Біженці, ПТСР	0,0434*		0,0337*	1,0000	0,8435	0,9437
III	Ліквідатори, «норма»	1,0000	0,0337*		0,8303	0,0439*	0,0538*
IV	Ліквідатори, ПТСР	0,8333	1,0000	0,8303		1,0000	0,0637*
V	ОДГ	0,0377*	0,8435	0,0439*	1,0000		0,0531*
VI	ГП	1,0000	0,9437	0,0538*	0,0637*	0,0531*	

Таблиця 8

**Порівняння середніх значень показника за субшкалою «уникнення» (AV)
за методикою ШОВТП та результатів дослідження у ОГД та ГП**

AV		I	II	III	IV	V	VI
		M=14,94	M=27,43	M=14,38	M=20,67	M=26,6	M=13,76
I	Біженці, «норма»		0,0824	1,0000	0,9948	0,0834	1,0000
II	Біженці, ПТСР	0,0824		0,0395*	0,9941	0,9849	0,0497*
III	Ліквідатори, «норма»	1,0000	0,0395*		0,9891	0,9945	0,0714
IV	Ліквідатори, ПТСР	0,9948	0,9941	0,9891		0,9798	0,0824
V	ОДГ	0,0834	0,9849	0,9945	0,9798		0,0654
VI	ГП	1,0000	0,0497*	0,0714	0,0824	0,0654	

Таблиця 9

**Порівняння середніх значень показника за субшкалою «фізіологічна збудливість» (AR)
за методикою ШОВТП та результатів дослідження у ОГД та ГП**

AR		I	II	III	IV	V	VI
		M=11,27	M=22,57	M=13,33	M=23,33	M=23,21	M=12,23
I	Біженці, «норма»		0,0551	0,9413	0,4324	0,0654	0,9523
II	Біженці, ПТСР	0,0551		0,2106	1,0000	1,0000	0,2307
III	Ліквідатори, «норма»	0,9413	0,2106		0,6842	0,6943	0,0654
IV	Ліквідатори, ПТСР	0,4324	1,0000	0,6842		0,6745	0,0553
V	ОДГ	0,0654	1,0000	0,6943	0,6745		0,0763
VI	ГП	0,9523	0,2307	0,0654	0,0553	0,0763	

Примітки: * – вірогідність помилки $p < 0,05$ – $p < 0,001$; M – середнє по групі, IN – субшкала «вторгнення», AV – субшкала «уникнення», AR – субшкала «фізіологічна збудливість», ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

З даних, представлених у табл. 7–9, видно, що в цілому середні значення показників за субшкалами «вторгнення», «уникнення», «фізіологічна збудливість» за методикою ШОВТП та результатами дослідження у осіб ОГД та ГП статистично, істотно не відрізняються. Так, в цілому кореляційні зв'язки за зазначеними субшкалами між «ОГД – ГП» були відповідні кореляційним зв'язкам «біженці норма – біженці ПТСР», «ліквідатори норма – ліквідатори ПТСР» ($p \leq 0,05$).

Характеризуючи механізми, задіяні при подоланні наслідків травми, потрібно зазначити: динаміка травми в ряді випадків має тенденцію перетворення від реакції на локальну подію до процесу, який поступово захоплює все ширші сфери життя пацієнтів, стаючи більш глобальним, іноді – способом життя травмованої особистості та її оточення. Травмуюча подія втрати зору сприймається пацієнтами як така, що позбавляє можливості існування або «всіх надій» на майбутнє, а саме: а) «я так (після цього) жити не зможу»; б) «після цього повноцінно жити неможливо».

Отримані дані були враховані нами при розробці системи комплексного лікування даного контингенту пацієнтів.

Література:

1. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
2. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс; Пер. Л.О. Аюбян / – М.: Практика, 1997. – 1053 с.
3. Blindness and High Suicide Risk? / T. J. Hine, N. J. Pitchford, F. A. A. Kingdom, R. Koenekoop // *Psychosomatics*. – 2000. – Volume 41. – Issue 4. – P. 370 – 371.
4. Blindness, Fear of Sight Loss, and Suicide / D. De Leo, P. A. Hickey, G. Meneghel, C. H. Cantor // *Psychosomatics*. – 1999. – Vol. 40. – P. 339–344.
5. Emotional support and counselling for people with visual impairment: Quantitative findings from a mixed methods pilot study / W. Barr, S. Hodge, M. Leeven [et al.] // *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*. – 2012. – Vol. 12, Issue 4. – P. 294 – 302.
6. du Feu M. Sensory impairment and mental health / M. du Feu, K. Fergusson // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2003. – Vol. 9. – P. 95–103.
7. Horowitz M. Stress Response Syndromes / M. Horowitz. – New York: Jason Aronson – 1976. – 451 p.
8. Janoff-Bulman R. Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models / R. Janoff-Bulman // *Psychological Inquiry*. – 2004. – Vol. 15. – Issue 1. – P. 30 – 34.
9. Kiani R. Sensory impairment and intellectual disability / R. Kiani, H. Miller // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2010. – Vol. 16. – P. 228 – 235.
10. Loprinzi P. D. Association Among Depression, Physical Functioning, and Hearing and Vision Impairment in Adults With Diabetes / P. D. Loprinzi, E. Smit, G. Pariser // *Diabetes Spectrum*. – Winter 2013. – vol. 26. – № 1. – P. 6 – 15.
11. Ludwig A. M. Psychobiological functions of dissociation / A. M. Ludwig // *Am. J. Clin. Hypn.* – 1983. – Vol. 26. – P. 93–99.
12. Maercker A. The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward A Two-Component Model of Posttraumatic Growth / A. Maercker, T. Zoellner // *Psychological Inquiry*. – 2004. – Vol. 15. – Issue 1. – P. 41 – 48.
13. Psychological and social adjustment to blindness: Understanding from two groups of blind people in Ilorin, Nigeria / M. F Tunde-Ayinmode, T. M Akande, D. S Ademola-Popoola // *Annals of African Medicine*. – 2011. – Vol. 10. – Issue 2. – P. 155 – 164.
14. Tabrett D. R. Adjustment to Vision Loss in a Mixed Sample of Adults with Established Visual Impairment / D. R. Tabrett, K. Latham // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* – October 2012. – vol. 53. – № 11. – P. 7227 – 7234.
15. Tedeschi R. G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // *Psychological Inquiry*. – 2004. – Vol. 15. – Issue 1. – P. 1 – 18.
16. Thurston Mh. An inquiry into the emotional impact of sight loss and the counselling experiences and needs of blind and partially sighted people / Mh. Thurston // *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*. – 2010. – Vol. 10, Issue 1. – P. 3–12.
17. Vision-Specific Distress and Depressive Symptoms in People with Vision Impairment / G. Rees, H. W. Tee, M. Marella [et al.] // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* – June 2010. – vol. 51. – № 6. – P. 2891–2896.
18. Zhang X.-j. Development of a psychosocial adaptation questionnaire for Chinese patients with visual impairments / X.-j. Zhang, Ai-p. Wang // *Journal of Clinical Nursing*. – 2011. – Vol. 20, Issue 19–20. – P. 2822–2829.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ НА РОЗВИТОК НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

Ц. Б. АБДРЯХІМОВА

На основі психодіагностичного обстеження 400 хворих з частковою втратою зору травматичного генезу, встановлені особливості впливу стресової події на формування непсихотичних психічних розладів у даного контингенту пацієнтів.

Ключові слова: часткова втрата зору травматичного генезу, непсихотичні психічні розлади, посттравматичний стрес

FEATURES IMPACT ON DEVELOPMENT POSTTRAUMATIC STRESS NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PERSONS WITH PARTIALLY SIGHTED TRAUMATIC

C.ABDRYAHIMOVA

Based psychodiagnostic examination 400 patients with partial vision loss, traumatic set features impact of stressful events in the formation of non-psychotic mental disorders in this group of patients.

Keywords: partial loss of traumatic origin, non-psychotic mental disorders, posttraumatic stress

УДК: 616.89

О. М. Авраменко, О. О. Хаустова

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОВПЛИВУ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ І ДЕПРЕСІЇ

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

Ключові слова: хронічний біль, депресія, тривога, гіпокамп, префронтальна кора

Міжнародна асоціація з вивчення болю (IASP) дає таке визначення: «Біль – неприємне відчуття і емоційне переживання, асоційоване з наявним або потенційним ушкодженням тканин, або ж стан, що описується хворим у термінах такого пошкодження і визначається сенсорною інформацією, афективними реакціями та когнітивною діяльністю». В останні 30–40 років визначається стрімкий ріст хронічних больових синдромів у загальній структурі захворюваності. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність хронічних больових синдромів (без урахування онкологічних захворювань) становить не менше 40% дорослого населення, які відображаються на світовому співтоваристві, і ці цифри мають тенденцію до неухильного зростання [1–4].

Гострий біль зазвичай є симптомом якогось захворювання або травми, а хронічний біль – окремою нозологічною одиницею, причому він завдає значної шкоди не тільки хворому індивіду (зменшення навантаження на роботі і в подальшому – втрата працездатності), але і суспільству в цілому, призводячи до величезних економічних втрат: у віці старше 25 років через хронічний біль непрацездатні як мінімум тиждень на рік – 30% населення, після 40 років – більше 60% і тому хронічний біль визнається однією з провідних проблем сучасної медицини [5,6]. Через емоційний компонент біль сприймається як суб'єктивне явище, вираженість якого коливається відповідно до афективних змін, зокрема, при депресивних розладах. Між хронічним болем і психологічними факторами є реципрокні взаємини. Хоча зв'язок між депресією і болем добре вивчений, взаємодія їх часто є досить складним процесом. Психологічні фактори та уявлення пацієнтів про значення болю впливають на сприйняття інтенсивності больових відчуттів. Біль може спровокувати депресивні симптоми, а також вплинути на ступінь їх вираженості [7; 8].

Дослідження показують, що ступінь, в якій хронічний біль обмежує нормальне функціонування, має більш негативний вплив на афективну сферу, ніж інтенсивність власне больових відчуттів [7; 8]. При поєднанні хронічного болю і депресії відмічається більша стійкість до лікування внаслідок взаємної пролонгації [9]. Хронічний біль пов'язаний з ускладненням і обваженням депресивної симптоматики; у понад 30% пацієнтів розвивається клінічно виражена депресія, яка пов'язана з болем [9].

У дослідженні ВООЗ відмічено, що серед пацієнтів, які страждають на хронічний біль, клінічні критерії тривожних і депресивних розладів зустрічаються в 4 рази частіше. Зокрема, розлади настрою спостерігалися у 46% пацієнтів з болем у грудях, 43% пацієнтів з абдомінальним болем,

у 40% пацієнтів з головним болем, що вказує на взаємодію болю і депресії у формі єдиного «депресивно-алгічного синдрому». Пацієнти з більш тяжкими проявами депресії значно частіше повідомляють про наявність больових відчуттів: так, більше 50% пацієнтів, які страждають депресивними розладами, зазначають суттєвих больових відчуттів, включаючи головний, абдомінальний біль, біль в області грудної клітки, таза, обличчя, спини і біль в кінцівках [10,11].

Частота синдромально окресленої депресії серед пацієнтів, які страждають на хронічний біль, оцінюється в межах 22–87% [12;13]. Хоча депресія, як правило, вважається наслідком хронічного болю, а не причиною, дослідження показали, що несприятливі психосоціальні фактори підвищують ризик розвитку хронічних болів [14]. Було показано, що серед пацієнтів з фіброміалгією (хронічним захворюванням, що супроводжується поширеними болями, слабкістю і підвищеною стомлюваністю), частота виникнення коморбідної депресії становить 34–62% протягом життя [15].

Незважаючи на переконливі дані взаємного впливу болю і депресії, визначення ключового причинного фактора і попередньої картини було проблемою для досліджень. Біль може викликати депресію і навпаки. Хронічний біль призводить до функціональних і соціальних ускладнень, що проявляються в зниженні професійних навичок, самооцінки пацієнта, здатності отримувати задоволення, порушенні концентрації уваги і, в результаті, сприяє виникненню депресії. Депресія, у свою чергу, може призводити до розвитку на віддалених етапах больових синдромів, включаючи захворювання опорно-рухового апарату, головні болі, болі в грудній клітці. Слід підкреслити часту наявність при депресії тривожних розладів, які нерідко виходять на перший план, затьмарюючи власне депресивні симптоми. Поєднання депресії та тривоги може досягати 62% [16]. Особливо специфічне поєднання тривоги з м'язовою напругою і депресією саме при хронічних больових синдромах. Серед страждаючих на хронічний біль, переважають (60%) особистості з тривожно-недовірливими і істероїдними рисами. На тлі помірної тривожності у цих хворих виявляються риси демонстративності, схильність драматизувати ситуацію, перебільшувати значимість проблем [17]. Психологічне обстеження виявляє у них емоційну нестійкість, підвищену чутливість до зовнішніх впливів, нестійку самооцінку, залежність від думки оточення, властиву істеричним особистостям. Мотиваційна сфера хворих характеризується суперечливістю: з одного боку, висока мотивація визнання і самоствердження, потреба бути в центрі уваги, з іншого – прагнення уникнути

завантажень і відповідальних рішень, страх потерпіти невдачу, низька стресостійкість. При збільшенні навантажень або виникненні конфлікту у цих хворих спостерігається погіршення самопочуття. Так спрацьовує несвідомий механізм психологічного захисту по типу «втеча у хворобу». В результаті розвивається госпіталізм, тобто прагнення до тривалого і повторного обстеження та лікування в лікарнях. Слід підкреслити, що при цьому пацієнт до себе ставиться позитивно, статус «хворого» сприймається ним як соціально-оптимальний, дозволяє уникнути навантажень і бути в центрі уваги.

Меншу частину хворих (30%) складають особи за складом ригідні, паранояльні. Такі хворі відрізняються недовірливістю, образливістю, наполегливістю у відстоюванні своєї позиції, амбітно-захисні тенденції поєднуються з чутливістю до критичних зауважень і сприймаються як несправедливі. Для них характерні виражена емоційна напруженість, застрягання в образах, виражений індивідуалізм і водночас низький рівень саморозуміння, насиченість емоційних переживань, схильність звинувачувати у своїх проблемах оточуючих. Такі пацієнти невинно шукають медичної допомоги, критикують призначені лікувальні заходи, самостійно переривають лікування і вимагають нових обстежень. Домагаючись «справедливості», вони при цьому кумулюють, накопичують негативні переживання, що у свою чергу підсилює емоційну напруженість. У цих осіб недостатня гнучкість у стосунках з оточуючими, конфліктність і разом з тим нерозуміння, витіснення справжніх психологічних причин конфлікту проявляються схильністю до розвитку соматичних розладів, до порушення функцій внутрішніх органів. В обох групах однаково високий ступінь соціально-психологічної дезадаптації. скарги, що висувуються на стан здоров'я, часто не дозволяють хворим працювати. Високий рівень тривоги, виражена емоційна напруженість, песимістичність у відношенні майбутнього і позитивних результатів лікування призводять до обмеження контактів з оточуючими, занурення у світ внутрішніх переживань, зниження активності та дисгармонізації міжособистісних стосунків. Відзначаються труднощі спілкування з оточенням, і, зокрема, з особами протилежної статі, серед них великий відсоток складають розлучені.

Причини, що лежать в основі виникнення хронічного болю, дуже різноманітні, але у хронічного больового синдрому і депресії є багато загальних ланок. Переважну роль у патогенезі депресії відіграє дефіцит норадреналіну і серотоніну (згідно «класичної» моноамінової теорії депресії головну роль у патогенезі депресії грає зниження концентрації моноамінів у синаптичній щілині – переважно серотоніну та норадреналіну). Більшість норадренергічних нейронів локалізуються в ділянці мозкового стовбура – в блакитній плямі. Більшість серотонінергічних нейронів локалізуються в ядрах шва стовбура мозку. Порушення балансу серотонінергічної та норадренергічної медіації в головному мозку можуть бути асоційовані з депресією. Можливо, що порушення балансу серотонінергічної та норадренергічної медіації

в головному і спинному мозку може призвести до інтерпретації організмом таких звичайних стимулів, які пригнічуються в нормі, як дискомфорт або навіть біль. Це пояснює, чому невизначені болі так часто турбують пацієнтів з депресією. Патогенез психогенних больових синдромів у більшому ступені також обумовлений впливом на антиноцицептивні системи через депресію. Відновлення балансу між серотонінергічною і норадренергічною медіацією може грати дуже важливу роль у лікуванні широкого спектру емоційних і больових симптомів. При обговоренні патогенезу депресії останнім часом широко використовують поняття нейрональної пластичності мозкових структур. Порушення нейрональної пластичності при депресії пов'язують в основному зі стрессіндукованою гіперреактивністю гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової та гіпоталамо-гіпофізарно-тиреоїдної систем. Тривала гіперреактивність гіпоталамо-гіпофізарно-наднирково-залонової з постійною гіперактивністю кортикотропін-рилізінг фактора, адренкортикотропного гормону і кортизолу призводить до зниження синтезу мозкового нейротрофічного фактора; зміни метаболізму фосфоліпідів, субстанції та інших нейромедіаторів. Також змінюється чутливість глутаматних NMDA і AMPA рецепторів з посиленням цитотоксичної дії глутамату на нейрони. Вважається, що при депресії саме цей механізм відповідальний за атрофічні зміни в ряді структур головного мозку і найбільше в гіпокампі.

При депресії відзначається зменшення розмірів гіпокампу, що супроводжується зниженням нейрогенезу в зубчастій звивині гіпокампу, яка в нормі постійно виробляє нові нейрони; відбувається зменшення кількості функціонуючих синапсів, вкорочення та зменшення розгалуження дендритів пірамідальних нейронів. Гіпокамп грає ключову роль у процесі навчання і запам'ятовування. Він особливо чутливий до підвищення рівня стероїдних гормонів, секретується під час стресу, так як в ньому зосереджена велика кількість глюкокортикоїдних рецепторів. Тому нейрони гіпокампу дуже схильні до атрофії та зменшення нейрогенезу під впливом гострого і хронічного стресу. Клінічно це проявляється когнітивним дефіцитом: порушенням уваги, пам'яті, здатності приймати рішення [18].

Ключовою структурою в регуляції емоцій, прийнятті рішень та формуванні короткострокової пам'яті є префронтальна кора, з якою пов'язана велика кількість інших структур головного мозку, також задіяних у регуляції настрою. У дослідженнях з використанням позитронно-емісійної томографії у пацієнтів з депресією визначається зниження активності в префронтальній корі, що супроводжується зменшенням кровотоку і метаболізму глюкози, а ступінь тяжкості депресії корелює з виразністю змін в префронтальній корі [19; 20].

На відміну від гіпокампа і префронтальної кори розміри мигдалеподібного тіла на ранніх етапах депресії збільшуються, що є результатом підвищення потреби в цій структурі і, можливо, пов'язано із збільшенням розгалуженості дендритів. Зменшення розмірів мигдалеподібного тіла відбувається на більш пізніх стадіях

захворювання. Кровообіг у мигдалеподібному тілі збільшується паралельно зі збільшенням тяжкості стану, що доводить підвищення активності цієї структури при депресії. Мигдалеподібне тіло, як і гіпокамп, багате глюкокортикоїдними рецепторами і тому теж особливо чутливо до стресу. Надстимуляції мигдалеподібного тіла в умовах депресії і хронічного стресу асоціюється з підвищенням тривоги й агресії.

Оскільки біль є негативною емоцією, що породжує реактивну депресію, яка робить пацієнта більш чутливим до болю, а депресія і почуття болю частково забезпечуються загальними механізмами, отже, співіснуючи біль і депресія погіршують один одного, формуючи хибне коло: біль – депресія – біль – депресія (рис. 1) [21].

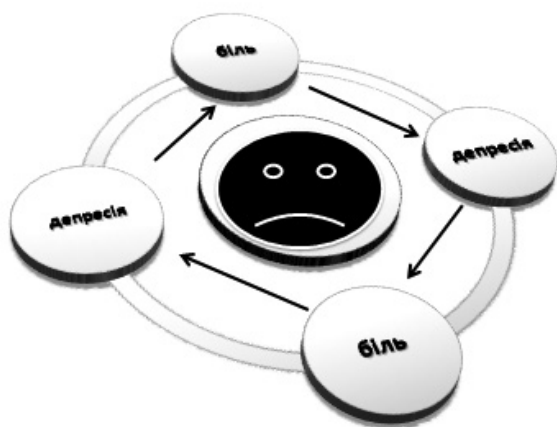


Рис.1. «Хибне коло» зв'язків болю та депресії

Отже, депресія і хронічний біль пов'язані з низкою факторів ризику та віддалених наслідків, які можуть виявитися важкими при одночасній присутності депресії та болю. У пацієнтів, які страждають від хронічного болю, частіше спостерігаються розлади особистості та дезадаптивні механізми подужання [22]. Серед пацієнтів наявність декількох різних вогнищ болю може виявитися найпотужнішим предиктором, що обумовлює розвиток депресії. Коморбідний біль і депресія пов'язані несприятливими явищами, як порушення сну [23], погіршення професійного функціонування та якості життя пацієнтів. Лікування депресії у поєднанні з болем ускладнюється тим, що знижений настрій може зумовлювати негативне ставлення до проведеної терапії, підвищуючи ризик відмови від прийому медикаментів або зловживання ними.

Симптоми депресії при хронічному больовому синдромі можуть бути очевидними, проте найчастіше хронічний больовий синдром є «маскою» депресії; власне депресивна симптоматика виступає в атиповій формі та прихована за домінуючим у клінічній картині болем. Загальною ознакою соматизованої депресії є наявність в її структурі численних болісних соматичних симптомів поряд з розладами настрою: соматичні симптоми виступають на перший план, перекриваючи афективні депресивні розлади (депресивна симптоматика слабо виражена, стерта або взагалі відсутня), що вельми ускладнює діагностику депресії. Соматовегетативні

симптоми маскованих депресій представлені всіма системою організму, проявляючись порушеннями серцевого ритму, сухістю в роті, печією, закрепами, підвищеною пітливістю, запамороченнями, аменореєю або іншими розладами, зниженням лібідо, поганим сном, зміною апетиту і зниженням маси тіла, астеною, больовими відчуттями. Хронічний больовий синдром як «маска» депресії може спостерігатися і в будь-якій частині тіла. Не менш важливим у клінічному плані є те, що у пацієнтів з хронічним болем при тривалому неуспішному лікуванні виникають психологічні порушення, пов'язані з відсутністю полегшення болю. Відчуття постійного дискомфорту, безпорадність і надмірна увага до болю стає домінантою в житті цих пацієнтів, що в кінцевому рахунку може призводити до їх нездатності вирішувати звичайні сімейні, професійні та пов'язані з дозволами завдання, тобто відбувається «нашарування» поведінкових і психологічних проблем на споконвічну ноцицепцію і переживання болю.

Клінічний випадок:

Пацієнтка F, 65 років, одружена, працює бухгалтером у приватній фірмі. Страждає на хронічний біль в області тазостегнових суглобів. У 2004 році вперше відчула гострий біль у проміжності особливо при пересуванні, не одразу звернувшись до лікаря, самостійно почала вживати нестероїдні протизапальні препарати – полегшення не настало, з цього приводу почала нервувати, що вона невиліковно хвора, погіршився сон та настрої.

У 2005 році все ж звернувшись за медичною допомогою до ортопеда, пройшла обстеження і був встановлений діагноз: «Остеоартроз лівого тазостегнового суглоба». У 2006 році була прооперована під епідуральною анестезією з приводу заміни суглоба, процес реабілітації проходив досить спокійно, повернувшись до роботи, вважала, що всі проблеми позаду. У 2008 році було діагностовано: «Остеоартроз правого тазостегнового суглоба», в тому ж році була проведена операція по заміні правого суглоба. Процес реабілітації проходив повільно, був присутній постійний біль у попереку, який посилювався при ходьбі, тривалому стоянні, наприкінці дня. Помітила за собою, що стала нетерпимішою, роздратованою, швидко втомлювалась, почала забувати важливі речі, іноді важко сконцентрувалась на чомусь, виникло відчуття, що всі її не розуміють і вважають, що вона занадто акцентує увагу на своїй проблемі. Незважаючи на проведену терапію, біль не зменшувався. Лікар, стурбований посиленням больового синдрому, переконав хвору звернутись на консультацію до психіатра.

Психічний стан хворої на момент звернення: пацієнтка контакту доступна, орієнтована всебічно, правильно, дещо негативістична, відповіді односкладові, вираз обличчя засмучений, поза одноманітна, висловлює скарги на постійний біль у попереку, обох тазостегнових суглобах, різке утруднення пересування, порушення сну, зниження апетиту, втрату ваги, «нічого не цікавить – життя втратило кольори», «мене ніхто не розуміє», зниження пам'яті, «нічого не можу запам'ятати». Голос

тихий, мова одноманітна, темп мислення сповільнений, структура мислення не порушена. Активно маячних ідей не висловлює, обмани сприйняття заперечує. інтелект збережений, швидко виснажується, емоційно лабільна, легко афектується. Емоційно-вольова сфера знижена, критика свого стану часткова.

Психологічне дослідження: за Монреальською шкалою (МОСА) набрала 22 із 30 балів, що характеризується зниженням концентрації, розподілом уваги, зниженням як короткострокової, так і довгострокової пам'яті, звуженням об'єму пам'яті, дещо астеноїзована, наявність ангедонії. За шкалою HADS отримала 7/12 б, що є межами субклінічної депресії. Суїцидальних нахилів та маячних ідей не відмічено.

Був встановлений діагноз: помірно виражений три-возно-депресивний епізод з соматичним синдромом (F32.01).

Призначене лікування: венлафаксин, дія якого направлена на редукцію як больового синдрому, так і депресивної симптоматики.

Через місяць хвора повідомила про суттєве зниження болю, підвищення настрою, що дозволило пацієнтці із задоволенням проводити час зі своєю сім'єю і займатися звичайними справами.

Таким чином можна сказати, що при наявності хронічного болю у пацієнта суттєво змінюється як сприйняття оточення в цілому, так і внутрішньої картини хвороби, що призводить до розвитку депресивних розладів і негативно відбивається на перебігу соматичного захворювання.

Виходячи з положень біопсихосоціальної моделі болю, що включає фізичні, психологічні та соціальні елементи, повноцінне лікування пацієнтів повинно здійснюватися на основі мультидисциплінарного підходу з ліквідацією існуючої депресивної симптоматики, що дозволить досягти хороших прогнозованих результатів у процесі лікування пацієнтів даної групи. Такий підхід нині вважається «золотим стандартом» надання медичної допомоги пацієнтам з хронічним болем будь-якої етіології.

Література:

1. Павленко С. С. Организация медицинской помощи больным с хроническими болевыми синдромами. / Денисов В. Н., Фомин Г. И. // Новосибирск: ГП «Новосибирский полиграфкомбинат» – 2002. – 221 с.
2. Крыжановский Г. Н. «Важное событие в отечественной медицине» // Научно-практический журнал «Боль» – 2003. – № 1(1). – С. 4-5.
3. Яхно Н. Н. Невропатическая и скелетно-мышечная боль. Современный подход к диагностике и лечению / Барин А. Н., Подчуфарова Е. В. // Клиническая медицина – 2008. – Т. 86, №11. – С. 9-15.
4. Голубев В. Л. Психологические установки пациента и переживание боли. / Данилов А. Б. // РМЖ. специальный выпуск «Болевой синдром» – 2009. – С.11-14.
5. Deyo R. A. Overtreating chronic back pain: time to back off? / Mirza S. K., Turner J. A., Martin B. I. // J Am Board Fam Med. – 2009 Jan-Feb. – 22(1). – P. 62-8.
6. Chapman C. Managing pain in the older person. // Nurs Stand. – 2010 Nov 17-23. – 25(11). – P 35-9.
7. Mystakidou K. Psychological distress of patients with advanced cancer: Influence and contribution of pain severity and pain interference. / Tsilika E., Parpa E. et al. // Cancer Nurs – 2006. – 29. – P. 400-5.
8. Mystakidou K. Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain and spirituality in patients with advanced cancer. / Tsilika E., Parpa E. et al. // Arch Psychiatr. Nurs. – 2007. – 21. – P. 150-61.
9. Gallagher R. M. The pain-depression conundrum: Bridging the body and mind. / Cariat S. – 2002.
10. Corbule E. Pain complaints in depressed inpatients. / Guelfi J. D. // Psychopathology – 2000. – 33. – P. 307-9.
11. Larson S. L. Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area sample. / Clark M. R., Eaton W. W. // Psychol. Med. – 2004. – 34. – P. 211-9.
12. Manchikanti L. Comparison of psychopathological status of chronic pain patients and the general population. / Fellows B., Pampati V. et al. // Pain Physician. – 2002. – 5. – P.40-8.
13. Giesecke T. The relationship between depression, clinical pain and experimental pain in a chronic pain cohort. / Gracely R. H., Williams D. A. et al. // Arthritis Rheum. – 2005. – 53. – P. 1577-84.
14. Picavet H. S. Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain. / Vlaeyen J. W., Schouten J. S. // Am J. Epidemiol – 2002. – 156. – P. 1028-34.
15. Arnold L. M. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. / Hudson J. I., Keck P. E. et al. // J. Clin. Psychiatry – 2006. – 67. – P. 1219-25.
16. Шафберг А. Ф. Терапия флуоксетином коморбидных тревоги и депрессии. // Соц. Клин. психиатр. – 1997. – 1. – С.2-19.
17. Собчик Л. Н. Индивидуально-личностные особенности больных с хроническим болевым синдромом / Т. В. Протасенко // Российский психиатрический журнал – 2003. – №5. – С. 18-21.
18. Соловьева С. Л. Депрессия в терапевтической клинике: психологические, психотерапевтические и психофармакотерапевтические аспекты. / Успенский Ю. П., Балукова Е. В. // Руководство для врачей – СПб.: ИнформМед. – 2008. – 204 с.
19. Bremner J. D. Functional brain imaging alterations in acne patients treated with isotretinoin // Am. J. Psychiatry – 2005. – 162(5). – P. 983-999;
20. Evers E. Serotonergic Modulation of Prefrontal Cortex during Negative Feedback in Probabilistic Reversal Learning / Cools R., Clark L. et al. // Neuropsychopharmacology – 2005. – 30. – P. 1138-47
21. Ребров Б. А. К вопросу о связи хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля. / Благинина И. И., Реброва О. А. // Журнал: «Боль. Суставы. Позвоночник» – 2011 – 2. – С. 7-9.
22. Geisser M. E. The influence of coping styles and personality traits on pain. In.: Dworkin R. H., Breithart W. et al. Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers, progress in pain research and management (Vol.27). Seattle: IASP Press – 2004. – P. 521-46.
23. Sela R. A. Sleep disturbances in palliative cancer patients attending a pain symptom control clinic. / Watanabe S., Nikolaichuk C. L. // Palliat Support Care – 2005. – 3. – P. 23-31.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОВПЛИВУ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ І ДЕПРЕСІЇ

О. М. АВРАМЕНКО, О. О. ХАУСТОВА

У статті розглядаються деякі загальні нейрофізіологічні та біохімічні ланки, властиві як хронічному больовому синдрому, так і депресії.

Ключові слова: хронічний біль, депресія, тривога, гіпокамп, префронтальна кора

SOME ASPECTS OF THE MUTUAL INFLUENCE OF CHRONIC PAIN AND DEPRESSION

O. AVRAMENKO, E. KHAUSTOVA

The paper discusses some general neurophysiological and biochemical units that exist in both chronic pain and depression

Keywords: chronic pain, depression, anxiety, the hippocampus, the prefrontal cortex

UDC 616.8:616-006-08-059

A.Vasylyeva, N.Kyrychenko

EFFICIENCY OF CORRECTION OF EMOTIONAL DISORDERS IN WOMEN SUFFERING FROM MALIGNANT TUMORS OF REPRODUCTIVE SYSTEM

Donetsk national medical university of ministry of public health of Ukraine

Key words: women, malignant tumors, reproductive area, emotional disorders, psycho-correction methods

Providing medical care to patients suffering from malignant tumors – one of the most important problems of modern medicine in Ukraine. Currently registered in cancer institutions are more than 960,000 patients annually registers more than 160,000 new cases of malignant tumors and a projected growth to over 200,000 in 2020 (Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine, 2010–2011). Cancer of the female reproductive area is the most frequent in the structure of cancer pathology and women make up 35% of all cases. In addition, the growing recent interest in this problem is also associated with a significant rejuvenation of patients. At the present stage of development of oncology, much attention has been paid not only to somatic condition of the patients, but also to psychological and psychiatric aspects of this disease. No less significant stress than the actual cancer, for patients is crippled operations and change in appearance due to endocrine disorders. Among patients with malignant tumors of reproductive system significant part contain women of working age, which makes high demands on their complete rehabilitation, including an effective correction of an associated emotional disorders, which caused to this investigation, which purpose was to study the emotional state of patients suffering from malignant tumors of the reproductive system and development of methods of psychological adjustment of emotional disorders in the complex rehabilitation.

Material and Methods: In accordance with the purpose we examined 210 women with the cancer: 68 patients with cancer of the body ($32,4 \pm 3,2\%$) and 85 ($40,5 \pm 3,4\%$) – cervical cancer, and 57 patients with malignant ovarian tumors ($27,1 \pm 3,1\%$). In 13 women ($6,2 \pm 1,7\%$) oncologists diagnosed first stage of tumor in 88 ($41,9 \pm 3,4\%$) – second stage and in 109 ($51,9 \pm 3,4\%$) – third stage. For the duration of oncology process all the studied patients were divided as follows: the most numerous was the group of patients with duration of tumor less than 1 year – 105 women ($50,0 \pm 3,4\%$); from 1 to 3 years old – 61 patient ($29,1 \pm 3,1\%$); 3 to 5 years – 36 patients ($17,1 \pm 2,6\%$) and more than 5 years – 8 women ($3,8 \pm 1,3\%$).

All surveyed patients knew or guessed the nature of their illness, and in all cases were obtained informed consent for their participation in the study. Diagnosis of clinical form of the underlying disease carried by oncologists. In addition, patients were having complex somatic and neurological examination in the standard amount. We analyzed the data as subjective and objective (according to family) history, outpatients and hospital medical records of cancer patients. Exclusion criteria were the presence of severe concomitant systemic diseases, additional exogenous (intoxications, traumatic brain injury history), endogenous mental

disorders, organic brain damage (including metastatic origin). For clinical verification, determination of the degree of severity of anxiety and depressive disorders and assess their reduction during therapy we used detailed comprehensive clinical structured interview according to the diagnostic criteria of Section V for ICD-10 and Montgomery-Asberg scale MADRS (SAMontgomery, M. Asberg, 1979) [11] and Hamilton HAM-A (M.Hamilton, 1959) [12]. In conducting the analysis of the results of the study we have used methods of biostatistics in licensing packages Statistical Analysis «Med-Stat» (E.Lyah, V.H.Huryanov, 2004) and «Statistica 5.5» (StatSoft Inc., 1999) [13]. The results: In 152 women with malignant tumors of the reproductive system ($72,4 \pm 3,1\%$) were found nonpsychotic mental disorders, depressive disorders are presented within symptomatic depressive disorders (F 06.32; $31,0 \pm 3,2\%$), and adjustment disorder – prolonged depressive (F 43.21; $5,2 \pm 1,5\%$) and mixed anxiety-depressive reaction (F 43.22; $11,4 \pm 2,2\%$). Preferably violations presented as symptomatic anxiety disorders (F 06.4; $11,4 \pm 2,2\%$) and adjustment disorder as a reaction with a predominance of anxiety (F 43.23; $13,3 \pm 2,3\%$). In $27,6 \pm 3,1\%$ of patients surveyed emotional disturbances were not reached the clinical level, that allowing to assign them to a group of psychiatric norms (Z 85). The most common clinical signs of emotional disorders in patients who suffered from malignant tumors of the reproductive system, were depressed with grief, a sense of sadness and hopelessness, loss of interest in the surrounding events, combined with a lack of initiative, a marked decrease in general activity and fatigue even with little effort, decreased ability to concentrate, negative revaluation of previous experiences with its projection into the future, and were present objective evidence of psychomotor retardation or agitation. Most women have not only signs of depression, but also they have anxiety disorders – in their statements clearly sounded alarming concerns about possible failures in the treatment of tumor, cancer patients focused on almost constant feeling of excitement or uncertain dangers awaiting misfortune not only for themselves but for friends too, inability to relax, if they only think about the nature of their illness, the memories of surgery (hysterectomy, ovariectomy) and conservative (aids therapy) treatment in the form of so-called invasive experiences (flashback) and «invasion of thought.» Obsessive thoughts amplified in the evening-night, which prevented sleep or gleamed in the structure of dreams. In addition, sleep disorders characterized by horrific dreams, broken sleep, early awakening with the inability to sleep. This patient insisted on aspiration of avoiding situations which are directly or indirectly related to cancer disease.

Dominance symptoms of positive affectivity were typical for patients with the initial stages of tumor and patients who

have undergone successful treatment. In patients with newly diagnosed malignancies precision, stability and diversity of alarming concerns addressed to his physical condition, allowed to talk about anxiety and hypochondrical disorders. Almost in all patients were revealed asthenic symptoms, as manifested by general weakness, malaise, fatigue, difficulty in concentration, low productivity of mental and physical work. However, in the early stages of cancer asthenic manifestations were mild and, to a considerable extent, ranged parallel dynamics of main malignancy. As the disease progressed, and especially in case of failure of conducted anticancer treatment in the structure of depressive disorders began to show signs of negative affectivity with asthenic-apathetic syndrome. Some patients admitted the existence of opinions about the futility of life and desire of death as a way of getting rid of existing or anticipated in the near future torment, but activity to implement them we have not found. Timely recognition and proper qualification of emotional disorders in oncological practice acquire real meaning only in conjunction with their effective correction related to critical factors to improve the quality of treatment and rehabilitation measures in patients suffering from malignant tumors of the reproductive system. The main aim of psycho-surgery is to reduce anxiety and depression, deprivation of patients from a feeling of hopelessness associated with manifestation, recurrent and / or metastatic cancer pathology, to help patients more adequately estimate the significance of traumatic events, overcome pain, pessimistic perception of the situation related to the illness, correct an irrational settings, select appropriate goals, mobilize the forces, reduce fear of recurrence and death, to generate new prospects beyond the disease.

Because treatment of psychooncology disorder involves not only the symptoms but also the correction of therapeutically adverse personality characteristics of patients and the return of their social roles and functions (family, professional, interpersonal, and others.) We have developed an integrative therapeutic package that includes methods of psychotherapeutic and psychopharmacological interventions in conjunction with the designated antitumoral treatment of the underlying disease, which contributed to the changing attitudes of patients to their condition and improve complaints of the therapeutic schemes.

In organizational terms, we applied consulting and unifying model of care [14], which includes joint supervision of patients by oncologist and psychiatrist / psychotherapist. This model not only provides direct contact with patients who are ready to psychological and psychiatric intervention, but fruitful collaboration with oncologists.

Psychopharmacotherapy of emotional disorders was carried out on the basis of monotherapy and differentiated use of antidepressants in past generations who have high levels of efficacy, tolerability and safety for use in combination with chemotherapy in cancer patients. This approach is associated with the desire to minimize side effects and gave the opportunity to actively engage patients to psychotherapeutic process, thereby facilitated to faster disupdatance of painful experiences and restore emotional state. The

advantage of past generations of antidepressants (SSRI, IZZSN, Nass and MT) for the correction of non-psychotic mental disorders in patients suffering from malignant tumors of the reproductive system, in our opinion, related to the following factors: a minimal effect on cholinergic, α -adren-ergic and histamine receptors in the brain, which causes a slight range of side effects of this group of drugs, the possibility of a one-off during the day, a high therapeutic index, lack of need for individual selection of dosing, high bio-availability, which provides an earlier antidepressant effect, «morphin-saving» action of antidepressants (potentiation of the analgesic effect of chronic pain syndrome in cancer patients is associated with both immediate damage nerve fibers and with neuropathy) does not decrease the activity of drugs in their long-term use, including during maintenance therapy somatically debilitated patients, the minimum interaction between doctors with anticancer drugs [15; 16]. Duration of stopping stage of therapy was on average 8 weeks, due to the clear manifestation of antidepressive effect no sooner than 4–6 weeks of continuous medication, supportive therapy by timoanaleptics lasted 6–9 months. Psychotherapy of women who suffered from malignant tumors of the reproductive system, performed according to the conception of B. Mikhailov (2002) [14], and was based on general principles, but has a number of specific features according to the population of patients and conditions of antitumor specialized hospital – differentiated combination pathogenic, symptomatic and preventative psychotherapeutic interventions during both individual and group («ward») forms of work with cancer patients using the methods of rational, cognitive-behavioral therapy, positive short-term psychotherapy and psychological methods of self-regulation (deliberate self-hypnosis, positive creative visualization support of audio modality of perception specially selected musical compositions and sounds of nature in a state of progressive muscle relaxation by Jacobson), and active involvement of family members of patients in the treatment process (in the framework of family therapy). Thus, the main task of integrative psychotherapy in complex of modern rehabilitation program for women who suffer from malignant tumors of the reproductive system, was to create the most adaptive (within the individual resources) ways to respond against the disease, which is accompanied by a denial of the reality of the disease, refusal of treatment and other violations complaints. To achieve this goal, we relied on the following target of psychotherapeutic effects: reduction of the intensity of anxiety and depressive feelings, harmonizing the perception of illness, is aimed to reduce feelings of powerlessness and the formation of a less catastrophic illness image creation in cancer patients with a positive attitude on the passage of anti-tumoral treatment and active combat with the disease, overcoming in patients the syndrome of lack in meaning of life and adaptation of patients themselves and their loved ones to the new conditions of life, resolving conflict inside family directly or indirectly associated with the disease. Complex of psycho-correctional measures which we have developed against specific antitumor treatment was applied on 77 cancer patients with

non-psychotic mental disorders (therapeutic group). Patients from comparison group (I comparison group – 75 cancer patients with non-psychotic mental disorders who refused from psychotherapy, II comparison group – 58 women without mental disorders) was conducted only for treatment of the underlying malignancy. The effectiveness of the proposed correctional system of emotional state of women with cancer evaluated at the end of stopping stage of therapy – after 8 weeks of using self-assessment by patients of their emotional state combined with an unstructured clinical interviews and objective (standardized) assessment of the severity of anxiety and depression before and after correction. $79,4 \pm 3,2\%$ of women from therapeutic group noted varying degrees of positive dynamics in the reduction of emotional disorders (significant improvement noted $41,9 \pm 3,8\%$ of patients) and $20,6 \pm 3,2\%$ of cancer patients from this group anxious depressive symptoms continued to abstain. In I compared group subjective improvement in emotional state revealed only in $28,6 \pm 3,9\%$ of patients, and in the majority of women in this group ($52,9 \pm 4,0\%$) changes in the emotional state were reported, and $8,5 \pm 2,3\%$ of patients admitted reinforce of the anxiety-depressive disorders. In II comparison group, which included patients, suffering from malignant tumors, whose emotional disturbances have not reached the level of symptomatic mental disorders, emotional state stabilization against organized specially marked anticancer therapy $71,5 \pm 3,8\%$ of women. Besides the subjective assessment by patients of their emotional state the efficacy of our medical complex was assessed in the dynamics using depression scales of Montgomery-Asberg (MADRS) and the Hamilton Anxiety (HAM-A). In the therapeutic group we observed we have found a significant decrease in the severity of symptoms of anxiety and depression, this is reflected in the reduction of the average score as depressive severity (on a scale MADRS at $49,1 \pm 9,4\%$ of the initial level – to $17,5 \pm 1,1$ points) and anxious symptoms (on a scale HAM-A at $57,1 \pm 7,6\%$ of the initial level – up to $18 \pm 1,6$ points). Reduction of the original total score over 50% on a scale of depression Montgomery-Asberg (MADRS) was observed in $41,9 \pm 3,9\%$ of patients suffering from malignant tumors, and the scale Hamilton Anxiety (HAM-A) – in $40,6 \pm 3,9\%$ patients. In $51,3 \pm 3,9\%$ of patients were found improvement of subjective emotional state on a background of incomplete reduction of anxiety and depressive disorders (depressive and anxious symptoms by the scales MADRS and HAM-A corresponded to mild severity of emotional disorders), which, obviously, due to both the effect of frustrating the strong stress factor (the presence of severe physical illness – cancer), and with the related special diagnostic and treatment. According to that complete reduction of anxiety and depressive symptoms in such circumstances is impossible, but the real purpose of conducted psycho-correctional measures is to achieve maximum and sustainable reduction of psychopathology. In $6,33 \pm 1,9\%$ patients suffering from malignant tumors correction of anxiety-depressive disorders was ineffective, which was due primarily to their difficult physical condition caused by the prevalence of tumor – multiple metastatic lesions in bones,

liver and lungs. Clinical effect is characterized by subjective improvement in mood, decreased the amplitude of affective disorders, reduction of signs and symptoms of emotional lability syndrome, irritable weakness, improved sleep, increased levels of performance in daily activities, decreased expression of anxiety and restlessness, restructuring perception of cancer with a reduction of disadaptive patterns related to the disease and the formation of new adaptive solutions to the situation like malignant tumors, that accompanied by awareness and acceptance of this fact. In addition, under the influence of the therapeutic complex, which we have developed, the patients noticed improved subjective perception of quality of life. Increased satisfaction with quality of life, both physical and psychological components of health of cancer patients, suffering from nonpsychotic mental disorders who participated in integrative psycho-correctional complex, in our opinion, is connected on the one hand with the reduction of the symptoms of cancer, connected with the implementation of radical surgery, improving the general physical condition, and the other – with the normalization of emotional state, and as a result, changing attitude to his own «I» and reality. In this case, the main task of integrative psychotherapy in complex of modern rehabilitation program for women who suffer from malignant tumors of the reproductive system, was to create the most adaptive (within the individual resources) ways to respond against the disease, which is accompanied by a denial of the reality of the disease, refusal of treatment and other violations compliens. To achieve this goal, we relied on the following target of psychotherapeutic effects: reduction of the intensity of anxiety and depressive feelings, harmonizing the perception of illness, is aimed to reduce feelings of powerlessness and the formation of a less catastrophic illness image creation in cancer patients with a positive attitude on the passage of anti-tumoral treatment and active combat with the disease, overcoming in patients the syndrome of lack in meaning of life and adaptation of patients themselves and their loved ones to the new conditions of life, resolving conflict inside family directly or indirectly associated with the disease.

In addition, it is appropriate to share psychopharmacological and psychotherapeutic interventions in the treatment of non-psychotic mental disorders in patients suffering from cancer of the reproductive system, in a specialized oncological centers. Such an approach, as a destigmatisational form of psychiatric help, has contributed not only to the elimination of emotional distress, but also therapeutically beneficial influenced on the dynamics of the primary cancer.

Literature:

1. *Cancer in Ukraine 2010-2011 years* // *Bulletin of the National Cancer Registry*. – 2012. – № 13. – 111 p. – Mode of access: <http://www.ucr.gs.com.ua/dovidb0/index.htm>
2. *Karseladze AI Questions pydemyolohyy and diagnosis of cancer yaychnykov* / *AI Karseladze* // *Practical. onkol.* – 2000. – № 4. – S. 21-28.
3. *Komkova EP Neuro-psycho disorders in Oncological patients (medical and rehabilitational aspects)* / *EP Komkova, A. Maharyll, N. P. Kokoryna, A. Sergeev* // *Siberian onkol. Zh.* – 2009. – № 2 (32). – P.40-43.
4. *Petrov DS Psyhopatological condition and his dynamics as a result of surgery and psychotherapy in patients with cancer uterine pathology* / *DS Petrov, B. Yu Volodin, EP Kulikov* // *Diagnosis and treatment of*

- major diseases oncological location. Tue. scientific. May. / Ed. prof. EP Kulikova. – Ryazan: Uzoroch, 2006. – P.182-184.
5. Sukegawa A. Post-traumatic stress disorder in patients with gynecologic cancers / A. Sukegawa, E. Miyagi, R. Suzuki // J. Obstet. Gynecol. Res. – 2006. – Vol. 32, N 3. – P. 349-353.
 6. Smulevich AB Psychological disorders in oncology (the results of multicentral program «synthesis») / AB Smulevich, A. Andryushchenko, DA Beskov // Psychologica total disorders in medicine. – 2009. – № 1. – P.4-11.
 7. Andrykovski M. Affective, cognitive and behavioral response to an abnormal ovarian cancer screening test result: a longitudinal case control study / M. Andrykovski, E. J.Pavlik // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – Vol. 151. – P. 65.
 8. Ell K. Cancer treatment adherence among low-income women with breast or gynecologic cancer: a randomized controlled trial of patient navigation / K. Ell, B. Vourlekis, B. Xie, F. R. Nedjat-Haiem et al. // Cancer. – 2009. – Vol. 115 (19). – P. 4606-4615.
 9. Küchler Th. Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial / Th. Küchler [et. al.] // Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. – 2007. – Vol. 25. – P. 2702-2708.
 10. Kharchenko EN Complex therapy psychopathological disorders in oncological patients in rates with the different types of surgical intervention / EN Kharchenko, A. Chaban, SG Buhaytsov // History of Psychiatry. – 2002. – № 3. – S. 158-163.
 11. Montgomery S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // Br. J. Psychiatry. – 1979. – Vol. 134.
 12. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // Br. J. Med. Psychol. – 1959. – Vol. 32. – P. 50-55.
 13. Lyakh JE, Gur'yanov VG Khomenko VN, Panchenko AA Fundamentals of computer byostatystyky. Analysis of information in biology, medicine and pharmacy statistic package MedStat. – D.: Papakytsa EK, 2006. – 214 s.
 14. Psychotherapy in Medicine (Klynycheskoe MANUAL) / [B. V. Mikhailov, AI Serdyuk, VA Fedoseev]. – Kharkov, 2002. – 108 p. Ermakov NB
 15. Treatment pain syndrome in practice onkolohycheskoy / NB Ermakov, E.. A. Zhavryd // Recipe. – 2001. – Vol. 17 (3). – P. 40-45.
 16. Miller A. The effectiveness of antidepressants in the treatment of chronic non-cancer pain – a review / A. Miller, J. Rabe-Jablonska // Psychiatr Pol. – 2005. – Vol. 39 (1). – P. 21-32.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ СТРАДАЮТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

А. Ю. ВАСИЛЬЕВА, Н. И. КИРИЧЕНКО

В статье представлены данные о эмоциональных нарушениях у женщин, страдающих злокачественными новообразованиями органов репродуктивной сферы, а также направления и методы психофармако- и психотерапевтической коррекции эмоциональных нарушений в комплексе реабилитационных мероприятий. Оценена эффективность разработанной системы психокоррекции не психотических психических расстройств женщин с опухолями репродуктивной сферы.

Ключевые слова: женщины, злокачественные новообразования, репродуктивная сфера, эмоциональные нарушения, психокоррекционные мероприятия

EFFICIENCY OF CORRECTION OF EMOTIONAL DISORDERS IN WOMEN SUFFERING FROM MALIGNANT TUMORS OF REPRODUCTIVE SYSTEM

A. VASYLYEVA, N. KYRYCHENKO

The article presents data about emotional disturbances in female patients, suffering from cancer of reproductive system. Directions and methods of psychopharmaco-and psychotherapeutic correction of emotional condition in the rehabilitation complex for female patients, suffering from malignant tumors of reproductive system. The efficiency of the developed system psychocorrection of nonpsychotic mental disorders of women with tumors of reproductive system.

Key words: female patients, cancer, reproductive system, rehabilitation

УДК 615.895.8

В. А. Вербенко, Г. Н. Вербенко ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет
им. С. И. Георгиевского»

Ключевые слова: нейрокогнитивные нарушения, аффективные расстройства

Приведено теоретическое обоснование принципов формирования нейрокогнитивных нарушений при расстройствах аффективного спектра. Расширенный обзор литературы демонстрирует наличие нейрокогнитивных дисфункций разной степени выраженности при расстройствах аффективного спектра. Отмечено, что остаются недостаточно изученными особенности реагирования данных нарушений на терапию антидепрессантами и стабилизаторами настроения. Подчеркнута значимость использования нейropsychологических методов диагностики для определения специфической структуры нейрокогнитивных расстройств в зависимости от нозологии и оценки динамики нейрокогнитивных нарушений в процессе терапии расстройств аффективного спектра.

Современное состояние нейронаук характеризуется взаимодействиями между нейropsychологией, психиатрией, нейрофизиологией с все более широким применением методов нейровизуализации в изучении расстройств аффективного спектра. В сочетании с нейровизуализационными методами, нейropsychология и психиатрия вносят значимый вклад в изучение патогенеза морфо-функциональных мозговых механизмов формирования симптомов нарушений настроения. В последние годы в работах исследователей [1–4] стали общепринятыми такие понятия, как «нейрокогнитивные нарушения» (neurocognitive defects) и «нейрокогнитивные заболевания» (neurocognitive disorders). Термин «нейрокогнитивные нарушения» подчеркивает

- major diseases oncological location. Tue. scientific. May. / Ed. prof. EP Kulikova. – Ryazan: Uzoroche, 2006. – P.182-184.
5. Sukegawa A. Post-traumatic stress disorder in patients with gynecologic cancers / A. Sukegawa, E. Miyagi, R. Suzuki // J. Obstet. Gynecol. Res. – 2006. – Vol. 32, N 3. – P. 349-353.
 6. Smulevich AB Psychological disorders in oncology (the results of multicentral program «synthesis») / AB Smulevich, A. Andryushchenko, DA Beskov // Psychologica total disorders in medicine. – 2009. – № 1. – P.4-11.
 7. Andrykovski M. Affective, cognitive and behavioral response to an abnormal ovarian cancer screening test result: a longitudinal case control study / M. Andrykovski, E. J.Pavlik // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – Vol. 151. – P. 65.
 8. Ell K. Cancer treatment adherence among low-income women with breast or gynecologic cancer: a randomized controlled trial of patient navigation / K. Ell, B. Vourlekis, B. Xie, F. R. Nedjat-Haiem et al. // Cancer. – 2009. – Vol. 115 (19). – P. 4606-4615.
 9. Küchler Th. Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial / Th. Küchler [et. al.] // Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. – 2007. – Vol. 25. – P. 2702-2708.
 10. Kharchenko EN Complex therapy psychopathological disorders in oncological patients in rates with the different types of surgical intervention / EN Kharchenko, A. Chaban, SG Buhaytsov // History of Psychiatry. – 2002. – № 3. – S. 158-163.
 11. Montgomery S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // Br. J. Psychiatry. – 1979. – Vol. 134.
 12. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // Br. J. Med. Psychol. – 1959. – Vol. 32. – P. 50-55.
 13. Lyakh JE, Gur'yanov VG Khomenko VN, Panchenko AA Fundamentals of computer byostatystyky. Analysis of information in biology, medicine and pharmacy statistic package MedStat. – D.: Papakytsa EK, 2006. – 214 s.
 14. Psychotherapy in Medicine (Klynycheskoe MANUAL) / [B. V. Mikhailov, AI Serdyuk, VA Fedoseev]. – Kharkov, 2002. – 108 p. Ermakov NB
 15. Treatment pain syndrome in practice onkolohycheskoy / NB Ermakov, E.. A. Zhavryd // Recipe. – 2001. – Vol. 17 (3). – P. 40-45.
 16. Miller A. The effectiveness of antidepressants in the treatment of chronic non-cancer pain – a review / A. Miller, J. Rabe-Jablonska // Psychiatr Pol. – 2005. – Vol. 39 (1). – P. 21-32.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ СТРАДАЮТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

А. Ю. ВАСИЛЬЕВА, Н. И. КИРИЧЕНКО

В статье представлены данные о эмоциональных нарушениях у женщин, страдающих злокачественными новообразованиями органов репродуктивной сферы, а также направления и методы психофармако- и психотерапевтической коррекции эмоциональных нарушений в комплексе реабилитационных мероприятий. Оценена эффективность разработанной системы психокоррекции непсихотических психических расстройств женщин с опухолями репродуктивной сферы.

Ключевые слова: женщины, злокачественные новообразования, репродуктивная сфера, эмоциональные нарушения, психокоррекционные мероприятия

EFFICIENCY OF CORRECTION OF EMOTIONAL DISORDERS IN WOMEN SUFFERING FROM MALIGNANT TUMORS OF REPRODUCTIVE SYSTEM

A. VASYLYEVA, N. KYRYCHENKO

The article presents data about emotional disturbances in female patients, suffering from cancer of reproductive system. Directions and methods of psychopharmaco-and psychotherapeutic correction of emotional condition in the rehabilitation complex for female patients, suffering from malignant tumors of reproductive system. The efficiency of the developed system psychocorrection of nonpsychotic mental disorders of women with tumors of reproductive system.

Key words: female patients, cancer, reproductive system, rehabilitation

УДК 615.895.8

В. А. Вербенко, Г. Н. Вербенко ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет
им. С. И. Георгиевского»

Ключевые слова: нейрокогнитивные нарушения, аффективные расстройства

Приведено теоретическое обоснование принципов формирования нейрокогнитивных нарушений при расстройствах аффективного спектра. Расширенный обзор литературы демонстрирует наличие нейрокогнитивных дисфункций разной степени выраженности при расстройствах аффективного спектра. Отмечено, что остаются недостаточно изученными особенности реагирования данных нарушений на терапию антидепрессантами и стабилизаторами настроения. Подчеркнута значимость использования нейropsychологических методов диагностики для определения специфической структуры нейрокогнитивных расстройств в зависимости от нозологии и оценки динамики нейрокогнитивных нарушений в процессе терапии расстройств аффективного спектра.

Современное состояние нейронаук характеризуется взаимодействиями между нейropsychологией, психиатрией, нейрофизиологией с все более широким применением методов нейровизуализации в изучении расстройств аффективного спектра. В сочетании с нейровизуализационными методами, нейropsychология и психиатрия вносят значимый вклад в изучение патогенеза морфо-функциональных мозговых механизмов формирования симптомов нарушений настроения. В последние годы в работах исследователей [1–4] стали общепринятыми такие понятия, как «нейрокогнитивные нарушения» (neurocognitive defects) и «нейрокогнитивные заболевания» (neurocognitive disorders). Термин «нейрокогнитивные нарушения» подчеркивает

зависимость расстройств когнитивных процессов от состояния их морфо-функционального мозгового субстрата. Словосочетание «нейрокогнитивные заболевания» стало применяться не только к расстройствам неврологического, но и психического спектра, при которых одним из ведущих синдромов оказывается нарушение познавательных процессов больного (болезнь Альцгеймера, сенильная деменция, шизофрения, биполярное аффективное расстройство и др.).

Формирование нейрокогнитивных нарушений при расстройствах аффективного спектра прежде всего связано с церебральным базисом эмоционально-когнитивной сферы, куда включены подкорковые структуры головного мозга, их взаимосвязи с корой головного мозга, правополушарные лимбико-кортикальные системы, передние отделы головного мозга. Следует отметить, что огромную роль в регуляции эмоциональных процессов играет гипоталамо-гипофизарная система. Функции гипоталамуса заключаются в рецепции внутренних биологических процессов, интеграции моторных, вегетативных и эндокринных паттернов поведения, при непосредственном участии структур переднего мозга [5–7]. Гипоталамус обеспечивает базисные биологические процессы, которые активизируют мозг, вызывая перестройку деятельности лимбических структур и передних отделов неокортекса [7–8]. С точки зрения эволюционного подхода, эмоциональный тон ощущений, выражающийся в чувстве дискомфорта или удовлетворенности и др., является основой формирования познавательных потребностей [9]. Следует отметить, что аффективные (эмоциональные) реакции остаются сохранными при разрушении у животных неокортекса, в отличие от структур лимбической системы [10]. Учитывая данные факты, высказывается точка зрения, что и у животных, и у человека как собственно продукция и субъективное переживание основных эмоций, так и развитие «сенсорно-аффективного» самосознания, определяется прежде всего деятельностью мезэнцефалических и лимбических подкорковых структур и, уже опосредованно, связанных с ними структур неокортекса [7]. Основными компонентами лимбической системы, играющими непосредственную роль в эмоционально-когнитивной деятельности являются: хабенуло-интерпедункулярный комплекс, гиппокампальная система и миндалевидный комплекс. Функции хабенуло-интерпедункулярного комплекса в настоящее время исследованы недостаточно, однако, деятельность именно структур хабенуло-интерпедункулярного комплекса наиболее тесно связана с формированием собственно эмоций, как особых субъективных психических феноменов. Данный комплекс тесно связан с другими подкорковыми структурами [11] где осуществляется как рецепция тех или иных мотивационно и эмоционально-значимых гомеостатических показателей, и нейрохимическими регуляторными системами [12], что объясняет эффективность фармакологических средств при лечении аффективных расстройств. Полушарная асимметрия проекций комплекса сопоставима с полушарной «эмоциональной»

асимметрией головного мозга. [7; 13]. Гиппокампальная система [14–15], ответственна прежде всего за регуляцию сохранения в долговременной памяти и извлечении из нее под влиянием эмоционально-значимых реакций, следов ситуаций и событий, имеющих значение для организации целенаправленного поведения [16]. Миндалевидный комплекс связан афферентными и эфферентными волокнами как с различными подкорковыми структурами, так и с неокортикальными зонами. Среди эмоционально-мотивационных функций миндалин чрезвычайно важное место занимают анализ и оценка эмоционально-ассоциированных сенсорных образов. На это указывает то, что активность единичных нейронов в миндалине у животных может строго селективно зависеть от эмоциональной и мотивационной значимости появляющихся в поле их зрения стимулов [17–20]. Современные исследования с использованием методов нейровизуализации (ПЭТ, МРТ), дают основание предполагать, что передние структуры височной доли (миндалины, гиппокамп и височные области) ответственны прежде всего за «оценочную процедуру» (evaluation procedure), которая определяет оценку эмоциональной значимости экстрацептивных сенсорных стимулов [21]. Таким образом, миндалевидный комплекс может рассматриваться в качестве одной из главных структур эмоционально-когнитивной системы. Миндалины, во-первых, получают и «эмоционально» анализируют поступающую, в частности, из височно-теменной коры сенсорную информацию об окружающем мире, сопоставляет ее с мотивационным возбуждением из гипоталамуса, а также воздействует на гиппокамп, который регулирует сохранение в долговременной памяти и извлечение из нее данных, необходимых для текущего «эмоционального» анализа. Миндалины инициируют организацию адекватного имеющейся ситуации поведения в лобно-центральных регионах головного мозга и, посредством влияния на гипоталамус и вегетативную нервную систему, создает этому поведению соответствующее гормональное и нейровегетативное обеспечение [22].

Следует подчеркнуть, что функции правого полушария доминантны как в отношении перцепции и когнитивного анализа «невербальной» личностно- и эмоционально-ассоциированной сенсорной информации, так и в отношении организации и регуляции эмоциональной экспрессии, причем независимо от знака соответствующей эмоции. Правое полушарие ответственно как за восприятие эмоциональной мимики, эмоциональной окраски голоса и их когнитивный анализ, [23–24] так и за доминантность в регуляции мимической экспрессии [25–27]. Об этом свидетельствуют результаты наблюдений за больными с поражением правого полушария, у которых были больше нарушены процессы опознания эмоциональной мимики и прозодических компонентов речи, а также мимическая и вербальная эмоциональная экспрессия [8]. Кроме этого, правое полушарие в большей степени ответственно за опознание персональных характеристик лиц, голосов и др. Правое полушарие доминантно при перцепции и когнитивном анализе

отрицательной эмоционально-ассоциированной сенсорной информации. Это показано в отношении отрицательной эмоциональной мимики [28] и визуальных отрицательных эмоциональных стимулов. Соответственно, повреждение правого полушария больше нарушает оценку отрицательной эмоциональной мимики [29]. Активация правого полушария усиливает отрицательную эмоциональную окраску голоса, а его инактивация сопровождается положительными эмоциями [8]. Левое полушарие, напротив, лучше оценивает положительную эмоциональную мимику, более активировано при оценке положительной эмоциональной мимики [30], при восприятии приятных визуальных стимулов, при индуцированных положительных эмоциях [8]. Таким образом, правое полушарие в большей степени связано с перцепцией, когнитивным анализом и выражением эмоциональной экспрессии, независимо от знака эмоции [31]. Преимущественная переработка эмоционально-ассоциированной сенсорной информации (мимической, прозодической и т. п.) и регуляция эмоциональной экспрессии в правом полушарии обусловлены не только тем, что данные сенсорные или моторно-двигательные паттерны связаны именно с эмоциями, но и тем, что правое полушарие преимущественно специализировано на тех способах обработки информации, с помощью которых в основном анализируется и организуется эмоциональная экспрессия [32]. Однако вопрос о том, в чем заключаются принципиальные различия этих способов переработки информации в левом и правом полушариях головного мозга, не достаточно изучены. Современная нейрофизиология все еще далека от понимания причин и механизмов специализации полушарий [33–34]. В настоящее время наиболее перспективными являются представления о том, что в левом полушарии более развиты нейрофункциональные системы, обеспечивающие перцепцию и когнитивный анализ «типичного», «общего», «абстрактного» в сенсорных образах, а в правом полушарии – «комплементарные» процессы выделения и когнитивного анализа «особенного», «индивидуального» и «конкретного»; большей развитости в левом полушарии нейрофизиологических систем, обеспечивающих формирование «обычных», «типичных», а в правом полушарии – «особых», «индивидуальных» поведенческих паттернов [35].

Данные особенности объясняются механизмами формирования у человека в филогенезе и онтогенезе доминантности левого или правого полушарий в отношении ряда аспектов психической деятельности [36]. Например, процессов обработки вербальной или невербальной информации, рационального или интуитивного мышления, сознательного или бессознательного, эмоций, речи, особенностей личности и т. д. [37–41]. Следовательно, процессы формирования базисных, эволюционно более древних эмоций, являются функцией срединных подкорковых структур лимбической системы, а полушария, возможно, ответственны прежде всего за восприятие и когнитивный анализ эмоционально-ассоциированных сенсорных образов. Деятельность

полушарных лимбико-кортикальных систем, разделенных на лимбическом (миндалина, гиппокамп) и связанных на корковом уровне, обеспечивает восприятие и анализ позитивно-ассоциированных сенсорных стимулов преимущественно в левом полушарии (что может опосредованно инициировать положительные эмоции), а анализ негативно-ассоциированных сенсорных образов – в правом (что, соответственно, может приводить к инициации отрицательных эмоциональных реакций и состояний) [42]. Помимо связи собственно эмоциональных процессов с правым и левым полушариями необходимо остановиться и на возможной связи полушарий с когнитивными процессами или с тем, что в теории функциональных систем соотносится со стадией принятия решений [43–45], т. е. с процессами, благодаря которым на основе имеющихся потребностей, когнитивного анализа, эмоциональных оценок наличной ситуации и возможностей организации деятельности (т. е. таких компонентов предшествующей стадии афферентного синтеза, как мотивация, накопленный опыт, обстановочная сигнализация и пусковые стимулы) в лобных зонах коры головного мозга формируются адекватные поведенческие паттерны, или иначе, определенная «линия поведения» [46; 47]. Данные об полорольных отличиях аспектов функционирования эмоционально-мотивационных систем пока немногочисленны, однако чрезвычайно интересны [48]. Выявлены сравнительно большая развитость в обоих полушариях (и меньшая латерализованность) у мужчин лобно-центральных (связанных преимущественно с корковым уровнем регуляции моторно-двигательных процессов), а у женщин – височно-теменных нейронных систем (отвечающих в основном за когнитивный анализ сенсорной информации) [49; 50]. Раннее органическое поражение головного мозга, приводящее к формированию дизонтогенетических нарушений, может (при наличии определенной генетической предрасположенности) затрагивать не только корковые, но и подкорковые нейронные структуры [51]. Существует точка зрения, что в патофизиологических механизмах таких нарушений на подкорковом уровне могли бы иметь существенное значение дисфункциональные изменения нейрохимических регуляторных систем [52]. Скопления нейронов, продуцирующих нейротрансмиттеры, узко локализованы [53]. Нервные клетки, синтезирующие серотонин, расположены в ядрах шва продолговатого мозга, норадренергические нейроны – в области голубого пятна, дофамин-продуцирующие клетки – в черной субстанции и мезолимбической области. Однако аксональные проекции этих нейронов широко распространены в мозге. Это обуславливает возникающие при нарушении деятельности данных нейронных систем изменения функционального состояния широкого круга мозговых структур. В контексте данной работы представляет особый интерес тот факт, что обильные серотонинергические проекции из дорзальных ядер шва получает, в частности, и стриатум. Одной из основных функций стриатума, является организация сложных паттернов

автоматизированных действий, нередко филогенетически древних по своему генезу [54]. Гиперактивационные или дисфункциональные изменения в нейрональной системе «базальные ганглии – лобные доли», патогенез которых во многом обусловлен нарушениями серотонинергических и норадренергических регуляторных механизмов мозга приводят к нарушениям эмоционально-когнитивной сферы в целом. Следовательно, у лиц с аффективной патологией имеется патофизиологический нейрональный базис для поэтапного формирования устойчивой «патологической системы». Однако нейрофизиологические механизмы функционирования такой системы могут быть связаны не столько с наличием спонтанно активирующегося «генератора патологически усиленного возбуждения» в головном мозге, сколько со снижением степени автономности деятельности височно-париетальных нейрональных систем разных полушарий и уменьшением относительной независимости протекания комплементарных по отношению друг к другу «лево-» и «правополушарных» нейропсихических процессов. Это, в свою очередь, может затруднять адекватное ситуационно-обусловленное «переключение» с «правополушарной» на «левополушарную» (и обратно) когнитивную, эмоциональную деятельность (т. е., снижать пластичность нейропсихических процессов). Кроме того, гиперактивация правого полушария может при определенных условиях на уровне «базисных» мотивационных процессов способствовать превалированию стремления «избежать» или «избавиться» от эмоционально-отрицательных состояний, а на когнитивном уровне – к созданию моделей «избегания».

На основе анализа литературных данных можно предложить следующую концепцию нейрофизиологических механизмов формирования депрессивных расстройств: раннее (резидуальное) функционально-органическое поражение головного мозга сопровождается структурно-функциональными нарушениями в подкорковых и корковых нейрональных сетях головного мозга. Морфофункциональные нарушения в подкорковых структурах при рассматриваемых вариантах раннего функционально-органического поражения головного мозга могут касаться как гипоталамуса и миндалевидного комплекса, так и базальных ганглиев. Патофизиологические сдвиги в деятельности данных подкорковых образований, по всей видимости, имеют как постоянные, так и циклические составляющие. Некоторые варианты данных нарушений могут являться церебральными (патофизиологическими) факторами предрасположенности к возникновению расстройств аффективного (эмоционального) спектра. Кроме церебральных факторов, для формирования депрессивного типа реагирования необходимо сочетание особенностей онтогенеза, социальных факторов, наличия психотравмирующих и стрессовых ситуаций.

Дисфункция структур базальных ганглиев и связанных с ними нейрональных сетей передних лобных отделов в то же время может быть следствием патологических изменений в церебральных нейрхимических

(серотонинергической, норадренергической ГАМК) системах, регулирующих деятельность этих подкорковых и корковых структур мозга. Патогенез нейрхимических сдвигов, по всей видимости, обусловлен сочетанием определенных вариантов раннего функционально-органического поражения головного мозга с индивидуальной генетической предрасположенностью к возникновению изменений на нейрхимическом уровне. Анализ литературных данных позволяет предположить, что изменения в подкорково-корковых и полушарных системах могут определять некоторые особенности «базисных» (биологически обусловленных) черт личности и характеристик протекания эмоциональных и когнитивных процессов [55].

Уменьшение относительной автономности деятельности корковых нейрональных систем вероятно, создает патофизиологический базис для снижения пластичности нейропсихических процессов у лиц с аффективными (преимущественно депрессивными) расстройствами. Функциональные нарушения межполушарного взаимодействия, компенсаторная дисфункциональная гиперактивация правого полушария (и/или гипоактивация левого) могут обуславливать сдвиги в когнитивной, эмоциональной и мотивационной сферах психики [8].

Нейрофизиологическая интерпретация когнитивных нарушений при аффективной патологии может быть основана на данных исследований вызванных потенциалов при оценке лицевой экспрессии у больных аффективными расстройствами. Как было упомянуто выше, распознавание лицевой экспрессии является прерогативой преимущественно правого полушария головного мозга. В то же время, функциональное состояние лобных отделов коры, являющихся высшим интегративным центром мозга, во многом определяет результативность данной деятельности [8]. Процессы обобщенной оценки многих внешних и внутренних составляющих, на основании которых принимается решение об образе, отражаются в характеристиках позитивности P250 [56; 57]. Наблюдавшееся у больных расстройствами депрессивного спектра, укорочение латентности этой волны в ВП (вызванных потенциалов) лобных отделов может свидетельствовать о недостаточности у них этапа анализа первичной информации, в результате чего может ухудшаться опознание лиц и эмоциональной экспрессии [57; 58]. Ряд авторов обнаружили значительные дисфункции правого полушария и нарушения распознавания эмоций при эндогенных депрессиях [59]. Среди полученных результатов, свидетельствующих об ухудшении опознания эмоций по лицевой экспрессии у больных эндогенными депрессиями [60; 61], наиболее существенными представляются следующие. У больных депрессией обнаружено увеличение латентностей волн P150 и N180 в нижневисочной коре, нейроны которой обладают «детекторными» свойствами [62]. Эти данные свидетельствуют о замедлении при депрессиях процесса первичного анализа зрительной информации и могут рассматриваться как одна из причин установленного у них нарушенного опознания эмоций, тем более что

сходные результаты были получены ранее одним из нас при исследовании ошибочного опознания эмоций здоровыми испытуемыми [63; 59]. Данные, полученные рядом авторов, свидетельствуют о разном изменении характера межполушарных отношений на уровне лобно-центральных отделов коры у больных биполярными и депрессивными расстройствами [63; 59]. Как отмечалось, одним из условий правильного опознания эмоции является последовательная активация передних отделов коры с возникновением первичного фокуса в правом полушарии и последующим вовлечением зон левого, характеризующаяся высоким уровнем синхронности в протекании процессов в симметричных точках коры [64]. Для больных маниакально-депрессивным психозом характерно относительное доминирование активности правого полушария, тогда как при депрессии преобладает активность левого полушария и в обеих группах больных отсутствует этап «перемещения» фокуса активности в симметричное полушарие. Эти различия в характере межполушарной асимметрии, несомненно, связаны с разной нозологической природой депрессивного синдрома изученных больных, согласуясь с представлениями о нарушении деятельности преимущественно правого полушария при биполярном расстройстве и левого, при эндогенной депрессии, а также ухудшении межполушарного взаимодействия при обоих заболеваниях [65–67]. Эти результаты объясняют ранее выявленный дефицит опознания эмоций при проекции стимулов в правое полушарие у больных биполярным расстройством и в левое у больных эндогенными депрессиями [59]. С точки зрения авторов, у больных эндогенной депрессией дефицит опознания эмоций по лицевой экспрессии связан с нарушениями разных этапов анализа зрительной информации. При этом изменения ВП в зрительной коре и специализированной для обработки информации о лице нижневисочной области не обладают нозологической специфичностью и свидетельствуют о нарушениях на этом уровне как более ранних, так и сравнительно поздних этапов обработки информации. В переднецентральных областях коры нарушены только сравнительно поздние этапы анализа, связанные с классификацией и принятием решения об образе. Характер этих нарушений ВП зависит от нозологической принадлежности депрессивного синдрома.

Психологическая интерпретация когнитивных процессов, основанная на анализе теоретических концепций, рассматривает когнитивные нарушения при аффективной патологии как дисбаланс между сохранностью формальных аспектов когнитивных процессов и эмоционально-личностными компонентами в качестве психологического механизма [68]. Обзор доступной нам литературы позволяет говорить о наличии нейрокognитивных нарушений разной степени выраженности при расстройствах аффективного спектра. Однако не достаточно изучены особенности реагирования данных дисфункций на проводимую терапию антидепрессантами и стабилизаторами настроения. На наш взгляд, исследование нейрокognитивных функций при расстройствах

аффективного спектра является одним из актуальных направлений современной психиатрии. Применение нейropsychологических методов исследования открывает широкие возможности в определении специфической структуры нейрокognитивных расстройств, оценке динамики нейрокognитивных нарушений при расстройствах аффективного спектра в процессе терапии [69].

Литература:

1. Flor-Henry P., Koles L. J., Howarth B. G. et al. *Neurophysiological studies of schizophrenia, mania and depression* // *Biol Psychiat.* – 2003. – V51. – P.947-953.
2. Gruzelier, P. Flor-Henry (eds.). *Hemisphere asymmetries of function in psychopathology.* - Amsterdam: Elsevier, – 1979. – P. 189-222.
3. Addington J., Addington D. *Neurocognitive and social functioning in schizophrenia* // *Schizophr. Bull.* – 1999. – V.25, № 1. – P. 173-182.
4. Вербенко В. А. *Нейрокognитивные расстройства при шизофрении.* – Симферополь: ООО ДИАЙПИ, 2007. – 308 с.
5. Вулдридж Д. *Механизмы мозга.* – М.: Изд-во «Мир», 1965. – 345 с.
6. Доброхотова Т. А. *Нейропсихиатрия.* – М.: Издательство БИ-НОМ.- 2006.- 304 с 144.
7. Хакен Г. *Принципы работы головного мозга: Синергетический подход к активности мозга, поведению и когнитивной деятельности.* – М.: ПЕРСЭ, 2001. – 351 с.
8. Бразина Н. Н. Доброхотова Т. А. *Функциональные асимметрии человека.* – М: Медицина, 1988. – 240 с.
9. Солсо Р. *Когнитивная психология.* – СПб.: Пупер, 2002. – 592 с.
10. Fuchs A., Kelso J. A. *A theoretical hate on models of interlimb coordination* // *Journal of Experimental psychology: Human Perception and Performance.* - 1994. - V. 20. - No. 5. - P. 1088-1097.
11. Baddeley A. D., Hitch G.J. *Working memory*, in *The Psychology of Learning and Motivation* / Edited by Bower G. – San Diego, Academic Press. – 1974. – P. 47–90.
12. Cooper J. R., Bloom F. E., Roth R. H. *The biochemical basis of neuropharmacology* 7th ed. – New York Oxford University Press. – 1996. – 1286 p.
13. Moser C. U., Zeppelin I. *Cognitive-affective processes.* -Berlin:Springer.-1991.- 564p.
14. Зенков Л. Р. *Хипокампальная формация.* – В кн. Георгиев И. К., Вейн А. М. *Неврофизиология.* – София.: «Медицина и культура».-1987.-С.109-117.
15. O'Reilly R. C., Munakata Y. *Psychological function in computational models of neural networks* / *Handbook of Psychology. Vol 3: Biological Psychology.* Edited by Gallagher M., Nelson R. J., Weiner I. B. – New York.: John Wiley & Sons, 2003. – P. 637–654.
16. David A. S. *Spatial and selective attention in the cerebral hemispheres in depression, mania, and schizophrenia*//*Brain Cogn.* – 1993.- v. 23. – P. 166-180.
17. Jenkins W. M., Merzeenich M. M., Ochs M. T. et al. *Functional reorganization of primary somatosensory cortex in adult owl monkeys after behaviourally controlled tactile stimulation* // *J. Neurophysiol.* – 1990. – Vol. 63. – P. 82–104.
18. Hubel D. *Eye, brain and vision.* -N.Y. Scientific American Books. -1988.-780 p.
19. Freeman W. J. *The physiology of perception* // *Scientific American.* -1991.-V.264.-P.78-85. 20. Polich J. M. *Hemispheric differences for visual search: serial parallel processing revisited* // *Neuropsychologia.* – 1982. – Vol. 20. -P. 297-307.
20. Provencio I. *Appiled Electrophysiology* // *Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psychiatry/ editors B. J. Sadock, V. A. Sadock*–8 ed. – USA., Philadelphia, 2005. – P. 171-201.
21. Gould E. *Serotonin hippocampal neurogenesis* // *Neuropsychopharmacology.* – 1999. – Vol.21. – 46 p.
22. Geschwind N. *Specialization of the human brain* // *Sci. Am.* CCXXI. -1979. – P. 180-201.
23. Зальцман А. Г. *О роли правого и левого полушарий головного мозга в процессах лицевого гнозиса* // *Физиология человека.* – 1982. – V.8, T.1 – P.80-92.
24. Polich J. M. *Hemispheric differences for visual search: serial parallel processing revisited* // *Neuropsychologia.* – 1982. – Vol. 20. -P. 297-307.

25. Moreno C. R. et al., 1990; Christman S. D., Hackworth M.D., 1993).
26. Михайлова Е. С., Давыдов Д. В., Морзункова А. Н. Межполушарная асимметрия топографических карт зрительных вызванных потенциалов при опознании эмоциональной лицевой экспрессии // Физиология человека. – 1996. – V.22. – №5. – P.92-98.
27. Михайлова Е. С., Владимиров Т. В., Изнак А. Ф., Цуцурьковская М. Я. Распознавание эмоций больными эндогенной депрессией: Клинико-психофизиологическое исследование // Журн неврол и психиатр. – 1994. – V94. – N 5. – С. 55-60.
28. David A. S., Cutting J. A. Affect, affective disorder and schizophrenia. A neuropsychological investigation of right hemisphere function// Br. J. Psychiat. – 1990. – V.156. – P. 491-495.
29. Gur R. C., Erwin R. J., Gur R. E. et al. Facial Emotion Discrimination: II. Behavioral findings in depression// Psychiat. Res. – 1992. – V.42. – P.241-251.
30. Зальцман А. Г. О роли правого и левого полушарий головного мозга в процессах лицевого гнозиса // Физиология человека. – 1982. – V. 8. – N.1 – P. 80-92.
31. Feinberg T. E., Rifkin A., Schaffer C., Walker E. Facial discrimination and emotional recognition in schizophrenia and affective disorders. Arch. Gen. Psychiat. – 1986. – V.43. – P.276-279.
32. Springer S., Deutsch G. Left brain, right brain. – New York: W. H. Freeman & Co. – 1985. – 234 p.
33. Gaebel W., Wolwer W. Facial expression and emotional face recognition in schizophrenia and depression // Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci. – 1992. – V.242. – P. 46-52.
34. Rotenberg V.S. Funktionale Dichotomie der Gehirnhemisphären und die Bedeutung der Suchaktivität für Physiologische und Psychopathologische Prozesse / Ammon G. (Herausgeber) Handbuch der Dynamische Psychiatrie, Ernst Reinhardt Verlag. – München: Basel, Bd.- 1982. – N. 2. – P. 275-335.
35. Cutting J. The right cerebral hemisphere and psychiatric disorders. – Oxford.: Oxford University Press, 1990. – P. 23-34.
36. Springer S., Deutsch G. Left brain, right brain.- New York: W. H. Freeman & Co., 1985. – 234 p;
37. Gazzaniga M. I. Interhemispheric relationships: The neocortical commissures, syndromes of hemisphere disconnection. Handbook of Clinical Neurology. – Amsterdam, 1969. – P. 273-290.
38. Frith C. Functional imaging and cognitive abnormalities // Lancet. – 1995. – Vol.346. – P. 615-620.
39. Cutting, J. Delusional misidentification and the role of the right hemisphere in the appreciation of identity // Br. J. Psychiatry. – 1991. – Vol.159, N.14. – P. 70-75.
40. Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы. В 2 т. – М.: «Педагогика», 1970. – Т.2. – 496 с.
41. Ehrlichman M., Barret R. Right hemispheric specialization for mental imagery: a review of the evidence // Brain Cogn. – 1983. – N.2. – P. 55-76.
42. Ellis A. W., Yong A. W., Andersen Ch. Modes of word recognition in the left and right cerebral hemispheres // Brain Lang. – 1988. – V.35. – P. 274-277.
43. Анохин П. К. Системные механизмы высшей нервной деятельности. – М.: Наука, 1979. – 453 с.
44. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. – 447 с.
45. Хомская Е. Д. Изучение биологических основ психики с позиций нейропсихологии // Вопросы психологии. – 1999. – №3. – С. 27-38.
46. Марютина Т. М. Роль генотипа и среды в формировании психофизиологических механизмов переработки информации. Автореф. дис. ... д-ра психол.н. / ПАМН. – М., 1993. – 36 с.
47. Elkins H., Friedman L., Wise A. et al. Meta-analyses of studies of ventricular enlargement and cortical sulcal prominence in mood disorders // Arch. Gen. Psychiatry. – 1995. – Vol. 52 – P. 735-746.
48. Feinberg T. E., Shapiro R.M. Misidentification-reduplication and the right hemisphere // Neuropsychiatry, Neuropsychol. Behav. Neurol. – 1989. – N.2. – P.39-48.
49. Солсо Р. Л. Когнитивная психология. Пер. с англ. – М.: Тривола, 1996. – 600 с.
50. Труш В. Д. Фишман М. Н. О взаимоотношениях между полушариями в процессе онтогенетического становления функций // Проблемы нейрокибернетики. Механизмы функциональной межполушарной асимметрии мозга. – Элиста., 1985. – С.11-20.
51. Цветкова Л. С. Мозг и интеллект: Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. – М.: Педагогика, 1995. – 304 с. 48.
52. Изнак А. Ф. Нейрофизиология шизофрении./Эндогенные психические заболевания под ред. А. С. Тиганова.–2007.– Режим доступа: www.psychiatry.ru/library/lib/show.php.
53. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 496 с.
54. Величковский Б. М. Когнитивная наука: Основы психологии познания: в 2 т. – Т.2. –
55. М.: Смысл, Издат. центр «Академия», 2006. – 432 с.
56. Rubinov D. R., Post R.M. Impaired recognition of affect in facial expression in depressed patients. Biol Psychiat 1992; 31: 947-953
57. Rugg M. D., Nagy M. E. Event-related potentials and recognition memory for words// Electroenceph Clin Neurophysiol. – 1989. – V.72, N5. – P. 395- 406.
58. Михайлова Е. С., Давыдов Д. В. Зрительные вызванные потенциалы человека при опознании лицевой эмоциональной экспрессии // Журн. Высш. Нервн. Деят. и нейрофизиол. – 1998. – V.48, N 5. – P.797-806.
59. Михайлова Е. С., Цуцурьковская М. Я., Олейчик И. В. Нейрофизиологические механизмы нарушения распознавания эмоций при эндогенной депрессии // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. – N1. – С.38-43.
60. George M. S., Huggins T., McDermut W. et al. Abnormal facial emotion recognition in depression: serial testing in an ultra-rapid-cycling patient //Behav. Modif. – 1998. – V.22. – N. 2. – P.192-204.
61. Jones, B. Lateral asymmetry in testing long-term memory for faces // Cortex. – 1979. –Vol. 15. – P. 183-186.
62. Rolls E.T. Neurophysiological mechanisms underlying facial processing within and beyond the temporal cortical visual areas // Phil. Trans. R. Soc. Lond. – 1992. – V.335. – P.11-21.
63. Михайлова Е. С., Давыдов Д. В. Зрительные вызванные потенциалы человека при опознании лицевой эмоциональной экспрессии // Журн. Высш. Нервн. деят. и нейрофизиол.// – 1998. – V48. – N5. – P.797-806.
64. Михайлова Е. С., Давыдов Д. В., Морзункова А. Н. Межполушарная асимметрия топографических карт зрительных вызванных потенциалов при опознании эмоциональной лицевой экспрессии // Физиология человека. – 1996. – V.22. – N5. – P.92-98.
65. David A. S. Spatial and selective attention in the cerebral hemispheres in depression, mania, and schizophrenia// Brain. Cogn. – 1993. –V. 23. – P.166-180.
66. Feinberg T. E., Rifkin A., Schaffer C., Walker E. Facial discrimination and emotional recognition in schizophrenia and affective disorders // Arch. Gen. Psychiat. – 1986. – V.43. – P. 276-279.
67. J. Gruzelier, P. Flor-Henry (eds.). Hemisphere asymmetries of function in psychopathology. Amsterdam: Elsevier. – 1979. – P.189-222.
68. Рахманкина Е. Е. Когнитивно-аффективный стиль личности при соматизированных депрессиях: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 Москва, – 2000. – 153 с. РГБ ОД, 61:00-19/160-01.
69. Хомская Е. Д. Изучение биологических основ психики с позиций нейропсихологии // Вопросы психологии. – 1999. – №3. – С. 27-38.

ПРИНЦИПИ ФОРМУВАННЯ НЕЙРОКОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ РОЗЛАДАХ АФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

В. А. ВЕРБЕНКО, Г. М. ВЕРБЕНКО

Наведено теоретичне обґрунтування принципів формування нейрокогнітивних порушень при розладах афективного спектра. Представлено розширений огляд літератури, який продемонстрував наявність нейрокогнітивних дисфункцій різного ступеня виразки при розладах афективного спектра. Відзначено, що залишаються недостатньо вивченими особливості реагування даних порушень на терапію антидепресантами та стабілізаторами настрою. Підкреслено, що використання нейропсихологічних методів діагностики відкриває широкі можливості

для визначення специфічної структури нейрокогнітивних розладів в залежності від нозології, оцінки динаміки нейрокогнітивних порушень в процесі терапії розладів афективного спектра.

Ключові слова: нейрокогнітивні порушення, афективні розлади

PRINCIPLES OF FORMATION THE NEUROCOGNITIVE DYSFUNCTIONS IN AFFECTIVE DISORDERS

V. VERBENKO, G. VERBENKO

The theoretical principles formation the neurocognitive deficits in affective disorders were done. Literature review demonstrated presence of neurocognitive dysfunctions at the affective spectrums. Neuropsychological diagnostics will be used for identify the specific structure of neurocognitive disorders, specificity of nosology, to definition the morpho-functional basis of this conditions and effectiveness therapy for disorders affective spectrum.

Keywords: neurocognitive disorders, affective disorders

УДК: 616.874.5:616.12-056

Н. В. Горлов

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА НА ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЕГО ДИНАМИКИ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск

Ключевые слова: рекуррентное депрессивное расстройство, частота рецидивов, тяжесть эпизода

В настоящее время отмечается высокий уровень распространенности аффективных расстройств в популяции. К 2020 г. по числу потерянных лет активной жизни среди всех причин развития нетрудоспособности депрессия выйдет на второе место в мире, лишь немного уступая сердечно-сосудистым заболеваниям, в соответствии с прогнозом ВОЗ [12]. Опираясь на данные многочисленных публикаций [11], можно сказать, что риск развития депрессивного эпизода определяется 15–20% среди женщин и 6–12% у мужчин. Велика вероятность возникновения повторных эпизодов депрессии. Данные, приводимые некоторыми авторами, указывают, что рецидив после первого эпизода развивается у 60% больных, после двух эпизодов – не менее чем у 70%, а после трех – более чем в 90% случаев [10]. Таким образом, можно говорить о высокой распространенности в популяции именно рекуррентного депрессивного расстройства (РДР), которое, несмотря на возможность полноценных интермиссий, является тяжелым дезадаптирующим заболеванием [3]. Частое рецидивирование коррелирует с такими неблагоприятными фактами в течении заболевания, как увеличение длительности депрессивной фазы и формирование терапевтической резистентности, увеличение риска развития суицидов и соматической патологии, когнитивные нарушения и атрофические изменения гиппокампа [1; 5; 7]. Существуют данные, свидетельствующие о высокой частоте патологических телесных ощущений в структуре аффективных расстройств, в том числе и РДР [1; 6], что также способствует усугублению дезадаптации. В литературе достаточно часто встречаются указания на клиническое многообразие и полиморфизм этиопатологических механизмов депрессивных расстройств у людей разных возрастов [4]. Невелико количество работ, посвященных установлению биологических основ РДР [8]. Одна из базисных теорий, касающихся возможного нейробиологического субстрата данной патологии, пытается объяснить необычный хронологический паттерн и прогрессивный характер течения данного расстройства

с помощью киндлинг-гипотезы. Существуют данные о влиянии психологических, поведенческих, физиологических и гормональных ритмов на циклические закономерности аффективных расстройств [9]. Средний возраст начала первого эпизода РДР согласно ICD-10 [2] – пятое десятилетие жизни. Однако существуют данные как о более раннем (20–40 лет) так и о более позднем (50–60 лет) начале данного заболевания. В свете прогнозирования развития РДР, определенный интерес представляет изучение его особенностей в разных возрастных группах.

Цель исследования: определение частоты рецидивов РДР и их особенностей в зависимости от возраста начала первого эпизода.

Материалы и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование 96 стационарных и амбулаторных пациентов в возрасте от 20 до 65 лет с диагнозом по МКБ-10: рекуррентное депрессивное расстройство (F33). За последний год до момента обследования у пациентов наблюдалось не менее 3 депрессивных фаз с учетом текущего эпизода. Профилактика рецидивов в период интермиссий осуществлялась препаратами из группы СИОЗС. Критериями исключения были: наличие декомпенсированных органических заболеваний ЦНС, данные об употреблении ПАВ в период между эпизодами и во время них, наличие тяжелой декомпенсированной соматической патологии. Каждый пациент проходил комплекс обследований дважды – во время двух последовательных депрессивных эпизодов. При этом интервал между ними не превышал 18 месяцев.

Исследование включало в себя ретроспективное изучение анамнеза пациента по данным медицинской документации, клинико-психопатологическое обследование, обследование пациентов по шкале Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS) с целью определения тяжести каждого эпизода депрессии, оценку качества жизни пациентов при помощи русскоязычной версии опросника SF-36 по восьми шкалам: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль,

для визначення специфічної структури нейрокогнітивних розладів в залежності від нозології, оцінки динаміки нейрокогнітивних порушень в процесі терапії розладів афективного спектра.

Ключові слова: нейрокогнітивні порушення, афективні розлади

PRINCIPLES OF FORMATION THE NEUROCOGNITIVE DYSFUNCTIONS IN AFFECTIVE DISORDERS

V. VERBENKO, G. VERBENKO

The theoretical principles formation the neurocognitive deficits in affective disorders were done. Literature review demonstrated presence of neurocognitive dysfunctions at the affective spectrums. Neuropsychological diagnostics will be used for identify the specific structure of neurocognitive disorders, specificity of nosology, to definition the morpho-functional basis of this conditions and effectiveness therapy for disorders affective spectrum.

Keywords: neurocognitive disorders, affective disorders

УДК: 616.874.5:616.12-056

Н. В. Горлов

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА НА ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЕГО ДИНАМИКИ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск

Ключевые слова: рекуррентное депрессивное расстройство, частота рецидивов, тяжесть эпизода

В настоящее время отмечается высокий уровень распространенности аффективных расстройств в популяции. К 2020 г. по числу потерянных лет активной жизни среди всех причин развития нетрудоспособности депрессия выйдет на второе место в мире, лишь немного уступая сердечно-сосудистым заболеваниям, в соответствии с прогнозом ВОЗ [12]. Опираясь на данные многочисленных публикаций [11], можно сказать, что риск развития депрессивного эпизода определяется 15–20% среди женщин и 6–12% у мужчин. Велика вероятность возникновения повторных эпизодов депрессии. Данные, приводимые некоторыми авторами, указывают, что рецидив после первого эпизода развивается у 60% больных, после двух эпизодов – не менее чем у 70%, а после трех – более чем в 90% случаев [10]. Таким образом, можно говорить о высокой распространенности в популяции именно рекуррентного депрессивного расстройства (РДР), которое, несмотря на возможность полноценных интермиссий, является тяжелым дезадаптирующим заболеванием [3]. Частое рецидивирование коррелирует с такими неблагоприятными фактами в течении заболевания, как увеличение длительности депрессивной фазы и формирование терапевтической резистентности, увеличение риска развития суицидов и соматической патологии, когнитивные нарушения и атрофические изменения гиппокампа [1; 5; 7]. Существуют данные, свидетельствующие о высокой частоте патологических телесных ощущений в структуре аффективных расстройств, в том числе и РДР [1; 6], что также способствует усугублению дезадаптации. В литературе достаточно часто встречаются указания на клиническое многообразие и полиморфизм этиопатологических механизмов депрессивных расстройств у людей разных возрастов [4]. Невелико количество работ, посвященных установлению биологических основ РДР [8]. Одна из базисных теорий, касающихся возможного нейробиологического субстрата данной патологии, пытается объяснить необычный хронологический паттерн и прогрессивный характер течения данного расстройства

с помощью киндлинг-гипотезы. Существуют данные о влиянии психологических, поведенческих, физиологических и гормональных ритмов на циклические закономерности аффективных расстройств [9]. Средний возраст начала первого эпизода РДР согласно ICD-10 [2] – пятое десятилетие жизни. Однако существуют данные как о более раннем (20–40 лет) так и о более позднем (50–60 лет) начале данного заболевания. В свете прогнозирования развития РДР, определенный интерес представляет изучение его особенностей в разных возрастных группах.

Цель исследования: определение частоты рецидивов РДР и их особенностей в зависимости от возраста начала первого эпизода.

Материалы и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование 96 стационарных и амбулаторных пациентов в возрасте от 20 до 65 лет с диагнозом по МКБ-10: рекуррентное депрессивное расстройство (F33). За последний год до момента обследования у пациентов наблюдалось не менее 3 депрессивных фаз с учетом текущего эпизода. Профилактика рецидивов в период интермиссий осуществлялась препаратами из группы СИОЗС. Критериями исключения были: наличие декомпенсированных органических заболеваний ЦНС, данные об употреблении ПАВ в период между эпизодами и во время них, наличие тяжелой декомпенсированной соматической патологии. Каждый пациент проходил комплекс обследований дважды – во время двух последовательных депрессивных эпизодов. При этом интервал между ними не превышал 18 месяцев.

Исследование включало в себя ретроспективное изучение анамнеза пациента по данным медицинской документации, клинико-психопатологическое обследование, обследование пациентов по шкале Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS) с целью определения тяжести каждого эпизода депрессии, оценку качества жизни пациентов при помощи русскоязычной версии опросника SF-36 по восьми шкалам: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль,

общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье, формирующим два показателя: душевное и физическое благополучие, а также выявление конституциональной тревожности и ситуационной тревоги с помощью шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A). Статистические расчёты проводились на персональной вычислительной машине при помощи статистических программ пакета STATISTICA 8.0 USA.

При этом пациенты были разделены на 3 группы, исходя из возраста начала первого депрессивного эпизода: группа 1 – от 20 до 40 лет (26 человек – 16 женщин и 10 мужчин), группа 2 – от 40 до 50 лет (42 человека – 26 женщин и 16 мужчин) и группа 3 – от 50 до 65 лет (28 человек – 18 женщин и 10 мужчин).

Результаты и обсуждение.

В группе 1 средняя продолжительность промежутка между исследуемыми рецидивами составила $9,2 \pm 1,2$ месяца ($p < 0.05$). Основные результаты исследований представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, второй последовательный эпизод РДР у пациентов данной группы характеризовался нарастанием тяжести депрессии при относительно стабильном уровне тревоги. При этом более всего выросла распространенность тяжелой формы эпизода, которая преобладала на момент исследования второго эпизода, за счет снижения числа пациентов с легкой и средней его формой.

В группе 2 средняя продолжительность промежутка между исследуемыми рецидивами составила $12,6 \pm 1,4$

месяца ($p < 0.05$). Основные результаты исследований представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, второй последовательный эпизод РДР у пациентов данной группы также характеризовался нарастанием тяжести депрессии, однако имел некоторые особенности. Нарастание тяжести было менее выраженным, чем в 1 группе. Выросла распространенность как тяжелой, так и средней формы эпизода за счет снижения числа пациентов с легкой его формой. В обоих эпизодах преобладала средняя степень тяжести. Уровень тревоги незначительно отличался между исследуемыми эпизодами, однако достоверно превышал таковой у пациентов 1 группы.

В группе 3 средняя продолжительность промежутка между исследуемыми рецидивами составила $14,1 \pm 1,8$ месяца ($p < 0.05$). Основные результаты исследований представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, течение РДР у пациентов данной группы характеризовалось относительной стабильностью распространенности тяжелой формы эпизода, а также нарастанием средней его формы за счет легкой. При этом также преобладала средняя форма, однако тяжелая форма встречалась достоверно реже, чем во второй группе. Уровень тревоги незначительно отличался между исследуемыми эпизодами, и был достоверно ниже, чем у пациентов 1 и 2 групп.

Выводы:

В ходе исследования было установлено, что динамика изменения тяжести эпизодов в составе РДР более выражена у пациентов с более ранним началом первого

Таблица 1

Особенности течения РДР у пациентов 1 группы

	Распространенность форм РДР по степени тяжести						Встречаемость отрицательной динамики компонентов здоровья, по данным SF-36 (p<0.1)		Средний уровень тревоги по шкале HAM-A
	Легкая (16-25 баллов по MADRS)		Средняя (26-30 баллов по MADRS)		Тяжелая (>30 баллов по MADRS)				
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс.	%	
I исследуемый эпизод	6	23,0	8	30,8	12	46,2	18	69,2	26±4
II исследуемый эпизод	4	15,4	6	23,1	16	61,5			27±3

Таблица 2

Особенности течения РДР у пациентов 2 группы

	Распространенность форм РДР по степени тяжести						Встречаемость отрицательной динамики компонентов здоровья, по данным SF-36 (p<0.1)		Средний уровень тревоги по шкале HAM-A
	Легкая (16-25 баллов по MADRS)		Средняя (26-30 баллов по MADRS)		Тяжелая (>30 баллов по MADRS)				
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс.	%	
I исследуемый эпизод	12	28,6	20	47,6	10	23,8	22	52,3	32 ± 6
II исследуемый эпизод	8	19,0	22	52,4	12	28,6			31 ± 5

Таблиця 3

Особенности течения РДР у пациентов 3 группы

	Распространенность форм РДР по степени тяжести						Встречаемость отрицательной динамики компонентов здоровья, по данным SF-36 (p<0.1)		Средний уровень тревоги по шкале HAM-A
	Легкая (16-25 баллов по MADRS)		Средняя (26-30 баллов по MADRS)		Тяжелая (>30 баллов по MADRS)				
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс.	%	
I исследуемый эпизод	13	46,4	9	32,1	6	21,5	10	35,7	24 ± 4
II исследуемый эпизод	10	35,7	12	42,8	6	21,5			25 ± 3

эпизода относительно пациентов с более поздним его началом.

Продолжительность периодов между рецидивами рекуррентного депрессивного расстройства зависит от возраста начала первого эпизода и имеет тенденцию к возрастанию с повышением этого возраста.

Отрицательная динамика показателей психического и физического компонентов здоровья более характерна для пациентов с более ранним началом первого депрессивного эпизода в составе РДР относительно пациентов с более поздним его началом.

Степень тяжести эпизодов в составе РДР у пациентов с более ранним началом первого эпизода более высока относительно пациентов с более поздним его началом.

Уровень конституциональной тревожности и ситуационной тревоги в структуре эпизодов РДР имеет не резко выраженную тенденцию к повышению до возраста 40-50 лет, затем вновь снижаясь.

Литература:

1. Бобров А. С., Петрунько О. В., Иванова Л. А. Депрессия с патологическими телесными ощущениями // Журн. неврол. и психиат. им. С. С. Корсакова. – 2008; №4: 24–31.
2. Международная классификация болезней (10-пересмотр): клинические описания и указания по диагностике / ВОЗ; пер. на рус. яз. / под ред. Ю. Л. Нуллера,
3. С. Ю. Циркина. – 2-е изд. – К.: Сфера, 2005. – 306 с.
4. Можжев М. В., Пакриев С. Г. Факторы риска депрессии у

пациентов терапевтического стационара // Псих. расстройства в общей медицине – 2010. №1 – с. 53-58

5. Напреско О. К. Депрессия та тривога в загально медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісн. Психіатрії та психофармакотерапії. – 2002. – №1. – С. 7-12
6. Розин А. И., Гарганеева Н. П., Счастный Е. Д., Репин А. Н. Депрессивные расстройства у пациентов кардиологического стационара // Сибирский медицинский журнал (Томск) – 2010. №3-1, Т.25 – с. 29-33
7. Симуткин Г. Г. Рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева – 2010. №1 – с. 36
8. Смулевич А. Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии // Психиатрия и психофармакотерапия – 2006. №3, Т.08 – с. 42
9. Angst J, Gamma A, Pezawas L et al. Parsing the clinical phenotype of depression: the need to integrate brief depressive episodes. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115 (3): 221–8
10. A. Wirz-Justice Хронобиология и аффективные расстройства (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия – 2007. №1, Т.09 – с. 57
11. David J. Nutt, Sidney H. Kennedy, Raymond W. Lam, Michael E. Thase (2007). *Treating Depression Effectively: Applying Clinical Guidelines, Second Edition*. Informa Healthcare. ISBN 0-415-43910-8. 1st ed (2004): ISBN 1-84184-328-8
12. Feldman H.S., Denber H.S. Long-term study of fluvoxamine: a new rapid-acting antidepressant. *Int Pharmacopsychiat* 1982; 17: 114–122
13. Lepine J.-P., Gastpar M., Mendlewicz J. & Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society) // *Int. Clin. Psychopharmacol* 1997, 12, 19–29.

ВПЛИВ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИНИКНЕННЯ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ НА ЗАКОНОМІРНОСТІ ЙОГО ДИНАМІКИ

Н. В. ГОРЛОВ

Було проведено комплексне обстеження 96 пацієнтів у віці від 20 до 65 років з діагнозом за МКХ-10: рекуррентний депресивний розлад (F33). Методи дослідження включали ретроспективне вивчення анамнезу пацієнта, клініко-психопатологічне дослідження, обстеження пацієнтів за шкалою депресії MADRS, оцінку якості життя за допомогою опитувальника SF-36, а також шкалу Гамільтона для оцінки тривоги (HAM-A). Кожен пацієнт проходив двічі комплекс обстежень – під час двох послідовних депресивних епізодів. Отримані дані свідчать про те, що ступінь тяжкості епізодів рекуррентного депресивного розладу, а також частота їх виникнення тим вище, чим молодше був пацієнт на момент початку першого епізоду. Рівень асоційованої тривоги навпаки, з віком має тенденцію до зростання.

Ключові слова: рекуррентний депресивний розлад, частота рецидивів, тяжкість епізоду

THE INFLUENCE OF APPEARING FEATURES OF THE RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER ON THE CONSISTENT PATTERN OF ITS DYNAMICS

N. GORLOV

We made a comprehensive examination of 96 patients aged 20 to 65 years diagnosed according to ICD-10: recurrent depressive disorder (F33). Methods included retrospective study of patient's history, clinical psychiatric research, evaluation of patients by depression scale MADRS, assessment of quality of life using the SF-36 questionnaire, and Hamilton depression scale to assess anxiety (HAM-A). Each patient took a set of surveys twice – during two consecutive depressive episodes. The obtained data testify that the severity of episodes of recurrent depressive disorder, and the frequency of their occurrence higher, than younger the patient at the beginning of the first episode. The level of associated anxiety other way round tends to increase with age.

Keywords: recurrent depressive disorder, relapse frequency, severity of episodes

УДК 616.895.87+616.89-02-021

О. М. Дзюба, Н. О. Дзеружинська, Є. В. Харчук
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ФОРМУВАННЯ
ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ОСІБ З
ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ

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

Ключові слова: параноїдна шизофренія, гіпертонічна хвороба, когнітивні порушення

Соматопсихіатрична коморбідність – явище досить поширене [1], а також клінічно «незручне», оскільки вельми утруднює терапію пацієнтів з подібним нозологічним поєднанням. Внаслідок ряду факторів (лікування антипсихотичними препаратами, гіпоенергізм, нерациональне харчування, висока вірогідність супутньої залежності від психоактивних речовин) [2–4] пацієнти з шизофренією стають особливо уразливими до виникнення деяких видів соматичної патології, в тому числі і до гіпертонічної хвороби [5]. Згідно з дослідженням S. Leucht (2007), кількість пацієнтів з шизофренією, які мають дане соматичне ускладнення, доходить до 20% [6]. Існують дані про зміну клініко-психопатологічної картини основного захворювання (шизофренії) під впливом судинного процесу [7; 8]. Також у світлі перспектив реабілітації актуальною є проблема когнітивних розладів, що виникають при поєднанні даних захворювань. Оскільки наявність когнітивних порушень є характерним для обох нозологій окремо, їх особливості в умовах коморбідності вимагають додаткових уточнень.

Мета дослідження: визначити відмінності в психопатологічній симптоматиці та когнітивних порушеннях у осіб з параноїдною шизофренією, що коморбідна з гіпертонічною хворобою, та в осіб з параноїдною шизофренією без супутніх соматичних розладів, які можуть вплинути на когнітивне функціонування.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 65 пацієнтів з діагнозом «шизофренія, параноїдна форма, безперервний тип перебігу». Основну групу склали 36 пацієнтів, у яких, окрім основного захворювання, була діагностована гіпертонічна хвороба II ст. Групу порівняння склали 29 пацієнтів з неускладненою параноїдною шизофренією. Всі обстежувані були жінками, що проходили лікування в умовах психіатричного стаціонару. Обидві групи були порівняні за віковим складом ($49,64 \pm 7,46$ і $43,14 \pm 4,11$ років відповідно), рівнем освіти та актуальним соціальним статусом. Нейропсихологічне обстеження проходило на етапі становлення ремісії – в середньому на 14–17 день госпіталізації по закінченні гострого періоду. Всі пацієнти перебували на антипсихотичній терапії, що включала в себе комбінацію конвенціональних і атипичних нейролептиків. Методи дослідження: соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний. Проведення психодіагностичного дослідження включало в себе використання комплексу нейропсихологічних тестів: Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA), тест на зорово-моторну координацію (Trail

making test, TMT), тест швидкості мовних відповідей (VFT) – категоріальна та літерна частини, тест Струпа, тест «10 слів» О. Р. Лурія, тест зорової ретенції А. Бентона. Статистична обробка здійснювалася за допомогою статистичного пакету SPSS Statistics 17.0.

Використання даних тестів зумовлено їх функціональною наповненістю.

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA) (Nasreddine Z., 1996) була розроблена для швидкої всебічної оцінки когнітивних порушень. Вона включає в себе дослідження різних когнітивних сфер: уваги, виконавчих функцій, пам'яті, мовлення, зорово-конструктивних навичок, абстрактного мислення, рахунку та орієнтації.

Тест на зорово-моторну координацію (Trail making test, TMT) (Reitan R. M., Wolfson D., 1993). Частина «А» оцінює моторну координацію, частина «В» – увагу, робочу пам'ять і виконавчу функцію.

Тест швидкості мовних відповідей (Verbal fluency test, VFT) (Lezak M. D., 1995) – для оцінки вербальної асоціативної продуктивності (літерна частина) та порушень лексичної системи (категоріальна частина).

Тест Струпа (Stroop color word interference test) (Stroop J. R., 1935) – для оцінки інтенсивності та вибірковості уваги, а також виконавчих функцій.

Тест Лурія на запам'ятовування 10-ти не пов'язаних за змістом слів (Лурія О. Р., 1969) – для перевірки вербальної пам'яті: обсягу слухомовленнєвого запам'ятовування, швидкості запам'ятовування, обсягу відстроченого відтворення.

Тест Бентона (Benton A. L., 1952) – для перевірки невербальної пам'яті.

Для визначення достовірності відмінностей у вибірках був використаний непараметричний U-критерій Манна-Уїтні.

Результати. Як і слід було очікувати, основна група виявилася представлена особами більш старшого віку відносно групи порівняння ($49,64 \pm 7,46$ і $43,14 \pm 4,11$ років відповідно), яка відображає уявлення про те, що гіпертонічна хвороба є захворюванням старших вікових груп. Для того, щоб домогтися порівняльності за віком між обома групами, було вирішено при наборі в групу порівняння віддавати перевагу особам старше 29 років (тобто молодого: 30–44 роки, середнього: 45–59 років і старшого: 60–74 роки).

Тривалість протікання шизофренії становила: у пацієнтів основної групи – $13,94 \pm 6,73$, у пацієнтів групи порівняння – $11,03 \pm 7,06$. Середня тривалість

Таблиця 1

Порівняльні показники виконання когнітивних тестів

Методи нейропсихологічного обстеження	Основна група (n=36)	Контрольна група (n=29)	p
MoCA	24.14 ± 1.31	27.21 ± 1.21	p≤0.01
VFT, категоріальна частина	22.75 ± 4.42	28.78 ± 3.39	p≤0.01
VFT, літерна частина	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 слів» А. Р. Лурія (відстрочене відтворення)	6.61 ± 0.77	7.17 ± 0.65	p≤0.01

гіпертонічної хвороби у пацієнтів основної групи до моменту обстеження складала $7,74 \pm 2,05$ років. Більшість випробовуваних не приймали (або приймали нерегулярно) антигіпертензивну терапію в амбулаторних умовах. Причиною подібної поведінки можна вважати як особливості основного захворювання (наростання негативної симптоматики у вигляді гіпобулії, аспонтанності, недостатності мотиваційного компонента), так і процеси стигматизації та самостигматизації, що погіршують можливості надання адекватної медичної допомоги даному контингенту населення.

Вираженість когнітивних розладів у пацієнтів обох груп відображена в табл. 1.

Порівняння результатів за Монреальською шкалою оцінки когнітивних функцій (MoCA) показало статистично значуще зниження результатів у осіб контрольної групи ($P \leq 0,01$).

Всі когнітивні тести показали достовірне найгірше їх виконання пацієнтами з шизофренією, обтяженою гіпертонічною хворобою ($p \leq 0.01$, U-критерій Манна-Уїтні), за винятком показників першої частини тесту Струпа (методика словесно-кольорової інтерференції), що має допоміжне значення (рис. 1). З великою мірою

ймовірності можна припустити, що найгірші показники когнітивного функціонування у осіб основної групи можуть бути пов'язані з наростанням органічного процесу, що являє собою наслідок протікання гіпертонічної хвороби. Це може свідчити про більш виражений когнітивний дефіцит у осіб основної групи, що підкреслює значення коморбідної соматичної патології, погіршує перебіг психічного захворювання і призводить до прогностично несприятливого сценарію перебігу ендогенно-процесуального розладу.

Клініко-психопатологічна структура обох груп істотно розрізнялася – якщо в основній групі переважали пацієнти з параноїдною симптоматикою (52,8% проти 34,5% у групі з неускладненою шизофренією), то в групі порівняння частіше спостерігалася галюцинаторно-параноїдна (55,2% у порівнянні з 27,8% в основній).

Висновки. Згідно з отриманими даними, гіпертонічна хвороба завдає клінічного «втручання» на перебіг шизофренічного процесу, зачіпаючи як клініко-психопатологічну структуру психічного захворювання, так і когнітивне функціонування, що проявляється в більш грубій вираженості когнітивного дефіциту. Дані висновки можуть мати значення у побудові терапевтичного

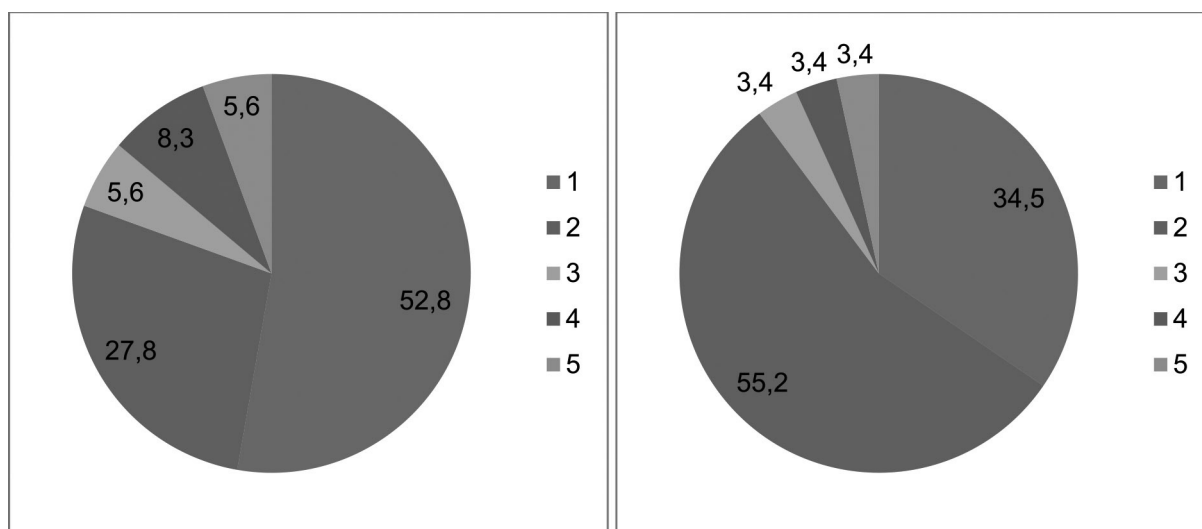


Рис. 1. Розподіл психопатологічних синдромів серед пацієнтів з параноїдною шизофренією, асоційованою з гіпертонічною хворобою, і групи порівняння (параноїдна шизофренія)

1 – параноїчний; 2 - галюцинаторно-параноїдний; 3 - депресивно-параноїдний; 4 - маніформно-параноїдний; 5 – інше

процесу і формуванні реабілітаційних програм, спрямованих на досягнення комплаєнтності стосовно не лише антипсихотичного лікування, але і заходів, націлених на усунення обтяжливих соматогенних чинників.

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. *Шизофренческие 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.*

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А. Н. Дзюба, Н. А. Дзеружинская, Е. В. Харчук

Было обследовано 65 пациентов с паранойдной шизофренией, разделенных по признаку наличия / отсутствия гипертонической болезни – соответственно 36 и 29 испытуемых. Установлено достоверно худшее выполнение когнитивных тестов лицами из основной группы (отягощенных гипертонической болезнью). А также выявилось различное соотношение психопатологических синдромов среди пациентов сравниваемых групп, в первую очередь распространенность паранойдного и галлюцинаторно-паранойдного симптомокомплексов в период экзacerbации процессуального расстройства.

Ключевые слова: паранойдная шизофрения, гипертоническая болезнь, когнитивные нарушения

THE INFLUENCE OF HYPERTENSION IN RESPECT OF THE FORMATION OF PSYCHOPATHOLOGY AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN PERSONS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

A. DZYUBA, N. DZERUZHINSKAYA, E. 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

І. Ф. Здорик

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ, ПОЄДНАНІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

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

Ключові слова: депресія, гіпертонічна хвороба, когнітивні порушення

Фактори, які сприяють виникненню порушень когнітивного функціонування можна розподілити на дві групи: соціально-демографічні та медичні. До першої групи слід віднести: вік (понад 60 років), чоловічу стать, генетичну схильність, негроїдну або азіатську расу, зловживання алкоголем, низький рівень освіти, фізичну й інтелектуальну пасивність, паління, вживання наркотичних засобів та психоактивних речовин тощо. Серед медичних проблем найбільше значення мають артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, миготлива аритмія, серцева недостатність, перенесений ішемічний інфаркт мозку тощо.

Поєднання серцево-судинних захворювань та депресії значно знижує якість життя пацієнтів літнього віку. Однією з причин цього може виступати посилення когнітивного дефіциту. Розвиток деменції, як наслідок поглиблення когнітивної дисфункції, значно погіршує якість життя хворих та оточуючих їх осіб, впливає на

соціальну активність, істотно збільшує витрати на лікування і майже у 2,5–3 рази підвищує смертність. Так, у США деменція займає третє місце за витратами на лікування і догляд за пацієнтами, а вартість терапії одного хворого на деменцію становить 40 тис. доларів на рік [1; 2]. Актуальність вивчення особливостей когнітивного функціонування пацієнтів, які страждають на депресивні розлади, поєднані з гіпертонічною хворобою визначається багатьма факторами [3–5]:

- постарінням популяції в цілому та підвищенням актуальності медико-соціальних проблем, пов'язаних з віком людини;
- неухильним зростанням захворюваності на серцево-судинну патологію в цілому, та артеріальну гіпертензію зокрема;
- збільшенням кількості депресивних розладів в популяції, а поширеність депресії в осіб літнього віку в

процесу і формуванні реабілітаційних програм, спрямованих на досягнення комплаєнтності стосовно не лише антипсихотичного лікування, але і заходів, націлених на усунення обтяжливих соматогенних чинників.

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. *Шизофренческие 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.*

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А. Н. Дзюба, Н. А. Дзеружинская, Е. В. Харчук

Было обследовано 65 пациентов с параноидной шизофренией, разделенных по признаку наличия / отсутствия гипертонической болезни – соответственно 36 и 29 испытуемых. Установлено достоверно худшее выполнение когнитивных тестов лицами из основной группы (отягощенных гипертонической болезнью). А также выявилось различное соотношение психопатологических синдромов среди пациентов сравниваемых групп, в первую очередь распространенность параноидного и галлюцинаторно-параноидного симптомокомплексов в период экзacerbации процессуального расстройства.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, гипертоническая болезнь, когнитивные нарушения

THE INFLUENCE OF HYPERTENSION IN RESPECT OF THE FORMATION OF PSYCHOPATHOLOGY AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN PERSONS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

A. DZYUBA, N. DZERUZHINSKAYA, E. 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

І. Ф. Здорик

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ, ПОЄДНАНІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

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

Ключові слова: депресія, гіпертонічна хвороба, когнітивні порушення

Фактори, які сприяють виникненню порушень когнітивного функціонування можна розподілити на дві групи: соціально-демографічні та медичні. До першої групи слід віднести: вік (понад 60 років), чоловічу стать, генетичну схильність, негроїдну або азіатську расу, зловживання алкоголем, низький рівень освіти, фізичну й інтелектуальну пасивність, паління, вживання наркотичних засобів та психоактивних речовин тощо. Серед медичних проблем найбільше значення мають артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, миготлива аритмія, серцева недостатність, перенесений ішемічний інфаркт мозку тощо.

Поєднання серцево-судинних захворювань та депресії значно знижує якість життя пацієнтів літнього віку. Однією з причин цього може виступати посилення когнітивного дефіциту. Розвиток деменції, як наслідок поглиблення когнітивної дисфункції, значно погіршує якість життя хворих та оточуючих їх осіб, впливає на

соціальну активність, істотно збільшує витрати на лікування і майже у 2,5–3 рази підвищує смертність. Так, у США деменція займає третє місце за витратами на лікування і догляд за пацієнтами, а вартість терапії одного хворого на деменцію становить 40 тис. доларів на рік [1; 2]. Актуальність вивчення особливостей когнітивного функціонування пацієнтів, які страждають на депресивні розлади, поєднані з гіпертонічною хворобою визначається багатьма факторами [3–5]:

- постарінням популяції в цілому та підвищенням актуальності медико-соціальних проблем, пов'язаних з віком людини;
- неухильним зростанням захворюваності на серцево-судинну патологію в цілому, та артеріальну гіпертензію зокрема;
- збільшенням кількості депресивних розладів в популяції, а поширеність депресії в осіб літнього віку в

середньому в два рази більша ніж у хворих молодого та середнього віку;

- ростом випадків деменції внаслідок прогресування гіпертонічної хвороби та поглибленням когнітивного дефіциту при виникненні депресивного розладу;
- соматична обтяженість пацієнтів старшої вікової групи часто приводить до діагностичних труднощів і, як наслідок, до збільшення відсотку нерозпізнаних депресій;
- необхідністю індивідуального підходу до корекції виявлених порушень з урахуванням хронічних органічних, неврологічних та соматичних захворювань;
- переважанням лікування когнітивних порушень над їх профілактикою, лікуванням на етапах помірних когнітивних порушень та деменції.

Метою дослідження було оцінити та порівняти когнітивні порушення в осіб, які страждають на депресивні розлади, поєднані з гіпертонічною хворобою та у жінок, хворих на гіпертонічну хворобу без супутніх депресивних розладів.

Матеріали та методи дослідження. Проведено обстеження 67 хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні гіпертонічної хвороби Національного наукового центру «Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеско» Національної академії медичних наук України з діагнозом гіпертонічна хвороба II стадії. Усіх пацієнтів залежно від наявності у них депресивного розладу було розподілено на дві групи. Основну групу склали 35 осіб, у яких, окрім основного захворювання, було діагностовано депресивний розлад. Групу порівняння склали 32 пацієнта з неускладненою гіпертонічною хворобою. Усі обстежені були жінками. Обидві групи суттєво не відрізнялися між собою за віком, освітою та соціальним статусом. Хворим проводили клініко-психопатологічне, клініко-неврологічне та нейропсихологічне обстеження. Також були вивчені соціально-демографічні показники за допомогою уніфікованої карти обстеження. Нейропсихологічне дослідження проводилось на 2-3 день госпіталізації та включало в себе Монреальський когнітивний тест (MoCA) [7], методику «Запам'ятовування 10 слів» О. Р. Лурія, тест

«Шифровка», тест «Коректурна проба», методику «Таблиці Шульце» [8–9]. У комплексі психодіагностичних методів застосовували шкали реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна; клініко-психопатологічний метод доповнювали використанням госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS). Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою пакету статистичного аналізу Microsoft Excel 2003.

Результати та їх обговорення. Середній вік основної групи склав $60,4 \pm 7,5$ років, групи порівняння – $57,06 \pm 6,83$ років. Таким чином групи були співставлені за даним показником. У той же час, варто зазначити, що виникнення депресивного розладу в осіб більш старшого віку відображає сучасну тенденцію розповсюдженості депресії. За нашими даними, поширеність депресивних розладів, поєднаних з гіпертонічною хворобою значно вища серед мешканців міста, порівняно з жителями села. Така тенденція може бути обумовлена кращою діагностикою даної патології в місті та доступністю медичної допомоги. Розподіл соціально-демографічних характеристик не відрізнявся в обох групах, окрім показника «робота» (табл. 1). Кількість працюючих пацієнтів була більшою в групі порівняння, що може свідчити на користь того, що відсутність роботи і, як наслідок, звуження соціальних контактів, зростання концентрації уваги на власному здоров'ї, негараздах та переживаннях сприяють розвитку депресивних розладів.

У табл. 2 проілюстровані деякі показники перебігу гіпертонічної хвороби. Середній вік початку захворювання, вік пацієнта на момент включення в дослідження, наявність гіпертонічної хвороби в анамнезі статистично не відрізнялися між собою в обох групах.

Показники систолічного артеріального тиску мали тенденцію до більш високих значень у жінок, які страждали на депресивний розлад, поєднаний з гіпертонічною хворобою. На нашу думку, причиною цього міг бути вплив емоційного стану пацієнток на соматичний стан у цілому, та артеріальний тиск зокрема.

Дані психометричного дослідження (HADS) свідчили, що для пацієнтів основної групи характерний вищий рівень депресії та тривоги. Рівень депресії більшості

Таблиця 1

Розподіл соціально-демографічних показників у основній групі та групі порівняння

Показник	Основна група (n=35)	Група порівняння (n=32)	Достовірність відмінності показників між групами (p)
Вік, років	$60,4 \pm 7,5$	$57,06 \pm 6,83$	$p > 0,05$
Місце проживання, %:			
місто	82,9	90,6	$p > 0,05$
село	17,1	9,4	$p > 0,05$
Освіта, %:			
вища	37,1	53,1	$p > 0,05$
незакінчена вища	2,9	–	$p > 0,05$
середньо-спеціальна	51,4	40,6	$p > 0,05$
повна середня	8,6	6,3	$p > 0,05$
Робота, %:			
працює	34,3	63	$p \leq 0,05$
не працює	65,7	37	$p \leq 0,05$

Таблиця 2

Характеристика деяких показників перебігу гіпертонічної хвороби

Показник	Основна група (n=35)	Група порівняння (n=32)	Достовірність відмінності показників між групами (p)
Наявність гіпертонічної хвороби в анамнезі: так ні	82,9 17,1	94 6	p > 0,05 p > 0,05
Вік початку захворювання на гіпертонічну хворобу	48,7 ± 7,6	46,0 ± 7,6	p > 0,05
Тривалість гіпертонічної хвороби, роки	11,7 ± 6,4	10,9 ± 8,0	p > 0,05
Рівень артеріального тиску, мм. рт. ст. систолический діастолічний	144,4 ± 11,7 88,4 ± 9,1	134,8 ± 13,5 86,9 ± 10,2	p ≤ 0,05 p > 0,05

жінок основної групи мав клінічно виражені симптоми та відповідав 11 балам і більше за HADS.

Аналіз реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) (див. табл. 3) виявив більш високий рівень РТ та ОТ у пацієнтів основної групи; однак особи, що страждали на гіпертонічну хворобу без депресивного розладу також мали достатньо високі бали за обома субшкалами (РТ 40,8 ± 10,9 та ОТ 46,6 ± 8,2). Даний розподіл показників може відображати тенденцію до високого рівня тривожності в осіб, хворих на гіпертонічну хворобу.

Висновки щодо рівня когнітивних порушень у досліджуваного контингенту хворих можна робити, розглянувши дані в таблиці 4. Порівняльний аналіз отриманих

результатів Монреальського когнітивного тесту показує статистично достовірне зниження когнітивних функцій у пацієнтів обох груп, проте жінки основної групи мають гірші показники, ніж хворі групи порівняння (23,0 ± 2,4 та 24,0 ± 1,6 відповідно).

Застосування методик «Таблиці Шульте» та «Запам'ятовування 10 слів», тесту «Шифровка» та «Коректурна проба» виявило достовірно гірше їх виконання пацієнтами основної групи, у яких депресія поєднувалася з гіпертонічною хворобою. Лише такі показники, як «ступінь включення в роботу», «психічна стійкість» у методиці «Таблиці Шульте» та «індекс втоми» в тесті «Коректурна проба» суттєво не відрізнялися між обома групами (табл. 4).

Таблиця 3

Порівняльні показники психодіагностичних шкал

Показник	Основна група (n=35)	Група порівняння (n=32)	Достовірність відмінності показників між групами (p)
HADS, бали: оцінка рівня депресії оцінка рівня тривоги	11,4 ± 2,1 10,7 ± 3,4	4,6 ± 2,1 7,6 ± 2,9	p ≤ 0,01 p ≤ 0,01
Шкала Спілбергера-Ханіна, бали: РТ ОТ	48,54 ± 8,7 54,6 ± 7,7	40,8 ± 10,9 46,6 ± 8,2	p ≤ 0,01 p ≤ 0,01

Таблиця 4

Порівняльні показники виконання когнітивних тестів

Показник	Основна група (n=35)	Група порівняння (n=32)	Достовірність відмінності показників між групами (p)
МоСА, бали	23,0 ± 2,4	24,0 ± 1,6	p ≤ 0,05
Методика «Таблиці Шульте»: загальний час, с ефективність роботи, с ступінь включення в роботу психічна стійкість	234,05 ± 31,86 46,81 ± 6,37 1,02 ± 0,12 0,94 ± 0,15	214,75 ± 37,95 42,95 ± 7,59 0,99 ± 0,15 0,94 ± 0,17	p ≤ 0,05 p ≤ 0,05 p > 0,05 p > 0,05
Тест «Шифровка», с	269,94 ± 57,93	241,13 ± 51,82	p ≤ 0,05
Методика «Запам'ятовування 10 слів» О. Р. Лурія (відстрочене відтворення)	6,57 ± 1,09	7,28 ± 1,46	p ≤ 0,05
Тест «Коректурна проба» загальний час, с індекс втоми кількість помилок	255,2 ± 50,73 1,06 ± 0,08 6,94 ± 2,52	230,47 ± 48,93 1,09 ± 0,11 4,40 ± 2,75	p ≤ 0,05 p > 0,05 p ≤ 0,05

Висновки.

Таким чином, результати отриманих досліджень свідчать про те, що депресія чинить вплив на перебіг гіпертонічної хвороби та рівень когнітивних функцій, а часом може «маскуватися» за когнітивним дефіцитом. Діагностика депресивних розладів та когнітивних порушень у пацієнтів з гіпертонічною хворобою дозволить диференційовано підходити до терапії та реабілітації зазначеного контингенту хворих, сприятиме зниженню ризику розвитку деменції, поліпшенню якості життя пацієнтів.

Література:

1. Маркин С. П. Нарушение когнитивных функций во врачебной практике: Методическое пособие. – Воронеж, 2008. – 42 с.
2. Фоякин А. В., Гераскина Л. А. Сосудистые когнитивные расстройства и деменция: факторы риска и подходы к терапии // *Consilium medicum. Неврология. Ревматология*. – 2011. – Т. 13, № 2. – С. 81-85.
3. Дзеружинская Н. А., Сыропятов О. Г. Диагностика и терапия депрессивных расстройств у пожилых пациентов кардиологического профиля // *Архив психиатрии*. – 2003. – Т. 9, 1(32). – С. 74-79.
4. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: Методическое пособие для врачей. – М., 2005. – 71 с.
5. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2001. – 256 с.
6. Christiane Reitz, Ming-Xin Tan etc Hypertension and the Risk of Mild Cognitive Impairment / *Arch Neurol*. 2007 December; 64(12): 1734–1740.
7. Україномовний варіант Монреальського когнітивного тесту взятий з ресурсу http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-test-Ukrainian.pdf
8. Литвиненко Н. В. Когнітивний профіль пацієнтів із розсіяним склерозом / Н. В. Литвиненко, В. А. Пінчук, Г. Я. Силенко // *Проблеми екології та медицини*. – № 3-4. – 2012. – С. 13-15.
9. Киришева Н. В., Рябчикова Н. В. Психология личности (тесты, опросники, методики. – М.: Геликон, 1995. – 236 с.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ СТРАДАЮТ НА ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, СОЧЕТАННЫЕ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

И. Ф. Здорик

В статье приведены данные о состоянии когнитивных функций у женщин, страдающих депрессивными расстройствами, сочетанными с гипертонической болезнью. Было обследовано 67 женщин с гипертонической болезнью, разделенных по признаку наличия / отсутствия у них депрессивного расстройства. Выявлено влияние депрессии на уровень когнитивных нарушений у обследуемого контингента больных.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, гипертоническая болезнь, когнитивные нарушения

COGNITIVE IMPAIRMENT IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS, COMORBIDED WITH ARTERIAL HYPERTENSION

I. Zdoryk

The article presents data on the state of cognitive function in women with depressive disorders, combined with hypertension. 67 women with hypertension, separated on the basis of the presence / lack of a depressive disorder was examined. The effect of depression on the level of cognitive impairment in the indicated group of patients was revealed.

Keywords: depressive disorders, hypertension, cognitive impairments

УДК 616.1-02-005-053.89/.9-07:001.8

О. А. Левада, А. В. Трайлін

СПЕКТР ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ НА ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ ЗА ДАНИМИ NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Ключові слова: субкортикальна судинна деменція, субкортикальне легке когнітивне порушення, психопатологічні та поведінкові симптоми, шкала Neuropsychiatric Inventory

Вступ. У клінічній структурі деменцій, окрім когнітивного дефіциту, суттєве місце займають психопатологічні та поведінкові симптоми. Дані порушення погіршують якість життя пацієнтів з деменціями, прискорюють когнітивне і функціональне зниження, збільшують число госпіталізацій та смертність, асоціюються з дистресом осіб, котрі доглядають хворого [12]. Судинна деменція посідає друге місце серед дементуючих процесів у всьому світі [11]. Найчастіша її форма – субкортикальна судинна деменція (ССД) (F01.2) – складає близько 50% випадків захворювання [19]. Дані про спектр психопатологічних змін при ССД досить суперечливі. Сучасні критерії ССД [10] серед додаткових симптомів, що свідчать на користь діагнозу, містять і психопатологічні порушення: депресію, зміни особистості, психомоторне уповільнення. У той же час, у недавньому епідеміологічному

дослідженні у пацієнтів з ССД частіше всього виявляли апатію, а дещо рідше – депресію, дратівливість, ажитацію і агресію [22]. Робіт, присвячених розповсюдженню психопатологічних порушень на етапах розвитку ССД нам виявити не вдалося. Поодинокі дослідження присвячені психопатології попередньої стадії ССД – субкортикального судинного легкого когнітивного порушення (ССЛКП). Проведення такого аналізу важливо як з діагностичної точки зору, так і для поліпшення надання допомоги даному контингенту пацієнтів. Цікавим на наш погляд було застосування всесвітньо визнаних стандартних інструментів для оцінки таких порушень в українській популяції хворих. До таких наразі відносять шкалу Neuropsychiatric Inventory (NPI) [9].

Виходячи зі сказаного вище, метою цієї роботи була оцінка поширеності психопатологічних і поведінкових

Висновки.

Таким чином, результати отриманих досліджень свідчать про те, що депресія чинить вплив на перебіг гіпертонічної хвороби та рівень когнітивних функцій, а часом може «маскуватися» за когнітивним дефіцитом. Діагностика депресивних розладів та когнітивних порушень у пацієнтів з гіпертонічною хворобою дозволить диференційовано підходити до терапії та реабілітації зазначеного контингенту хворих, сприятиме зниженню ризику розвитку деменції, поліпшенню якості життя пацієнтів.

Література:

1. Маркин С. П. Нарушение когнитивных функций во врачебной практике: Методическое пособие. – Воронеж, 2008. – 42 с.
2. Фонакин А. В., Гераскина Л. А. Сосудистые когнитивные расстройства и деменция: факторы риска и подходы к терапии // *Consilium medicum. Неврология. Ревматология*. – 2011. – Т. 13, № 2. – С. 81-85.
3. Дзеружинская Н. А., Сыропятов О. Г. Диагностика и терапия депрессивных расстройств у пожилых пациентов кардиологического профиля // *Архив психиатрии*. – 2003. – Т. 9, 1(32). – С. 74-79.
4. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: Методическое пособие для врачей. – М., 2005. – 71 с.
5. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2001. – 256 с.
6. Christiane Reitz, Ming-Xin Tan etc Hypertension and the Risk of Mild Cognitive Impairment / *Arch Neurol*. 2007 December; 64(12): 1734–1740.
7. Україномовний варіант Монреальського когнітивного тесту взятий з ресурсу http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-test-Ukrainian.pdf
8. Литвиненко Н. В. Когнітивний профіль пацієнтів із розсіяним склерозом / Н. В. Литвиненко, В. А. Пінчук, Г. Я. Силенко // *Проблеми екології та медицини*. – № 3-4. – 2012. – С. 13-15.
9. Киришева Н. В., Рябчикова Н. В. Психология личности (тесты, опросники, методики. – М.: Геликон, 1995. – 236 с.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ СТРАДАЮТ НА ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, СОЧЕТАННЫЕ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

И. Ф. Здорик

В статье приведены данные о состоянии когнитивных функций у женщин, страдающих депрессивными расстройствами, сочетанными с гипертонической болезнью. Было обследовано 67 женщин с гипертонической болезнью, разделенных по признаку наличия / отсутствия у них депрессивного расстройства. Выявлено влияние депрессии на уровень когнитивных нарушений у обследуемого контингента больных.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, гипертоническая болезнь, когнитивные нарушения

COGNITIVE IMPAIRMENT IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS, COMORBIDED WITH ARTERIAL HYPERTENSION

I. Zdoryk

The article presents data on the state of cognitive function in women with depressive disorders, combined with hypertension. 67 women with hypertension, separated on the basis of the presence / lack of a depressive disorder was examined. The effect of depression on the level of cognitive impairment in the indicated group of patients was revealed.

Keywords: depressive disorders, hypertension, cognitive impairments

УДК 616.1-02-005-053.89/.9-07:001.8

О. А. Левада, А. В. Траілін

СПЕКТР ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ НА ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ ЗА ДАНИМИ NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Ключові слова: субкортикальна судинна деменція, субкортикальне легке когнітивне порушення, психопатологічні та поведінкові симптоми, шкала Neuropsychiatric Inventory

Вступ. У клінічній структурі деменцій, окрім когнітивного дефіциту, суттєве місце займають психопатологічні та поведінкові симптоми. Дані порушення погіршують якість життя пацієнтів з деменціями, прискорюють когнітивне і функціональне зниження, збільшують число госпіталізацій та смертність, асоціюються з дистресом осіб, котрі доглядають хворого [12]. Судинна деменція посідає друге місце серед дементуючих процесів у всьому світі [11]. Найчастіша її форма – субкортикальна судинна деменція (ССД) (F01.2) – складає близько 50% випадків захворювання [19]. Дані про спектр психопатологічних змін при ССД досить суперечливі. Сучасні критерії ССД [10] серед додаткових симптомів, що свідчать на користь діагнозу, містять і психопатологічні порушення: депресію, зміни особистості, психомоторне уповільнення. У той же час, у недавньому епідеміологічному

дослідженні у пацієнтів з ССД частіше всього виявляли апатію, а дещо рідше – депресію, дратівливість, ажитацію і агресію [22]. Робіт, присвячених розповсюдженню психопатологічних порушень на етапах розвитку ССД нам виявити не вдалося. Поодинокі дослідження присвячені психопатології попередньої стадії ССД – субкортикального судинного легкого когнітивного порушення (ССЛКП). Проведення такого аналізу важливо як з діагностичної точки зору, так і для поліпшення надання допомоги даному контингенту пацієнтів. Цікавим на наш погляд було застосування всесвітньо визнаних стандартних інструментів для оцінки таких порушень в українській популяції хворих. До таких наразі відносять шкалу Neuropsychiatric Inventory (NPI) [9].

Виходячи зі сказаного вище, метою цієї роботи була оцінка поширеності психопатологічних і поведінкових

порушень на етапах розвитку ССД із застосуванням шкали NPI.

Пацієнти та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети було обстежено 49 осіб без когнітивних порушень (БКП), 63 пацієнта з ССЛКП, 60 хворих з ССД. У більшості з обстежених БКП мали місце цереброваскулярні фактори ризику.

Пацієнти ССД були відібрані згідно до клініко-візуалізаційних критеріїв Т. Erkinjuntti et al. (2000) [10] (вітчизняний переклад [1]). Хворі, які за фенотипічними ознаками відповідали критеріям ССД, але за вираженістю порушень не досягали ступеня деменції, включалися в групу ССЛКП.

Для вивчення психопатологічних і поведінкових порушень використовували шкалу NPI, що складається з 12 пунктів [9]. NPI є валідним інструментом для виявлення марення, галюцинацій, ажитації/агресії, депресії/дисфорії, тривожності, ейфорії, апатії, розгальмовування, драгівливості, порушень рухової поведінки, порушень нічної і харчової поведінки у вибірках пацієнтів з деменціями. У даній роботі ми аналізували тільки поширеність даних порушень у досліджуваних контингентах.

Дослідження також включало збір анамнестичних даних, неврологічний огляд з детальною оцінкою статичної і локомоції, нейропсихологічне тестування (MMSE [13], CDR [17], лурівські тести [3]), оцінку порушення активності в повсякденному житті (шкала BADL [6]).

Пацієнтам проводили МРТ або КТ головного мозку. Вимірювали лінійні та об'ємні показники речовини мозку, шлуночкової системи, субарахноїдального простору за [4], а також ступінь вираженості лейкоареозу за F. Fazecas et al. (1993) з доповненнями О. С. Левина (1996) [2].

Статистичний аналіз проводили за допомогою пакетів прикладних програм «Statistica 6.0» for Windows. Для порівняння частоти психопатологічних розладів у групах використовували критерій χ^2 -квадрат. Оскільки частина досліджуваних показників були дискретними величинами, а розподіл безперервних відрізнявся від нормального, для опису даних використовували медіану, нижній і верхній квартиль. Вірогідність відмінностей між групами оцінювали за допомогою непараметричного ANOVA Краскела-Уоліса. Якщо характеристики різних груп достовірно відрізнялися, застосовували множинні порівняння.

Розраховували коефіцієнт кореляції Спірмена (rs), так як одна з аналізованих змінних величин завжди була ранговою. Відмінності між групами і кореляційна залежність вважалися достовірними при $P < 0,05$. У всіх випадках P були двосторонніми.

Дослідження було схвалено етичною комісією ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

Результати дослідження. У табл. 1 представлені основні демографічні, анамнестичні та клінічні показники груп порівняння. Аналізовані групи не розрізнялися за віком. За тяжкістю когнітивний дефіцит у групі ССД відповідав 23 і менше балам за MMSE, і 1 і більше балам за шкалою CDR, а у пацієнтів з ССЛКП - 24-27 балам за MMSE і 0,5 бала за CDR. Серед пацієнтів ССД достовірно переважали чоловіки, в той час як у групі ССЛКП і БКП – жінки.

Психопатологічні та поведінкові порушення зустрічалися практично у всіх пацієнтів груп ССД та ССЛКП. За даним показником хворі достовірно відрізнялися від осіб БКП, у 36,73% яких дослідження по NPI дало негативний результат. Відсоток наявності психопатологічних

Таблиця 1

Основні демографічні, анамнестичні та клінічні показники у групах порівняння

Показники	Групи порівняння			
	БКП (n=49)	ССЛКП (n=63)	ССД (n=60)	P
Вік, роки	73 (68-79)	76 (74-79)	75 (72-80,5)	0,0888 ¹
Стать: (%) жінок	63,27	50,79	33,33	$P_{1-2} = 0,187$ $P_{1-3} = 0,002$ $P_{2-3} = 0,05$
MMSE, бали	29 (28-30)	26 (25-26)	22 (20,5-23)	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{2-3} < 0,001$
CDR, бали	0 (0-0)	0,5 (0,5-0,5)	1 (1-1)	$P_{1-2} < 0,0001$ $P_{1-3} < 0,00001$ $P_{2-3} < 0,0001$
NPI, загальний % порушень	63,27	92,06	98,33	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{2-3} = 0,107$
Середня кількість симптомів на одного пацієнта	1 (0-2)	2 (1-5)	3 (2-5)	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,00001$ $P_{2-3} = 0,37$

Примітки: а) Дані представлені у вигляді медіани (верхній - нижній квартиль) або у відсотках. б) P: достовірність статистики Краскела-Уоліса для множинних порівнянь / χ^2 -квадрат тест (1-2 – між групою БКП та ССЛКП, 1-3 – між групою БКП та ССД, 2-3 – між групою ССЛКП та ССД). в) 1 – достовірність статистики Краскела-Уоліса

порушень істотно не відрізнявся при ССД та ССЛКП. Середнє число симптомів на одного пацієнта збільшувалося паралельно з наростанням тяжкості когнітивного дефіциту. Найменшим воно було у осіб БКП, найбільшим – при ССД.

Аналіз частоти виникнення психопатологічних симптомів у групах порівняння представлений у табл. 2. Головними психопатологічними та поведінковими порушеннями ССД по мірі зменшення поширення були депресія (70% випадків), апатія (60%), порушення нічної поведінки (46,67%), дратівливість (41,67%) і зміни харчової поведінки (36,67%). При ССЛКП

Таблиця 2

Коефіцієнт кореляції Спірмена для основних психопатологічних симптомів ССД та інших клінічних та візуалізаційних показників

Показники	Депресія	Апатія
Вік	0,11 ^{нд}	0,09 ^{нд}
Стать	-0,01 ^{нд}	-0,10 ^{нд}
Загальний бал MMSE	-0,37	-0,37
Загальний бал за шкалою ходьби Тінетті	-0,43	-0,42
Загальний бал за шкалою BADL	0,48	0,48
NPI, марення	0,18	0,22
NPI, галюцинації	0,19	0,16
NPI, ажитація/агресія	0,43	0,26
NPI, тривожність	0,33	0,14 ^{нд}
NPI, ейфорія	-0,22	-0,19
NPI, апатія	0,68	
NPI, розгальмування	-0,27	-0,19
NPI, дратівливість	0,21	0,13 ^{нд}
NPI, порушення рухової поведінки	0,34	0,37
NPI, порушення нічної поведінки	0,57	0,45
NPI, зміна апетиту	0,51	0,53
КТ/МРТ індекс 3-го шлуночка	0,46	0,40
КТ/МРТ індекс передніх рогів бокових шлуночків	0,35	0,34
КТ/МРТ бікаудатний індекс	0,37	0,33
КТ/МРТ індекс Хакмана	0,45	0,38
КТ/МРТ усереднена ширина кіркових борозен	0,46	0,43
КТ/МРТ об'ємний індекс шлуночків	0,49	0,46
КТ/МРТ об'ємний індекс субарахноїдального простору	0,46	0,46
КТ/МРТ ранговий показник лейкоареозу загальний	0,41	0,22 ^{нд}

Примітки: нд – дані не достовірні. Для всіх інших випадків – $P < 0,05$

переважали депресія (52,38%), тривожність (50,79%), апатія (47,62%), порушення нічної поведінки (42,19%), дратівливість (31,75%). У групі БКП найбільш часто спостерігалися: тривожність (40,81%), дратівливість (30,61%), депресія (22,45%), порушення нічної поведінки (20,41%).

У пацієнтів з ССД та ССЛКП найбільш частим симптомом була депресія. За цим показником хворі ССД достовірно відрізнялися і від пацієнтів з ССЛКП і від осіб БКП, що вказує на закономірне наростання частоти депресивних порушень по мірі збільшення тяжкості когнітивного дефіциту. Другим за значимістю психопатологічним симптомом ССД була апатія. Дане порушення практично з такою ж частотою спостерігалось і при ССЛКП. У той же час у осіб БКП апатія майже не виявлялася.

Порушення нічної поведінки були третім за значимістю симптомом у групі ССД та четвертим – при ССЛКП, що достовірно відрізняло цих хворих від осіб БКП. Приблизно з такою ж частотою зустрічалися дратівливість/лабільність настрою. Однак частота даного симптому суттєво не відрізнялася у групах порівняння, що знижує його специфічність, а значить і діагностичну значимість. П'ятим за частотою порушенням ССД були зміни харчової поведінки. Недостовірно рідше вони відзначені у групі ССЛКП і істотно рідше в контрольній групі.

Тривожні порушення виявлені у третини пацієнтів з ССД. За цим показником група ССД не відрізнялася від здорових обстежених. У той же час у хворих із ССЛКП симптоми тривоги відзначені достовірно частіше, ніж у дементних пацієнтів, займаючи друге місце в структурі психопатологічних розладів. Специфічним симптомом ССД, який зустрічався приблизно у чверті спостережень, було відхилення рухової поведінки. Це порушення в групах ССЛКП і БКП практично не зустрічалось. З такою ж частотою у хворих на ССД спостерігали симптоматику ажитації і агресії. Проте дані симптоми спостерігалися і у хворих з ССЛКП, і у здорових обстежених старшого віку.

Менше 10% симптоматики у групах порівняння відносилось до маревних, галюцинаторних порушень, розгальмовування та ейфорії. При цьому у здорових обстежених галюцинації і марення виявлено не було.

Наступним етапом аналізу було встановлення взаємозв'язків компонентів психопатологічного синдрому-комплексу між собою (синдромотаксис), з когнітивними і некогнітивними порушеннями різних стадій розвитку ССД, а також з даними візуалізації мозку. Для цього обчислювали коефіцієнт кореляції Спірмена двох провідних психопатологічних проявів ССД та ССЛКП – депресії та апатії – і вищевказаних клінічних та параклінічних характеристик (табл. 2). Показано, що найбільші достовірні позитивні кореляції мали місце для депресії, апатії, порушення нічної поведінки та зміни апетиту. Даний факт свідчить про те, що ці порушення можуть мати спільні етіопатогенетичні механізми і складати основу синдрому-комплексу психопатологічних і поведінкових порушень на етапах розвитку ССД.

Помірні негативні кореляції отримані для депресії, апатії та виразності когнітивних порушень по MMSE,

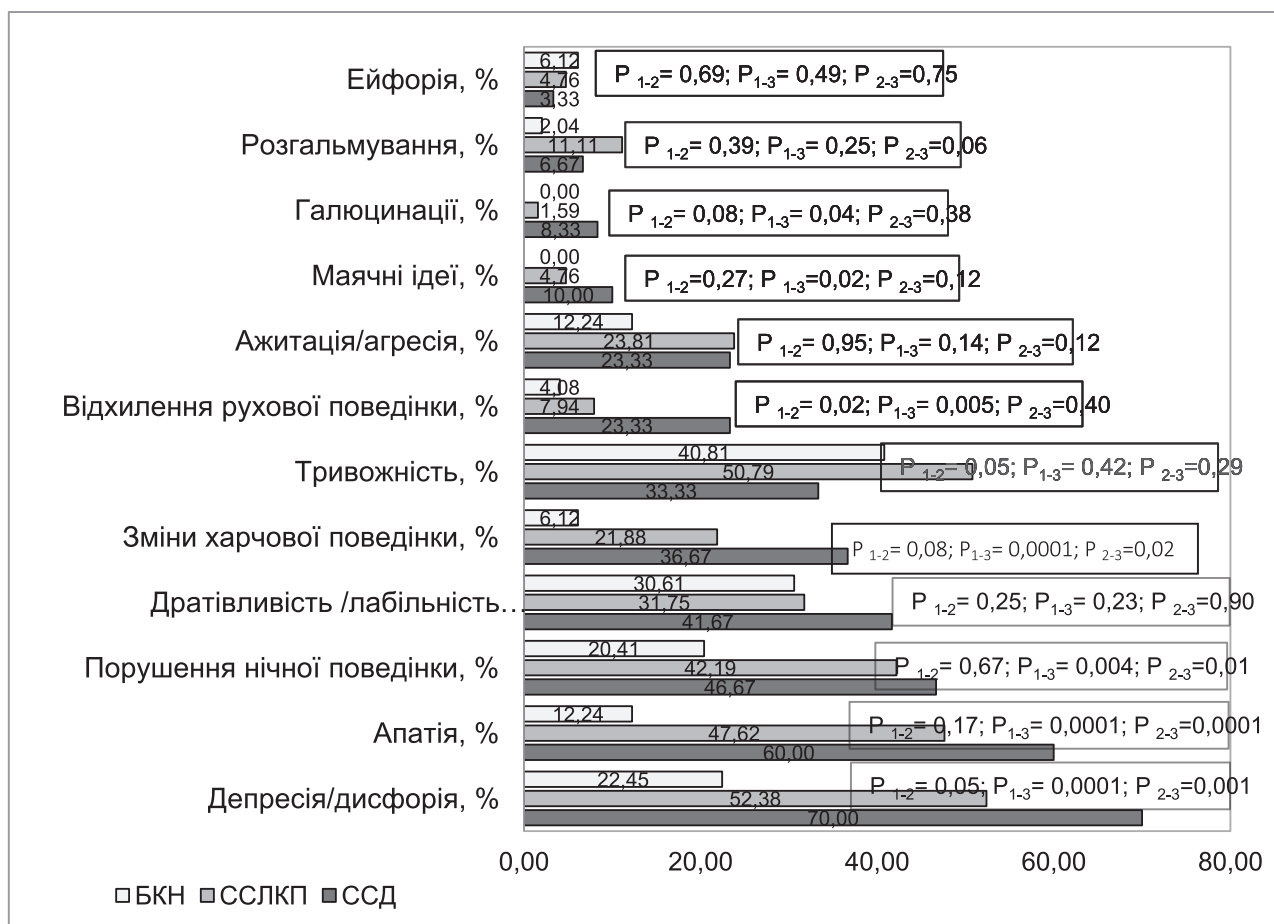


Рис. 1. Поширеність психопатологічних і поведінкових порушень у групах порівняння
Примітки: Р за даними хі-квадрат тесту (1-2 – між групою ССД і ССЛКП, 1-3 – між групою ССД і БКП, 2-3 – між групою ССЛКП і БКП)

порушень ходьби лобового типу (важливий симптом ССД, що входить до критеріїв її діагностики).

Слід також зазначити, що депресія і апатія суттєво порушують різні види повсякденної активності пацієнтів ССД та ССЛКП (позитивні кореляції з показниками шкали BADL). Зважаючи на те, що коефіцієнти кореляції депресії та апатії з загальним балом шкали BADL були вищими, ніж з показниками когнітивного дефіциту, можна вважати, що дані психопатологічні порушення є додатковим фактором, який погіршує повсякденне функціонування пацієнтів на всіх етапах розвитку ССД.

Наявність депресії та апатії достовірно корелювало з нейровізуалізаційними показниками, які відображають ступінь атрофії конвексимальних відділів мозку (усереднена ширина кіркових борозен, об'ємний індекс субарахноїдального простору), збільшення шлуночкової системи (індекс 3-го шлуночка, об'ємний індекс шлуночків), а також показниками, що вказують на переважну атрофію лобно-підкіркових церебральних відділів (індекс передніх рогів бокових шлуночків, бікаудатний індекс, індекс Хакмана). Депресія також позитивно корелювала зі ступенем вираженості лейкоареозу. Даний показник відображає вираженість мікровазкулярного ураження субкортикальних та перивентрикулярних відділів головного мозку.

Обговорення. Проведене дослідження показало високу поширеність психопатологічних і поведінкових

порушень у пацієнтів з ССД та її попередньою стадією – ССЛКП (98,33% і 92,06% відповідно), що достовірно вище, ніж в осіб БКП (63,27%). Дані про частоту цих порушень при ССД відповідають наведеним раніше, в тому числі в популяційних дослідженнях [5; 8; 16; 21; 22]. Дані про частоту психопатологічних і поведінкових розладів при ССЛКП отримані нами вперше. Зростання частоти психопатологічних синдромів по мірі збільшення тяжкості когнітивних порушень, свідчить про їх патогенетичний зв'язок з органічним мікровазкулярним ураженням мозку. Крім наростання частоти психопатологічних порушень, на етапах розвитку ССД має місце збільшення їх кількості у одного пацієнта.

На етапах розвитку ССД змінюється також і специфіка досліджуваних розладів. Так у літніх і старих пацієнтів БКП, що мають цереброваскулярні фактори ризику, в психопатологічній структурі переважали тривожні, депресивні порушення і розлади нічної поведінки. Очевидно, цей психопатологічний спектр відображає як початкові структурні зміни у відділах мозку, які регулюють афективний стан, так і підвищену вразливість цих церебральних механізмів до впливу психосоціальних факторів. На етапі ССЛКП тривожні розлади зберігають свою значущість. У той же час на перший план виступає депресивний і апатичний синдром. Частота депресії й апатії наростає на стадії ССД, супроводжуючись й іншими розладами, серед яких основне місце займають

порушення нічної і харчової поведінки. На провідне місце депресії серед психопатологічних порушень ССД вказує і низка зарубіжних публікацій [16; 21].

У ряді інших досліджень основними порушеннями при мікровазкулярній судинній деменції були апатія, потім – депресія, дратівливість, ажитація/агресія [8; 14; 22].

Виявлені суттєві кореляції частоти виникнення депресії, апатії, порушень нічної та харчової поведінки між собою свідчать про те, що дані порушення складають основу некогнітивного психопатологічного синдрому-комплексу на етапах прогресування ССД. Етіопатогенетичними механізмами таких порушень за нашими даними є атрофічний процес головного мозку, особливо його лобово-субкортикальних відділів, а також лейкоареоз (ураження білої речовини) лобово-субкортикальних регіонів.

З позицій гіпотези «судинної депресії» депресивний синдром викликається мікровазкулярним процесом, що вражає корково-субкортикальні нервові кола, які регулюють настрій [7; 20]. Йдеться про префронтально-стріатні та префронтально-амігдаларні проекції, що беруть свій початок від орбіто-фронтальної кори [18]. Очевидно, що у літніх пацієнтів атрофія кори зазначених відділів мозку поєднується ураженням їх зв'язків у білій речовині.

Апатія, у свою чергу, може бути індукована змінами в нейрональній мережі, яка генерує контроль цілеспрямованої діяльності. Дана мережа в основному представлена структурами префронтальної кори і їх зв'язками з базальними ядрами, таламусом і лімбичними утвореннями [15]. Передбачається, що у хворих із ССД розрив трактів білої речовини, що з'єднують префронтальну кору і базальні ядра, може викликати апатію.

На підставі отриманих даних можна зробити такі висновки:

1. Психопатологічні та поведінкові порушення є важливими і досить розповсюдженими проявами етапів розвитку ССД. Поширеність їх у осіб із цереброваскулярними факторами ризику БКП становить – 63,27%, при ССЛКП – 92,06%, при ССД – 98,33%. Вони корелюють із тяжкістю когнітивного дефіциту і є додатковим фактором погіршення функціональної активності у повсякденному житті в даній когорті хворих.
2. Основу психопатологічного синдрому-комплексу в осіб похилого та старечого віку БКП складають тривожність (40,81% випадків), дратівливість (30,61%), депресія (22,45%), порушення нічної поведінки (20,41%), у пацієнтів з ССЛКП – депресія (52,38%), тривожність (50,79%), апатія (47,62%), порушення нічної поведінки (42,19%), а у хворих з ССД – депресія (70%), апатія (60%), порушення нічної поведінки (46,67%) і зміни харчової поведінки (36,67%).
3. Основні психопатологічні синдроми етапів розвитку ССД залежать від атрофічних процесів переважно лобово-субкортикальних регіонів головного мозку і ступеня ураження перивентрикулярної і субкортикальної білої речовини.

4. Отримані дані можна використовувати для організації діагностичних та лікувальних заходів у даного контингенту літніх і старих пацієнтів.
5. Шкала NPI є зручним та надійним інструментом для оцінки поширеності психопатологічних та поведінкових розладів на етапах розвитку ССД та може застосовуватися в клінічній практиці українських лікарів-психіатрів.

Література:

1. Левада О. А., Траїлін А. В. Рівень білка S100B сироватки крові як маркер прогресування легких когнітивних порушень судинної етіології у субкортикальну судинну деменцію та ефективності терапевтичних впливів // Лік. справа. - 2012. - N 3-4. - С. 53-59.
2. Левин О. С. Клинико-магнитнорезонансно-томографическое исследование дисциркуляторной энцефалопатии с когнитивными нарушениями: Автореф. дис. . канд. мед.наук.-М., 1996. - 24с.
3. Лурия А. П. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. - М.: Изд-во МГУ, 1962. - 432 с.
4. Терновой С. К., Дамулин И. В. Количественная оценка компьютерно-томографических характеристик головного мозга при нейрогериятрических заболеваниях. I // Мед. радиология. - 1991. - №7. - С. 21-26.
5. Aharon-Peretz J., Kliot D., Tomer R. Behavioral differences between white matter lacunar dementia and Alzheimer's disease: a comparison on the neuropsychiatric inventory // Dement.Geriatri.Cogn Disord.- 2000. - Vol. 11, P. 294-298.
6. Bucks R. S., Ashworth D. L., Wilcock G. K., Siegfried K. Assessment of activities of daily living in dementia: development of the Bristol Activities of Daily Living Scale // Age Ageing. - 1996. - Vol. 25, N 2. - P. 113-20.
7. Camus V., Kraehenbuhl H., Preisig M., Bula C. J., Waeber G. Geriatric depression and vascular diseases: what are the links? // J. Affect. Disord. - 2004. - Vol. 81, N 1. - P. 1-16.
8. Caputo M., Monastero R., Mariani E. et al. Neuropsychiatric symptoms in 921 elderly subjects with dementia: a comparison between vascular and neurodegenerative types // Acta Psychiatr. Scand. 2008. - Vol. 117, P. 455-464.
9. Cummings J. L., Mega M., Gray K. et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia // Neurology. - 1994. - Vol. 44, P. 2308-2314.
10. Erkinjuntti T., Izmitari D., Pantoni L. et al. Research criteria for subcortical vascular dementia in clinical trials // J. Neural. Transmission. - 2000. - Vol. 59 (Suppl 1). - P. 23-30.
11. Fatiglionni L., Launer L. J., Andersen K. et al. Incidence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts // Neurology. - 2000. - Vol. 54 (Suppl. 5). - S10-S15.
12. Finkel S. I. Behavioral and psychological symptoms of dementia: a current focus for clinicians, researchers, and caregivers // J. Clin. Psychiatry. - 2001. - Vol. 62 (Suppl 21), P. 3-6.
13. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. Psychiatr. Res. - 1975. - Vol. 12. - P. 189-198.
14. Fuh J. L., Wang S. J., Cummings J. L. Neuropsychiatric profiles in patients with Alzheimer's disease and vascular dementia // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. - 2005. - Vol. 76, P. 1337-1341.
15. Levy R., Dubois B. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits // Cereb. Cortex. - 2006. - Vol. 16, P. 916-928.
16. Lyketsos C. G., Steinberg M., Tschanz J. T. et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging // Am. J. Psychiatry. - 2000. - Vol. 157, P. 708-14.
17. Morris J. C. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules // Neurology. - 1993. - Vol. 43, N 11. - P. 2412-2414.
18. Rajkowska G., Miguel-Hidalgo J. J., Dubey P. et al. Prominent reduction in pyramidal neurons density in the orbitofrontal cortex of elderly depressed patients // Biol Psychiatry. - 2005. - Vol. 58, N 4. - P. 297-306.
19. Ross G. W., Petrovitch H., White L. R. et al. Characterization of risk factors for vascular dementia: The Honolulu Asia Aging Study // Neurology. - 1999. - Vol. 53. - P. 337-343.
20. Seki T., Awata S., Koizumi Y. et al. Association between depressive symptoms and cerebrovascular lesions on MRI in community-dwelling

elderly individuals // *Nippon Ronen Igakkai Zasshi.* - 2006. - Vol. 43, N 1. - P. 102-107.

21. Srikanth S., Nagaraja A. V., Ratnavalli E. Neuropsychiatric symptoms in dementia: frequency, relationship to dementia severity and comparison in Alzheimer's disease, vascular dementia and frontotemporal dementia

// *J. Neurol. Sci.* - 2005. - Vol. 236, P. 43-48.

22. Staekenborg S. S., Su T., van Straaten E. C. et al. Behavioural and psychological symptoms in vascular dementia: differences between small- and large-vessel disease // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* - 2010. - Vol. 81, P. 547-551.

СПЕКТР ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ НА ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ ЗА ДАНИМИ NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

О. А. ЛЕВАДА, А. В. ТРАЛИН

Спектр психопатологічних та поведінкових симптомів був досліджений у 60 пацієнтів з субкортикальною судинною деменцією (ССД), 63 хворих з субкортикальним судинним легким когнітивним порушенням (ССЛКН) і 49 осіб похилого та старечого віку без когнітивних порушень (БКП) за допомогою 12-пунктової Neuropsychiatric Inventory (NPI). Симптоми вважалися наявними при показнику ≥ 1 бала. Усім включеним у дослідження додатково проводили неврологічний, нейропсихологічний огляд, МРТ/КТ головного мозку. Психопатологічні та поведінкові порушення у осіб БКП спостерігалися в 63,27% випадках, при ССЛКП – у 92,06% хворих, при ССД – у 98,33% пацієнтів. У когорті ССД найчастіше спостерігали депресію, апатію, порушення нічної поведінки та зміни харчової поведінки, у пацієнтів ССЛКП – депресію, тривожність, апатію, порушення нічної поведінки, а у осіб БКП – тривожність, дратівливість, депресію, порушення нічної поведінки. Основні психопатологічні зміни клінічної структури етапів розвитку ССД залежали від атрофічних процесів переважно лобово-субкортикальних регіонів головного мозку та ступеня ураження перивентрикулярної і субкортикальної білої речовини. Отримані дані можна використовувати для організації діагностичних та лікувальних заходів у даного контингенту пацієнтів. Шкала NPI є надійним інструментом для оцінки поширеності психопатологічних та поведінкових порушень на етапах розвитку ССД і може застосовуватися в клінічній практиці українських психіатрів.

Ключові слова: субкортикальна судинна деменція, субкортикальне легке когнітивне порушення, психопатологічні та поведінкові симптоми, шкала Neuropsychiatric Inventory

THE SPECTRUM OF PSYCHOPATHOLOGICAL AND BEHAVIORAL SYMPTOMS AT THE STAGES OF FORMATION OF THE SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA ACCORDING TO NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

O. LEVADA, A. TRAILIN

The spectrum of psychopathological and behavioral symptoms was investigated in 60 patients with subcortical vascular dementia (SCVaD), 63 patients with subcortical vascular mild cognitive impairment (SCMCI) and in 49 elderly persons without cognitive impairments (WCI) using the 12-item Neuropsychiatric Inventory (NPI). Symptoms were considered present when the score was ≥ 1 . All recruited persons were additionally undergone to neurological, neuropsychological and MRI/CT assessment. Psychopathological and behavioral symptoms were reported in 63,27% of the WCI persons, in 92,06% of the SCMCI patients and in 98,33% of the SCVaD patients. Depressive symptoms, apathy, night time behavior disturbances and appetite changes were most prevalent in SCVaD cohort. Depressive symptoms, anxiety, apathy, night time behavior disturbances were predominant in SCMCI group. In WCI persons prevalent symptoms were anxiety, irritability, depression, night time behavior disturbances. Predominant psychopathological disturbances at the stages of SCVaD formation depended on atrophic changes of frontal and subcortical cerebral regions and periventricular/subcortical white matter lesion. Obtained data could be used for diagnostic process and management the contingent of elderly patients. NPI could be helpful in the clinical practice for Ukrainian psychiatrists to assessing the psychopathological and behavioral symptoms at the stages of SCVaD formation.

Keywords: subcortical vascular dementia, subcortical vascular mild cognitive impairment, psychopathological and behavioral symptoms, Neuropsychiatric Inventory

УДК 616.89:616.8-07:616.895.4

О. С. Орлова

КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

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

Ключевые слова: когнитивные нарушения, аффективные нарушения, деменция, дисциркуляторная энцефалопатия

Актуальность проблемы когнитивных нарушений в современном мире неуклонно растет, что обусловлено новыми демографическими тенденциями, в частности увеличением средней продолжительности жизни, а также медико-социальными аспектами, связанными с нарушением адаптации и работоспособности данной категории пациентов. Поскольку возраст является весомым фактором риска когнитивных и аффективных расстройств, число пациентов с этими нарушениями возрастает одновременно с увеличением числа лиц пожилого населения. Известно, что в 2000 году в мире насчитывалось 20 млн. больных с деменцией. К 2025 году по данным экспертов ВОЗ их число достигнет 35 млн., а к 2050 году – 100 млн. Такая тенденция непосредственно связана со «старением» населения планеты в целом.

Учитывая, что история не знает такого стремительного роста количества дементных больных, некоторыми авторами сложившаяся в конце XX–XXI века ситуация была названа «эпидемией деменции». Не менее актуальна эта проблема и для Украины, где также отмечено прогрессивное увеличение количества пациентов с тяжелыми когнитивными нарушениями [29]. К тому же в Украине наблюдается сочетание высоких темпов старения населения и при этом отрицательных показателей его воспроизводства, что позволяет признать ее из всех стран СНГ самой «старой».

Развитие деменции представляет серьезную клиническую проблему, поскольку полностью или частично ее обратимые формы составляют не более 10–15% всех случаев деменции (при этом не учитывается так

elderly individuals // *Nippon Ronen Igakkai Zasshi.* - 2006. - Vol. 43, N 1. - P. 102-107.

21. Srikanth S., Nagaraja A. V., Ratnavalli E. Neuropsychiatric symptoms in dementia: frequency, relationship to dementia severity and comparison in Alzheimer's disease, vascular dementia and frontotemporal dementia

// *J. Neurol. Sci.* - 2005. - Vol. 236, P. 43-48.

22. Staekenborg S. S., Su T., van Straaten E. C. et al. Behavioural and psychological symptoms in vascular dementia: differences between small- and large-vessel disease // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* - 2010. - Vol. 81, P. 547-551.

СПЕКТР ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ НА ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ ЗА ДАНИМИ NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

О. А. ЛЕВАДА, А. В. ТРАЛІН

Спектр психопатологічних та поведінкових симптомів був досліджений у 60 пацієнтів з субкортикальною судинною деменцією (ССД), 63 хворих з субкортикальним судинним легким когнітивним порушенням (ССЛКН) і 49 осіб похилого та старечого віку без когнітивних порушень (БКП) за допомогою 12-пунктової Neuropsychiatric Inventory (NPI). Симптоми вважалися наявними при показнику ≥ 1 бала. Усім включеним у дослідження додатково проводили неврологічний, нейропсихологічний огляд, МРТ/КТ головного мозку. Психопатологічні та поведінкові порушення у осіб БКП спостерігалися в 63,27% випадках, при ССЛКП – у 92,06% хворих, при ССД – у 98,33% пацієнтів. У когорті ССД найчастіше спостерігали депресію, апатію, порушення нічної поведінки та зміни харчової поведінки, у пацієнтів ССЛКП – депресію, тривожність, апатію, порушення нічної поведінки, а у осіб БКП – тривожність, дратівливість, депресію, порушення нічної поведінки. Основні психопатологічні зміни клінічної структури етапів розвитку ССД залежали від атрофічних процесів переважно лобово-субкортикальних регіонів головного мозку та ступеня ураження перивентрикулярної і субкортикальної білої речовини. Отримані дані можна використовувати для організації діагностичних та лікувальних заходів у даного контингенту пацієнтів. Шкала NPI є надійним інструментом для оцінки поширеності психопатологічних та поведінкових порушень на етапах розвитку ССД і може застосовуватися в клінічній практиці українських психіатрів.

Ключові слова: субкортикальна судинна деменція, субкортикальне легке когнітивне порушення, психопатологічні та поведінкові симптоми, шкала Neuropsychiatric Inventory

THE SPECTRUM OF PSYCHOPATHOLOGICAL AND BEHAVIORAL SYMPTOMS AT THE STAGES OF FORMATION OF THE SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA ACCORDING TO NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

O. LEVADA, A. TRAILIN

The spectrum of psychopathological and behavioral symptoms was investigated in 60 patients with subcortical vascular dementia (SCVaD), 63 patients with subcortical vascular mild cognitive impairment (SCMCI) and in 49 elderly persons without cognitive impairments (WCI) using the 12-item Neuropsychiatric Inventory (NPI). Symptoms were considered present when the score was ≥ 1 . All recruited persons were additionally undergone to neurological, neuropsychological and MRI/CT assessment. Psychopathological and behavioral symptoms were reported in 63,27% of the WCI persons, in 92,06% of the SCMCI patients and in 98,33% of the SCVaD patients. Depressive symptoms, apathy, night time behavior disturbances and appetite changes were most prevalent in SCVaD cohort. Depressive symptoms, anxiety, apathy, night time behavior disturbances were predominant in SCMCI group. In WCI persons prevalent symptoms were anxiety, irritability, depression, night time behavior disturbances. Predominant psychopathological disturbances at the stages of SCVaD formation depended on atrophic changes of frontal and subcortical cerebral regions and periventricular/subcortical white matter lesion. Obtained data could be used for diagnostic process and management the contingent of elderly patients. NPI could be helpful in the clinical practice for Ukrainian psychiatrists to assessing the psychopathological and behavioral symptoms at the stages of SCVaD formation.

Keywords: subcortical vascular dementia, subcortical vascular mild cognitive impairment, psychopathological and behavioral symptoms, Neuropsychiatric Inventory

УДК 616.89:616.8-07:616.895.4

О. С. Орлова

КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

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

Ключевые слова: когнитивные нарушения, аффективные нарушения, деменция, дисциркуляторная энцефалопатия

Актуальность проблемы когнитивных нарушений в современном мире неуклонно растет, что обусловлено новыми демографическими тенденциями, в частности увеличением средней продолжительности жизни, а также медико-социальными аспектами, связанными с нарушением адаптации и работоспособности данной категории пациентов. Поскольку возраст является весомым фактором риска когнитивных и аффективных расстройств, число пациентов с этими нарушениями возрастает одновременно с увеличением числа лиц пожилого населения. Известно, что в 2000 году в мире насчитывалось 20 млн. больных с деменцией. К 2025 году по данным экспертов ВОЗ их число достигнет 35 млн., а к 2050 году – 100 млн. Такая тенденция непосредственно связана со «старением» населения планеты в целом.

Учитывая, что история не знает такого стремительного роста количества дементных больных, некоторыми авторами сложившаяся в конце XX–XXI века ситуация была названа «эпидемией деменции». Не менее актуальна эта проблема и для Украины, где также отмечено прогрессирующее увеличение количества пациентов с тяжелыми когнитивными нарушениями [29]. К тому же в Украине наблюдается сочетание высоких темпов старения населения и при этом отрицательных показателей его воспроизводства, что позволяет признать ее из всех стран СНГ самой «старой».

Развитие деменции представляет серьезную клиническую проблему, поскольку полностью или частично ее обратимые формы составляют не более 10–15% всех случаев деменции (при этом не учитывается так

называемая псевдодеменция при депрессии и некоторых других психиатрических состояниях); большое внимание в настоящее время уделяется более ранним, додементным формам когнитивных расстройств, которые соответственно предшествуют тяжелым необратимым изменениям и являются более перспективными в плане возможности эффективного терапевтического вмешательства, что имеет особое значение для лиц среднего возраста. Как в Украине, так и в других странах ранняя манифестация когнитивных и аффективных нарушений остается наименее изученной на сегодняшний день.

Важно отметить, что вышеописанные тенденции сочетаются также и с нарушением церебрального кровообращения. Хронические прогрессирующие формы церебральной недостаточности сосудистой этиологии принято называть термином «дисциркуляторная энцефалопатия» (ДЭП). Именно при ДЭП когнитивные нарушения являются ядром клинической картины, что в совокупности с постепенным ее развитием, часто проходящим через период «скрытого» течения, позволяет рассматривать данную нозологию как перспективную в плане глубинного изучения когнитивных и аффективных нарушений в динамике, а также различных корреляционных связей, возникающих в процессе углубления патологических процессов вплоть до наступления дементного состояния.

Осуществляя научное исследование, важно учитывать, что изначально когнитивные способности взрослых здоровых лиц различны. И о нарушениях когнитивных функций (особенно ранних) можно говорить лишь в тех случаях, когда их снижение происходит по сравнению с исходным уровнем, т. е. по сравнению с индивидуальной нормой одной или нескольких когнитивных функций, таких как память, праксис, гнозис, речь или исполнительные функции.

Важной представляется дифференциация с возрастными изменениями, которые в некоторой степени оказываются сходными с патологическими. Старение также влечет за собой когнитивные расстройства в виде естественного ослабления внимания, кратковременной памяти, дисрегуляторных нарушений, ухудшения показателей вербально-логических, психомоторных и других когнитивных функций, даже при отсутствии клинически-очерченного заболевания головного мозга.

Отмечено, что возрастное ухудшение когнитивных способностей начинается приблизительно с 30-35 летнего возраста, однако наиболее значительные изменения происходят между 45-60 годами. (По определению ВОЗ возрастной интервал 45-59 лет назван средним возрастом). В дальнейшем прогрессирование когнитивных нарушений происходит крайне медленно.

Возрастные изменения головного мозга главным образом затрагивают нейродинамические факторы когнитивных функций. Важнейшей характеристикой возрастных когнитивных нарушений является уменьшение скорости реакции на внешние стимулы. В клинике это проявляется в виде замедленности мнестико-интеллектуальных процессов: пожилому человеку обычно

требуется больше времени для выполнения той или иной умственной работы по сравнению с лицами молодого и среднего возраста. Другим аспектом нейродинамических нарушений является уменьшение способности концентрировать внимание в течение длительного времени. Поэтому пожилые лица быстрее устают и чаще отвлекаются при умственных нагрузках.

С возрастом уменьшается объем оперативной (кратковременной) памяти. Это приводит к тому, что пожилым лицам труднее приобретать новые знания и навыки, чем лицам молодого и среднего возраста, труднее одновременно работать с несколькими источниками информации, что может быть также связано с уменьшением способности быстро переключать внимание.

В то же время возрастные изменения когнитивных функций не затрагивают память о текущих и отдаленных событиях жизни, приобретенные в прошлом навыки, словарный запас, способность к обобщениям и вынесению умозаключений, а также общие знания. Не характерны первичные нарушения гнозиса или праксиса.

В процессе старения индивидуальные различия когнитивных способностей у здоровых лиц еще более усугубляются. Предполагается, что выраженность возрастного снижения зависит от генетических детерминант, перенесенных заболеваний, уровня образования и рода занятий. У определенной части пожилых людей когнитивные способности остаются на уровне, сопоставимом с лицами молодого и среднего возраста. В этих случаях принято говорить о так называемом «успешном» старении. Однако при значительной выраженности возрастных изменений ухудшение когнитивных функций может приобретать клиническую значимость. Нередко возрастные изменения со стороны высших мозговых функций вызывают значительное беспокойство пациента и являются самостоятельной причиной обращения к неврологу. В связи с этим в 1994 году Международной ассоциацией психогериатров при Всемирной организации здравоохранения (МПА ВОЗ) было предложено использовать термин «возрастная когнитивная дисфункция» для обозначения легких когнитивных нарушений преимущественно возрастного характера. Были разработаны диагностические критерии этого состояния, которые приведены ниже.

Критерии диагноза «возрастная когнитивная дисфункция» по МПА ВОЗ:

1. Когнитивные нарушения по жалобам пациента или его ближайшего окружения.
2. Постепенное развитие нарушений и их наличие в течение, как минимум, 6 месяцев без эпизодов резкого ухудшения за это время.
3. Нарушения в одной из следующих сфер: память, внимание, мышление, речь, зрительно-пространственная ориентировка.
4. Результаты нейропсихологических тестов, как минимум, на 1 стандартное отклонение ниже нормы, разработанной для данной возрастной группы.
5. Критерии исключения:
 - соответствие критериям диагноза умеренного когнитивного расстройства по МКБ-10;

- наличие соматической патологии, способной привести к когнитивным нарушениям;
- органическая патология головного мозга;
- выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства: депрессия, тревога, делирий и др.;
- употребление психоактивных веществ.

Однако концепция «возрастной когнитивной дисфункции» многими признана как умозрительная.

Провести грань между «нормальным старением» и ассоциированной с возрастом дегенеративной и цереброваскулярной патологией невероятно сложно. Еще труднее на практике исследовать «здоровых пожилых», так как нет ни одного метода, который бы позволял прижизненно исключить все возможные структурные и функциональные патологические изменения головного мозга. К тому же необходимо учитывать, что большинство пожилых людей имеют несколько хронических соматических заболеваний, многие из которых могут в свою очередь негативно влиять на когнитивные функции. Поэтому более корректно говорить о синдроме легких когнитивных нарушений в пожилом возрасте, имеющем многофакторную этиологию, которая нуждается в уточнении при клиническом обследовании. Среди экспертов в научной среде существует определенное обобщенное представление, базирующееся на ряде исследований «условно здоровых» лиц. Оно заключается в том, что с возрастом развивается неглубокий нейродинамический дефицит когнитивных функций в виде снижения концентрации внимания, повышенной чувствительности к интерференции, снижения скорости реакции. При этом приобретенные в течение жизни знания и навыки не утрачиваются, что позволяет достичь компенсации и избежать какого-либо существенного затруднения в повседневной жизни. Жалобы когнитивного характера обычно связаны не с «нормальными» возрастными изменениями, а с началом нейродегенеративного процесса или ранними стадиями цереброваскулярного заболевания. Наблюдения за пациентами с так называемыми связанными с возрастом когнитивными нарушениями показали, что в большинстве случаев после более или менее длительного относительно благополучного состояния у них развивается полная клиническая картина деменции [2; 3].

В последнее десятилетие активно ведется научно-исследовательская работа по изучению когнитивных и аффективных нарушений среди пациентов неврологического профиля. Особое внимание уделяется изучению корреляционных связей данных патологических расстройств у больных с ДЭП.

На территории Российской Федерации в 2006 г. было проведено одно из первых в странах СНГ масштабных исследований распространенности когнитивных нарушений (КН) в амбулаторной неврологической практике. В исследовании принимали участие 132 врача невролога и более 3000 пациентов из 33 городов 30 регионов России. Каждому пожилому пациенту, который приходил по какой-либо причине на амбулаторный прием к неврологу, проводилось короткое исследование

когнитивных функций с использованием наиболее простых психометрических методик: краткой шкалы оценки психического статуса и теста рисования часов. В результате КН были выявлены в 70% случаев, причем в 25% они достигали значительной выраженности (по краткой шкале оценки психического статуса) [31].

Реальная распространенность когнитивных нарушений, возникающих в рамках ДЭП, остается неизвестной. Разброс данных эпидемиологических исследований, проведенных в развитых западных странах, в которых оценивали распространенность когнитивных нарушений, связанных с цереброваскулярными заболеваниями, весьма значителен, что не в последнюю очередь определяется трудностью установления причинно-следственных связей. Так в одном из исследований было показано, что распространенность сосудистого когнитивного расстройства среди лиц старше 65 лет превышает 5%, при этом на 1 случай сосудистой деменции приходится примерно 1,5–2 случая умеренного когнитивного расстройства сосудистого генеза [4]. По другим данным, умеренные и выраженные когнитивные нарушения, которые могут отображать цереброваскулярную недостаточность, выявляются у 16,5% лиц старше 60 лет. При аутопсии сосудистые изменения чаще всего микроваскулярной природы, т. е. наиболее четко связанные с когнитивным дефектом, обнаруживаются примерно у трети пожилых людей. Хотя сосудистая деменция, возникающая как в рамках ДЭП, так и после инсультов, по распространенности уступает болезни Альцгеймера (БА), преддементные когнитивные нарушения сосудистого генеза легкой и умеренной выраженности, по-видимому, встречаются чаще, чем амнестический вариант умеренного когнитивного расстройства, рассматриваемый как продромальная фаза БА [6; 7]. Таким образом, когнитивные расстройства в рамках ДЭП могут быть наиболее частым вариантом когнитивных нарушений у пожилых и имеют исключительно важное медико-социальное значение, особенно в связи с текущим процессом старения населения [5].

При исследовании нейропсихологического профиля у больных с ДЭП или микроваскулярной патологией мозга в ряде научных работ отмечены нейродинамические и регуляторные когнитивные нарушения, связанные с патологией или дисфункцией лобных долей и глубинных структур, что соответствует дисфункции I и III структурно-функциональных блоков по А. Р. Лурия [8; 9; 10; 11; 12]. Такие нарушения объясняются характером патоморфологических изменений, свойственных ДЭП, что, в свою очередь, в дальнейшем можно использовать для дифференциального диагноза с таким заболеванием, как болезнь Альцгеймера (БА) [13]. Тем не менее в некоторых исследованиях не было найдено существенных различий между сосудистыми когнитивными нарушениями и БА [14; 15; 16]. Данные противоречия объясняются неодинаковыми критериями диагностики, различиями в дизайне исследования, выборе больных и выборе нейропсихологических тестов, а также гетерогенностью сосудистых когнитивных нарушений. В

одних исследованиях подход к диагностике сосудистых когнитивных нарушений был более строгим, в другие, вероятно, включались пациенты с сопутствующей болезнью БА, что делало нечеткими различия в нейропсихологическом профиле между сосудистой патологией и БА. Учитывая довольно высокую частоту смешанной патологии, подобное объяснение противоречивости результатов представляется вполне верным. Однако существует еще одна причина подобных противоречий. Когнитивный дефицит по мере прогрессирования ДЭП эволюционирует, что сопровождается качественным изменением его профиля [8; 10; 17; 18].

На ранней стадии ДЭП преобладают умеренные нейродинамические нарушения в виде замедленности, аспонтанности, снижения работоспособности, истощаемости, ослабления концентрации внимания. Тем не менее такие пациенты в целом хорошо справляются с тестами, не предусматривающими учета времени выполнения. Это соответствует легкой степени когнитивных нарушений.

При умеренных когнитивных нарушениях наряду с нейродинамическими развиваются и регуляторные расстройства (подкорково-лобный когнитивный синдром). В основе регуляторного дефекта лежат нарушения инициации, планирования, поэтапной реализации ментальных действий, вытормаживания неадекватных реакций, когнитивной гибкости (способность к переключению) и контроля за достижением запланированного результата. В англоязычной литературе для обозначения подобных функций применяют термин «executive functions», а для обозначения нарушений этих функций – *dysexecutive syndrome*. В русскоязычной литературе executive functions часто переводят как «исполнительные функции», не учитывая культурно-лингвистических различий. Корректнее этот термин переводить как «управляющие» или «регуляторные» функции. У пациентов с регуляторным дефицитом нарушается выполнение даже тех нейропсихологических тестов, в которых не вводилось ограничение времени. Нарушение памяти, как правило, бывает умеренным и носит вторичный характер (об этом свидетельствует дефицит свободного воспроизведения при относительно сохранном узнавании и эффективности опосредующих приемов). Эта особенность может служить частным случаем характерной для этой категории больных способности к компенсации когнитивного дефекта. Другой пример того же рода – существенное улучшение выполнения нейропсихологических тестов (особенно на логическую память или абстрактное мышление) даже при небольших подсказках. Тем не менее указанный когнитивный дефицит может способствовать снижению качества жизни больных [19].

Выделение «mild cognitive impairment» (умеренного когнитивного расстройства) в качестве отдельного состояния, которое может предшествовать деменции, прежде всего БА, разработка его диагностических критериев явились значительным теоретическим и практическим шагом в исследовании проблемы когнитивных

нарушений [24; 25; 26; 29]. Тем не менее важно понимать, что это лишь синдром, который надо стараться осмыслить в рамках отдельных нозологий. Этот подход недавно был реализован группой специалистов, предложивших переработанный вариант критериев диагностики БА, согласно которому определенный вариант умеренного когнитивного расстройства при некоторых дополнительных условиях можно рассматривать как раннюю (продромальную) стадию БА [27]. Аналогичный подход справедлив и в отношении умеренного когнитивного расстройства в рамках ДЭП. Необходимы лишь более четкие критерии диагностики, которые предусматривали бы не только наличие сосудистых факторов риска или признаков цереброваскулярного заболевания, но возможно и определенный профиль когнитивных нарушений.

Дальнейшее прогрессирование когнитивного дефекта при ДЭП сопряжено уже с развитием деменции [20; 21].

Таким образом, если на более ранних стадиях заболевания доминируют проявления дисфункции подкорково-лобных систем, то по мере прогрессирования ДЭП происходит своего рода «кортикализация» когнитивного дефекта, в основе которой может лежать дальнейшее распространение патологического процесса, например за счет развития корковых микроинфарктов и атрофии или присоединение альцгеймеровского процесса [22].

В последние годы отмечено частое сочетание депрессии среднего и пожилого возраста с нейровизуализационными признаками микроваскулярного поражения мозга, характерного для ДЭП, в том числе с диффузными изменениями белого вещества. В связи с этим разработана концепция «сосудистой депрессии», для которой, помимо связи с цереброваскулярной патологией, характерно нередкое выявление когнитивного дефекта, особенно регуляторного типа [23]. Это вполне соотносится с другим рядом данных, согласно которым характерной особенностью сосудистых когнитивных нарушений является сочетание с широким спектром аффективных расстройств, но прежде всего – с депрессией. Связь депрессии и когнитивных нарушений представляется весьма неоднозначной. Классические представления о депрессии как причине когнитивных нарушений («псевдодеменции») соответствуют лишь части случаев, возможно небольшой. Чаще встречается ситуация, когда депрессия и когнитивные нарушения развиваются параллельно – в рамках единого патологического процесса (в том числе ДЭП) в связи с вовлечением смежных, но не совпадающих мозговых систем. В подобных случаях дисрегуляторный или иной когнитивный дефицит персистирует даже после успешной терапии депрессии. Более того, в подобных случаях депрессия часто служит своего рода предвестником развития деменции [16]. Безусловно, раннее выявление и подбор адекватной терапии депрессии остаются важнейшими задачами лечения пациентов с когнитивными нарушениями, но не менее важно уметь распознавать и адекватно лечить скрывающийся за депрессией прогрессирующий когнитивный дефицит.

Выводы

Несомненно, современный этап развития медицины остро нуждается в широкомасштабных популяционных исследованиях когнитивных и аффективных нарушений на начальной их манифестации, а также доклиническом начале. Полученные в результате данные о существующих многоуровневых корреляционных связях позволят качественно улучшить раннюю терапевтическую интервенцию. В итоге это даст возможность повысить качество жизни, работоспособность, социальную адаптацию данной категории пациентов. А учитывая постоянно увеличивающееся количество больных с тяжелыми когнитивными расстройствами, ранняя коррекция и приостановление патологического процесса позволит решить социально-экономические вопросы при данной патологии, что облегчит финансовые затраты родственников на дальнейшее содержание и уход, а также затраты государства на соответствующее финансирование в целом. Научное изучение взаимосвязи когнитивных, аффективных нарушений и качества жизни пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на разных этапах патологического процесса даст возможность проанализировать данные расстройства, начиная с легких и заканчивая тяжелыми, дементными изменениями.

Литература:

- Захаров В. В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») // Неврол. журн. – 2006; 11: 27–32.
- Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. Неврол журнал. 2006; 11(Прил. 1): 4–12.
- Яхно Н. Н., Захаров В. В., Локишина А. Б. Нарушения памяти и внимания в пожилом возрасте. Журн неврологии и психиатрии. 2006; 106(2): 58–62.
- Rockwood K, Wentzel C, Hachinski V et al. Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment. Neurology 2000; 54: 447–51.
- Яхно Н. Н. Актуальные вопросы нейрогериатрии. Достижения в нейрогериатрии. М., 1995; 9–27.
- Bowler JV, Hachinski V. The concept of vascular cognitive impairment. Vascular cognitive impairment. T.Erkinjuntti, S.Gauthier (eds). Martin Dunitz 2002; 9–26.
- O'Brien JT, Erkinjuntti T, Reisberg B et al. Vascular cognitive impairment. Lancet Neurology 2003; 2: 89–98.
- Левин О. С. Клинико-магнитно-резонансно-томографическое исследование дисциркуляторной энцефалопатии с когнитивными нарушениями. Дис. канд. мед. наук. М., 1996.
- Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во МГУ, 1969.
- Яхно Н. Н., Левин О. С., Дамулин И. В. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии.

Когнитивные нарушения. Неврол. журн. 2001; 3: 10–8.

- Galluzzi S, Sheu C-F, Zanetti O et al. Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease. Dement Geriatr Cogn Disord 2005; 19: 196–203.
- Pantoni L, Poggesi A, Inzitari D. The relation between white matter lesions and cognition. Curr Opin Neurol 2007; 20: 390–7.
- Looi J, Sachdev P. Differentiation of vascular dementia from AD on neuropsychological tests. Neurology 1999; 53: 630–78.
- McKhann GM, Selnes OA. Vascular cognitive change. Alzheimer's and dementia, 2007; 3: 23–9.
- Roman GC, Erkinjuntti T, Wallin A et al. Subcortical ischemic vascular dementia. Lancet Neurology 2002; 1: 426–36.
- Steffens DC, Taylor WD, Krishnan KRR. Progression of subcortical ischemic disease from vascular depression to vascular dementia. Am J Psychiatry 2003; 160: 1751–6.
- Левин О. С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении. Consilium medicum 2007; 8: 72–9.
- Штумльман Д. Р., Левин О. С. Неврология. Справочник практического врача. М.: Медпресс-информ, 2007.
- Левин О. С., Сагова М. М., Голубева Л. В. Факторы, влияющие на факторы жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией с умеренным когнитивным расстройством. Рос. мед. журн. 2006; 2.
- Reisberg B, Ferris S, Oo T et al. Staging: relevance for trial design in vascular burden of the brain. Vascular cognitive impairment. T.Erkinjuntti, S.Gauthier (eds). Martin Dunitz, 2002; 557–70.
- Schmidtke K, Hull M. Cerebral small vessel disease: how does it progress? J Neurol Sci 2005; 229/230: 13–20.
- Левин О. С. Клинико-магнитно-резонансно-томографическое исследование дисциркуляторной энцефалопатии с когнитивными нарушениями. Дис. канд. мед. наук. М., 1996.
- Alexopoulos G. The depression-executive dysfunction syndrome of late life. Am J Geriatr Psychiatry 2001; 9: 22–9.
- Гаврилова С. И. Мягкое когнитивное снижение – доклиническая стадия болезни Альцгеймера? Consilium medicum 2004; 2: 153–6.
- Дамулин И. В. Легкие когнитивные нарушения. Consilium medicum 2004; 2: 138–41.
- Захаров В. В., Яхно Н. Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение. Рус. мед. журн. 2004; 10: 573–6.
- Gauthier S, Touchon J. Subclassification of mild cognitive impairment in research and in clinical practice. Alzheimer's Disease and Related Disorders Annual, 2004; 61–70.
- Jorm A.F., Korten A.E., Henderson A.S. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature // Acta Psychiatr Scand. – 1987. – 76. – 465–79.
- Москаленко В. Ф., Волошин П. В., Петрошенко П. Р. Стратегия борьбы с судинними захворюваннями головного мозку // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 1(26). – С. 5–7.
- Пирожков С. И., Сафарова Г. Л. Тенденции старения населения России и Украины: демографические аспекты // Успехи геронтолог. – 2000. – №4. – С. 13–21.
- Захаров В. В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») // Неврол. журн. – 2006; 11: 27–32.

КОГНІВНІ ТА АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

О. С. ОРЛОВА

У статті розглянуті основні напрями сучасного вивчення когнітивних та афективних порушень у пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією, а також відмінності вікових змін від досліджуваних розладів, які теж неодмінно проходять свої етапи розвитку, пов'язані із старінням організму.

Ключові слова: когнітивні порушення, афективні порушення, деменція, дисциркуляторна енцефалопатія

COGNITIVE AND AFFECTIVE DISORDERS IN NEUROLOGICAL PRACTICE (ANALYTIC REVIEW)

O. ORLOVA

The publication describes and analyzes the main trends of modern study of cognitive and affective disorders in patients with dyscirculatory encephalopathy, as well as differences in age-related changes of investigating disorders, which are also necessarily pass their stages of development associated with aging.

Keywords: cognitive disorders, affective disorders, dementia, circulatory encephalopathy

УДК 616.89-021

О. П. Романів

ІНФАРКТ МІОКАРДА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СУЇЦИДОЛОГІЇ: СПІЛЬНІ МЕХАНІЗМИ АУТОАГРЕСІЇ, ПАРАЛЕЛІ ТА ВІДМІННОСТІ В ПОРІВНЯННІ З НЕЗАВЕРШЕНИМ СУЇЦИДОМ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: аутоагресія, інфаркт міокарда, суїцид, аутодеструктивна поведінка, суїцидальна спроба, суїцидальний намір

Актуальність. Нині у всьому світі прогресує ріст саморуйнівної поведінки серед населення. Дедалі частіше вона знаходить своє відображення в захопленнях, звичках та способі життя сучасної людини [4; 5]. Враховуючи показники соціально-економічних втрат та швидкого темпу розповсюдження саморуйнівної поведінки, вивчення механізмів, факторів ризику та формування моделей попередження аутоагресії має важливе значення для її попередження.

Методологічні принципи сучасної суїцидології розмежовують поняття аутоагресії як широкого спектру процесів саморуйнівної поведінки та власне самогубства – крайнього ступеня аутоагресії, свідомого позбавлення себе життя з відповідними намірами [8]. Ключовою відмінністю, як вважається, є намір людини до самознищення, який робить його усвідомленим та цілеспрямованим шляхом вирішення існуючої життєвої кризи суїциданта. Зовнішній прояв суїцидального наміру, у вигляді суїцидальної налаштованості, висловлювань і т. д., поряд із відомими нині факторами ризику, служить в суїцидології одним із сигналів для превенції суїцидальної спроби [32; 33; 34; 37]. Проте за своїми наслідками для здоров'я та життя людини, деякі види аутоагресії несуйцидального спектру, мають не менше значення, ніж проблема суїцидів. До таких аутоагресивних проявів ми відносимо і так звані психосоматичні захворювання, і зокрема – інфаркт міокарда, як одну з найнебезпечніших для життя хвороб [13; 14].

У світлі сучасних досліджень, суїцидальний процес розгортається в часі на тлі біологічних схильностей під впливом соціальних і особистісних стресорів в умовах захисту протективними факторами переважно соціального характеру [4; 45]. Суїцид слід розуміти не як безглуздий і необґрунтований вчинок – самогубство на підставі логічних передумов, образу мислення та зосередженості на певному колі проблем здається логічним людині, яка зважається на нього, – а як реакцію на фрустровані психологічні потреби, яка сама по собі може грати роль хронічного стресогенного чинника [27; 33; 35].

Можливості та індивідуальні стратегії подолання стресових чинників називають копінг-стратегіями. Копінг (від англ. Coping – подолання), являє собою поведінку, направлену на пристосування до стресових ситуацій [2; 13; 16; 17]. Вивчення поведінки людини в стресових ситуаціях призвело до виявлення копінг-механізмів, що визначають успішну або неуспішну адаптацію.

Amirkhan J., 1990 запропонував розділити всі поведінкові стратегії на три великі групи:

1. Стратегія вирішення проблем – це активна поведінкова стратегія, при якій людина використовує наявні у неї особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми.
2. Стратегія пошуку соціальної підтримки – це активна поведінкова стратегія, при якій людина для ефективного вирішення проблеми звертається за допомогою і підтримкою до свого оточення: сім'ї, друзів і т. д.
3. Стратегія уникнення – це пасивна поведінкова стратегія, при якій людина намагається уникнути контакту з навколишньою проблемною дійсністю, піти від вирішення проблем (відхід у хворобу, вживання алкоголю, наркотиків або суїцид).

Розглянемо з цієї позиції пацієнта з інфарктом міокарда. Серце є досить чутливим індикатором всіх подій, що відбуваються з людиною. Ритм, а також сила його скорочень, регульовані через симпатичний і парасимпатичний відділи вегетативної нервової системи, дуже чутливо реагують на будь-які зовнішні стресорні впливи. Інфаркт міокарда – одна з клінічних форм ішемічної хвороби серця, що протікає з розвитком ішемічного некрозу ділянки міокарда, обумовленого абсолютною або відносною недостатністю його кровопостачання [1; 12].

Особистісний профіль хворих на інфаркт міокарда включає такі характерні риси: перфекціонізм, честолюбство, прагнення до самоствердження, інтровертованість, емоційну лабільність, істероїдність [16; 19]. Для них характерний хронічний внутрішньоособистісний конфлікт між агресивними імпульсами і залежністю від значущого іншого. Поєднання цих рис призводить до підвищеної готовності до психосоматичного реагування, особливо при необхідності адаптуватися до зміни життєвого стереотипу. Хворі не відступають перед труднощами, нездоланні перешкоди викликають у них лише роздратування і готовність «битися до кінця». Прагнення до самоствердження та надмірне почуття відповідальності нав'язують їм роль трудоголика. Свій гнів за це вони переносять на найближче оточення, з яким встановлюють складні стосунки. Стимування зовнішніх проявів агресії замикає хибне коло, яке через гіперкомпенсацію внутрішніх стресогенних переживань веде до метаболічних змін, виникнення ішемічної хвороби серця та рано чи пізно призводить до виснаження компенсаторних можливостей та незворотних змін, якими і є інфаркт міокарда [22].

Виражене прагнення до соціального успіху в осіб схильних до інфаркту виникає з невротичної аномалії розвитку і в цьому випадку служить компенсацією. Якщо описана психічна схильність поєднується з певними соціальними ситуаціями, то з психосоматичної точки зору ризик інфаркту накопичується, оскільки одночасно у пацієнта «йде назустріч» соматичний компонент у вигляді латентної або маніфестної серцевої недостатності. Пускові соціальні ситуації, які в поєднанні з психічною схильністю можуть викликати інфаркт, часто означають переживання втрати об'єкта. Міжособистісні розчарування з вираженим характером розставання і професійними неуспіхами з виразним емоційним компонентом втрати становлять для потенційного хворого інфарктом більшу загрозу, оскільки у пацієнта одночасно є нарцисичні порушення [24; 25]. Воно являє собою важливу умову для незадовільної переробки переживання втрати об'єкта. Такий пацієнт переживає її як грубу нарцисичну образу. З'являється нестійкість таких душевних якостей, як внутрішня впевненість і почуття благополуччя, що позначається також як «лабільне самосприйняття» і має чітко депресивне забарвлення. Це лабільне самосприйняття, в прихованому або явному вигляді, виявляється у тих потенційних хворих інфарктом, які характеризуються описаними психодинамічними процесами. Лабільне почуття самосприйняття, представлене в тому числі як почуття неповноцінності, представляє істотний внутрішній мотив для прагнення до соціального успіху, тому що тим самим пацієнту вдається вибудувати більш-менш стабільне компенсаторне псевдосамосприйняття. Розрізняють 2 чинники, які визначають ризик інфаркту: з одного боку – атеросклероз, а з іншого – стрес. На посилення цих факторів впливають також спосіб життя пацієнта, пов'язаний з харчуванням, алкоголізацією, курінням, гіподинамією, а також стану страху, напруги, агресивності та виснаженості, які, в свою чергу, можуть мати наслідком поведінку підвищеного ризику.

Таким чином, пацієнти з ризиком виникнення інфаркту міокарда схильні до копінг-стратегій, що направлені на вирішення стресової ситуації. Проте через особистісні характеристики така поведінка видозмінює спосіб життя і веде до незворотних змін.

Серед спільних ланок виникнення інфаркту міокарда та самогубства можна розглядати не тільки психологічні і психодинамічні механізми, але й метаболічні зміни. Цікавими є патофізіологічні дослідження аутоагресивної поведінки останніх років. Відзначимо, зокрема, що серед чоловіків із низьким рівнем холестерину серед причин смерті самогубство зустрічається частіше [10; 11]. За даними М. Züge і співавторів (1996), відносний ризик самогубств у чоловіків у віці 43–53 років із зниженим рівнем холестеролу в крові ($<4,78$ ммоль/л) становить 3,16. З'являється все більше даних про взаємозв'язок природно низького або фармакологічно зниженого рівня холестерину в крові та підвищеної смертності не тільки внаслідок самогубств, але і травм, і нещасних випадків (Kaplan JR та ін, 1997; Kunugi H. та ін., 1997). Це дає підстави припустити наявність відхилень у поведінці,

зокрема, агресивності, імпульсивності й депресії. Відповідно до однієї з гіпотез, біохімічні стимули, обумовлені зниженням рівня цього важливого показника нормально-го харчування, провокують собою ризикову поведінку, спрямовану на пошук джерел їжі, або депресію як прояв фрустрації (Kaplan JR і співавт., 1997).

У свій час в американських групах здоров'я, з метою зниження ризику серцево-судинної патології та інших атеросклеротичних розладів, рекомендували ефективний і безпечний дієтичний спосіб відмови від споживання насиченого жиру і холестерину. Накопичений Каплан Дж. Р. з співавт. матеріал у даних групах про низький рівень холестерину сироватки крові свідчив про збільшення смертності переважно від нещасних випадків та суїцидів. На думку авторів, зміни в поведінці настали через механізм залучення в процес центральної серотонінергічної активності. Попередні дослідження показали, що застосування дієти або медикаментозних препаратів для зниження холестерину крові та запобігання серцево-судинних розладів супроводжується збільшенням смертних випадків унаслідок аутоагресії або застосування насильства. Hawthorn K. з співавт., Bovbjerg V. E. з співавт. підтвердили зв'язок підвищеного ризику агресивної і ауто агресивної поведінки, обумовленої застосуванням препаратів, що знижують рівень холестерину крові. Подібні результати були отримані Kunugi при вивченні смертності від серцево-судинної патології. Незважаючи на її зниження, рівень смертності від суїцидів та нещасних випадків зростав серед пацієнтів зі зниженим холестерином сироватки крові.

Протилежні зміни ліпідного обміну, тобто гіперхолестеринемія, є одним із значущих факторів виникнення атеросклерозу, який, в свою чергу, веде до ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда. В цьому сенсі суїцид та аутодеструктивна поведінка у вигляді інфаркту міокарда є ніби протилежностями одного процесу із різними проявами.

У числі причинних факторів суїцидів певне місце займають психологічні закономірності, що визначають даний вид поведінки людини, врахування яких є досить значущим для вирішення ряду проблем суїцидології [29; 30; 33; 36; 37; 45]. Практика роботи з суїцидентами показує, що суб'єктивно-психологічні характеристики суїцидальної поведінки містять у собі ряд загальних рис із аутоагресивним компонентом при інфаркті міокарда, що мають теоретичне і практичне значення. Не йдеться про об'єктивно значущі фактори ризику, а лише про їх суб'єктивне переживання хворим та необхідність у виявленні службою психологічної та психотерапевтичної допомоги таких факторів у окремої особи.

Методи і матеріали. Пропонуємо проаналізувати з позицій суїцидології та психосоматичної медицини два випадки аутоагресивної поведінки, які нам довелося спостерігати: інфаркт міокарда в чоловіка 34 років (д-з: Гострий інфаркт міокарда, передньоперегородковий), незавершену спробу суїциду в чоловіка 32 років (через повішання). В обох чоловіків не виявлено ознак психічного захворювання в анамнезі та на момент обстеження.

Обстеження даних осіб проводилося після виникнення інфаркту міокарда та спроби самогубства відповідно у кожного з них через тиждень після цих подій. Клінічна оцінка обстеження проводилася в двох напрямках – оцінка актуального психічного стану на момент обстеження, клінічне інтерв'ю та ретроспективна оцінка життєвих подій та переживань, що передували випадкам даних поступлень до стаціонарів. З цією метою використані такі методики: шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), шкала самооцінки (Спілберга Ч. Д., Ханіна Ю. Л.), оцінка якості рівня життя (Чабан О. С., Хаустова О. О.), Колумбійська шкала оцінки важкості суїциду (C-SSRS) [7].

Результати. Оцінка наведеними методиками проводилася на момент після випадку незавершеного суїциду та інфаркту міокарда у цих осіб, що не дає змогу говорити про високу достовірність отриманих даних стосовно їх ретроспективного стану, який безпосередньо передував фатальним подіям; проте метою даного повідомлення є максимальне наближення до розуміння переживань обох пацієнтів та виявлення можливих спільних передумов їх формування.

Випадок 1. Інфаркт міокарда. Пацієнт Н., 34 років, за фахом – економіст. Соматичних захворювань в анамнезі немає. Народився в повній сім'ї, ріс, зі слів самого хворого, в «благоприємній психологічній атмосфері, проте в матеріальній скруті», і був старшим із синів. З дитинства прагнув досягти кращого матеріального становища, через що в школі добре вчився, був ініціатором шкільних заходів, лідером у колективі. Після закінчення середньої школи серйозно готувався до вступу до вишу, проте невдало склав іспити на економічний факультет та був вимушений працювати на сезонних роботах протягом року. В збройних силах не служив через плоскостопість. Через рік вступив на стаціонарну форму навчання економічного факультету, який закінчив через 5 років. Після цього протягом року шукав місце працевлаштування, проживав за рахунок коштів батьків, з якими стосунки погіршилися через матеріальну неспроможність пацієнта. Нарешті він отримав роботу економіста в одній із комерційних структур. Зі слів самого пацієнта, мав неабияку мотивацію до роботи та часто залишався позанормово; поступово робота зайняла провідне місце в його житті, але, незважаючи на це, довгий час у нього не було просування по службі та покращення матеріального становища. З огляду на це, Н. відмічав постійні переживання власної безпомічності та посилене бажання будь-що довести свою компетенцію та отримати визнання з боку керівництва. В цей час відмічаються внутрішньо-особистісні конфлікти між фрустрованою потребою у визнанні та самореалізації і тривожною невизначеністю, часто злісного бажання довести право на кращі позиції власному керівництву. За характером даний пацієнт описує себе як «відповідального, виконавчого, тримаючого переживання в собі». У 28 років одружився, до 32 років став батьком 2-х дітей. Проживав разом з жінкою та дітьми в окремо орендованій квартирі. До цього часу матеріальне становище пацієнта покращилося за

рахунок більших об'ємів виконуваної роботи, при тій же зайнятій посаді, що неминуче приводило до пригніченості, почуття особистої образи на керівництво, яке пацієнт не міг виразити через страх втратити будь-які засоби до існування. Виконання роботи не приносило задоволення, але віра в краще майбутнє мотивувала пацієнта до виконання своїх обов'язків. Стосунки в сім'ї пацієнт відмічав як «хороші, теплі», часто знаходив у розмовах з жінкою підтримку та розуміння, проте водночас відчував провину та намагався утримувати свої переживання «в собі».

Протягом двох останніх років коло спілкування пацієнта обмежалося діловими зв'язками, дозволяючи практично повністю займатися справами, став не помічати, як за роботою «пролітало все життя». Стосунки в сім'ї погіршилися, виникали відчуженість від близьких та непоборне бажання покращення матеріального становища, яке він очікував у найближчому майбутньому. За тиждень до госпіталізації з діагнозом інфаркт пацієнт дізнався про можливе скорочення у підрозділі, де він працює, та почав дуже нервувати з приводу цього: «Всі мої очікування на краще життя ніби рухнули, страх за своє майбутнє та майбутнє близьких, постійні роздуми та безсоння протягом кількох днів звалили мене з ніг». У результаті пацієнт був доставлений швидкою допомогою в кардіологічне відділення лікарні з діагнозом «Гострий інфаркт міокарда, передньоперегородковий».

За шкалою Оцінки якості рівня життя (Чабан О. С., Хаустова О. О.) пацієнт відмітив рівень якості свого життя як низький (здебільшого через пункти, що стосувалися рівня фінансового благополуччя, задоволення від роботи, самореалізованості та стосунків у сім'ї). Шкала Гамільтона показала наявність у даного пацієнта депресивного розладу легкого ступеня на момент огляду (13 балів) у порівнянні з нижньою межею середнього ступеня важкості при ретроспективному порівнянні цих показників (зі слів пацієнта він почував себе набагато гірше протягом 1,5 тижня до госпіталізації), що може свідчити про ймовірний «відхід у хворобу». При цьому хворий усвідомлює важкі наслідки для свого здоров'я даного захворювання, проте відмічає, «що зараз відчуття провини та пригніченості менш інтенсивне». Згідно шкали самооцінки тривожності (Спілберга Ч. Д., Ханіна Ю. Л.) у пацієнта відмічається помірний рівень реактивної тривожності (43 бали) та високий – особистісної тривожності (57 балів). C-SSRS показала відсутність у даного пацієнта думок про самогубство, бажання померти, активних ідей та намірів саморуйнівних дій. При клінічному інтерв'ю пацієнт неодноразово наголошував на «бажанні боротися далі», «навіть думки такої не допускав ні до інфаркту, ні після». Свій теперішній стан та випадок виникнення даного захворювання пацієнт інтерпретує як «жорстоке попередження та необхідність щось змінювати в житті».

Відчуття безпомічності та хронічно фрустровані потреби у самореалізації, матеріальному благополуччі привели даного пацієнта до необхідності постійно працювати, що принесло шкоду здоров'ю та стосункам

з близькими; знаходити вирішення власних проблем тільки в роботі, що неодмінно привело до трудоголізму. Крах життєвих цінностей та неможливість використання власних ресурсів для подолання проблеми (знаходження іншої роботи, альтернативних джерел до існування) свідчать про стратегію уникнення життєвих проблем, що призвело до «виходу у хворобу». Надсильне почуття провини перед рідними та власною гідністю в результаті знайшло свою реалізацію у несвідомому саморуйнівному акті, який одночасно є і виходом із існуючого становища, вирішенням наявної кризи особистості.

Таким чином, хвороба стала для нього необхідною «зупинкою на вимогу» для орієнтації в життєвих цінностях та вирішенні кризи особистості. Аутодеструктивні тенденції в даному випадку були спрямовані на досягнення певного рівня власної фізичної неспроможності при збереженому соціальному статусі та зниження надсильного почуття відповідальності, через яке пацієнт страждав. Нарцисична травма на фоні попередньої особистісної вразливості знайшла своє відображення саме в аутодеструктивних проявах. Небезпека таких обставин, очевидно, полягає у неусвідомлених саморуйнівних тенденціях, їх непередбачуваному фатальному наслідку, а отже, недоступності інших варіантів виходу із життєвої кризи. Попри відсутність наміру до виникнення власної смерті, життя даного пацієнта могло обірватися з виникненням інфаркту.

Випадок 2. Пацієнт В., 32 років поступив в ургентному порядку в психіатричне відділення, в свідомості після скоєної спроби самогубства через повішання на балці у власному гаражі. Дану суїцидальну спробу ми кваліфікували як незавершену, перервану, оскільки на момент скоєння (без свідомості близько 1 хв) пацієнта застав сусід, який і зупинив цю спробу. Дане обстеження проведене на 7 день після суїцидальної спроби, після проведених лікувальних заходів у психіатричному стаціонарі. З дитинства пацієнт пам'ятає себе як «бешкетника, дуже живу дитину, компанійського, проте інколи був забіякою». З п'ятирічного віку виховувався в неповній сім'ї (батьки розлучилися), був єдиною дитиною. В школі вчився посередньо, часто вступав у суперечки та конфлікти з однокласниками, хоча також був неформальним лідером в учнівському колективі. З батьком бачився рідко, стосунки носили формальний характер – «мав образу на нього». Проживав з матір'ю. Пацієнт відзначає, що з дитинства періодично відчував свою непотрібність, сумніви у бажаності свого народження для батьків. Авторитетною фігурою для хлопчика був дідусь – колишній військовий, з яким, проте, також рідко бачився. Після закінчення школи навчався в одному з професійних училищ, яке закінчив за спеціальністю «автомеханік», проте працевлаштуватися за фахом не зміг. Матеріальним благополуччям пацієнт не дуже переймався, проживав за рахунок матері. З 25 років до теперішнього часу працював на заводі, в'язальником електроджгутів. На роботу влаштувався за сприянням та ініціативи матері; до своїх трудових обов'язків ставився достатньо відповідально, проте самореалізації

не відчував. Відомо про часті епізоди імпульсивності у пацієнта, подекуди з агресивними діями (вступав у вуличні бійки), здебільшого спровоковані «захистом власної гідності» зі слів пацієнта. Алкоголем не зловживав. Палить протягом 10 років. Останні 5 років проживає в цивільному шлюбі. Стосунки з жінкою характеризує амбівалентно, як «хороші, але з частими сварками та непорозуміннями».

Вперше думки про можливість заповідання собі смерті пацієнт відмічав ще з юнацького віку, особливо після конфліктів з товаришами, проте не допускав у той час можливості скоєння самогубства. За півроку до скоєння даної суїцидальної спроби, після чергової сварки та розриву стосунків з цивільною дружиною (ініціатором розлучення стала жінка через агресивні дії, погрози і постійні ревності чоловіка), залишившись наодинці, пацієнт відмітив безвихідність свого становища та «нестерпне почуття занедбаності в світі», через що з'явилися думки про можливість «переривання приреченості через позбавлення себе життя». На той час власні суїцидальні думки, незважаючи на привабливість для тодішнього свого становища, він сприйняв з острахом та тривогою, уявляючи закінчення свого існування. Очевидно, перебуваючи у співзалежних стосунках із своєю супутницею, вони невдовзі знову почали жити разом. Проте переживання того часу неминуче потягли за собою ланцюжок роздумів та уявлень про можливе заповідання власної смерті – «думки про це мимоволі виникали під час роботи, по дорозі додому, під час спілкування з близькими». Стримуючим чинником до скоєння самогубства на той час був переїзд дідуся пацієнта до його матері у зв'язку з погіршенням стану здоров'я. «Це дозволило мені забути про власні «дурні думки» та переключитися на спілкування з рідними».

За місяць до поточної суїцидальної спроби, у пацієнта почали актуалізуватися суїцидальні думки, вираженість яких стала інтенсивнішою; вони стали сприйматися з більшою серйозністю та викликали менше неприємних почуттів. Відмітимо, що в цей час помирає дідусь пацієнта, який був для нього стійкою авторитетною фігурою. Втрату пацієнт переживав важко, взяв відпустку на роботу, протягом останніх тижнів уникав контактів з оточуючими, усамітнівся. Роздуми про власну смерть стали інтенсивнішими та частішими, назрівали наміри діяти та ідеї плану скоєння самогубства. Декілька разів пацієнт обходив місця, які розглядав як потенційні місця для вчинення самогубства, оцінював їх доступність для оточуючих, вибирав спосіб, яким міг це зробити з огляду на свої попередні уявлення про такі дії. Зрештою, вагаючись, пацієнт зупинився на можливості самоповішання у власному гаражі. За день до спроби готувався до неї, підбирав мотузку та балку. Жодних повідомлень, записок, інших проявів власних намірів нікому не показував, що свідчить про серйозність та важкість суїцидальної спроби. Думки та наміри про можливість повторної суїцидальної спроби пацієнт на момент огляду категорично заперечує.

Оцінка якості рівня життя (Чабан О. С., Хаустова О. О.) відповідає рівню низького (за рахунок низьких

показників міжособистісних стосунків, задоволеності матеріальним станом). Шкала Гамільтона показала наявність у даного пацієнта депресивного розладу важкого ступеня на момент огляду (22 бали) в порівнянні з середнім ступенем безпосередньо за кілька тижнів до госпіталізації в лікарню. Це може свідчити про погіршення депресивних переживань після зупиненої спроби самогубства, які до того нівелювалися «передсуїцидальними» переживаннями, що потребує додаткової терапевтичної уваги. За шкалою самооцінки тривожності (Спілберга Ч. Д., Ханіна Ю. Л.) у пацієнта відмічається високий рівень реактивної тривожності (49 балів) та на такому ж рівні – особистісної тривожності (53 бали). За С-SSRS підтверджено та деталізовано високий рівень суїцидальної активності та подальшого ризику.

Додаткової уваги заслуговує в даному випадку С-SSRS: з її допомогою була встановлена вся послідовність суїцидальної активності даного хворого, елементи якої наведені вище в описі його випадку та яка дозволила отримати уявлення про важкість та серйозність даної спроби, описати історію суїцидогенезу пацієнта, що з огляду на її важливість для подальшої інтервенції та реабілітаційних заходів. Оцінка показників (високі інтенсивність та частота суїцидальних думок, наявність підготовки до суїциду та наявна зупинена спроба самогубства) свідчить про надзвичайну серйозність суїцидальної поведінки даного пацієнта, що реально та потенційно загрожувала його життю.

Психологічним контекстом скоєння суїцидальної спроби з усіх анамнестичних даних, клінічного інтерв'ю на момент обстеження можна також вважати життєву кризу особистості на фоні дитячих травм та нереалізованої потреби в близькості, прийнятті та любові. Агресивні тенденції, імпульсивність у минулому, відсутність стримуючої, обмежувальної батьківської фігури стали несприятливими супутніми факторами, що обумовили важкість суїцидальних переживань та серйозність намірів даного суїцидента. Переживання втрати близької людини і як можливий крах попередніх особистісних цінностей є в даному випадку каталізаторами та передумовами виникнення суїцидальної активності. Подальша психотерапевтична інтервенція спрямована саме на проживання цих життєвих подій, пом'якшення психотравмуючої дії факту суїцидальної спроби, адже ризику виникнення повторного суїциду у даного пацієнта надзвичайно високі.

Висновки. Наявність свідомого бажання позбавити себе життя і таким чином розв'язати свою життєву кризу і відрізнити даного пацієнта від попереднього, в якого автодеструктивна розв'язка носила несвідомий, позбавлений контролю характер, проте вона мала не менш фатальну загрозу для його життя та здоров'я. Якщо сучасна суїцидологія оперує вже достатньо розробленим набором інструментарію стосовно допомоги суїцидантам, то для осіб, які мають схильність до автодеструктивних психосоматичних проявів, діагностичні та терапевтичні заходи визначені недостатньо. В поле зору спеціалістів-суїцидологів та лікарів загальної мережі

вони мають шанс потрапити вже після маніфестації захворювання (у нашому випадку – інфаркт міокарда), яке власне може стати неблагоприємною «платформою» для розвитку суїцидальної активності в подальшому житті пацієнта.

Література:

1. Особенности психосоматических взаимоотношений при инфаркте миокарда и гипертонической болезни. Попов В. И., Кондюхова Т. Н. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2008. № 1. С. 78-83.
2. Копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у больных инфарктом миокарда и их психотерапевтическая коррекция на санаторном этапе реабилитации. Юсупходжаев Р. В., Сидорова Т. И., Ефремушкин Г. Г. Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2007. № 3. С. 186-190.
3. Шустов Д. И. Аутоагрессивность и иллюзия бессмертия // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – №1 – март.
4. Плягина Г. Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – Т. 3, № 3. – С. 24-27.
5. Плягина Г. Я. К вопросу о клинико-патогенетической типологии аутоагрессивного поведения // Таврический журнал психиатрии. – 2000. – Т. 4, № 1. – С. 22-24.
6. Розанов В. А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможностях его предикции на ранних этапах развития. Український медичний часопис, № 1(75) I – II 2010 г.
7. Цукарзи Э. Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровня суицидального риска с помощью калумбийской шкалы оценки тяжести суицида (C-SSRS). Современная терапия психических расстройств. 2011. № 2. С. 30-40.
8. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология. Пороги, Днепропетровск, 470с., 2006.
9. Плягина Г. Я., Чумак С. А., Семенюк В. Э. Анализ отдельных аспектов реализации суицидальных попыток и их влияние в рецидивировании аутоагрессивного поведения // Архив психиатрии. – 2006. – Т. 12, № 1-4. – С. 240-250.
10. Богданов А. С. Гипохолестеринемия и поведение человека. Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2008. Т. 7. № 1. С. 95-102.
11. Розанов В. А. Моховиков А. Н. Вассерман Д. Нейробиологические основы суицидальности. Український медичний часопис, №6 (14) XI-XII 1999 г.
12. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005.
13. Сыркин А. Л. Инфаркт миокарда. М.: МИА, 2003, – 466 с., 3-е изд. перераб. и доп.
14. Александер Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. – М.: «Статья-веда», 2004 – 334 с.
15. Бройтгамм В., Кристиан П., Рад М. 88 Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; Предисл. В. Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
16. Ароне, К. Развод: крах или новая жизнь? Перев. с англ. / Ароне, К. М.: «Мирт», 1995.-448 с.
17. Юсупходжаев, Р. В. Тип отношения к болезни, копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у больных инфарктом миокарда / Р. В. Юсупходжаев, Г. Г. Ефремушкин // Материалы Российского национального конгресса кардиологов. – М., 2006. – С. 445-446. – (Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2006. – № 6).
18. Юсупходжаев, Р. В. Копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у больных инфарктом миокарда и их психотерапевтическая коррекция на санаторном этапе реабилитации / Р. В. Юсупходжаев, Т. И. Сидорова, Г. Г. Ефремушкин // Бюллетень СО РАМН. – 2007. – № 3 (125). – С. 186-190.
19. Быховская И. М. Homo Somatikus: аксиология человеческого тела. – М.: Эдиториал УРСС, 2000. – 208 с.
20. Губачев Ю. М., Дорничев В. М., Ковалев О. А. Психогенные расстройства кровообращения. – СПб.: Политехника, 1993. – 248 с.
21. Гафаров В. В. и др. Личностная тревожность и ишемическая

- болезнь сердца // *Терапевтический архив*. 2005. Т. 77. № 12. С. 25-29.
22. Позосова Г. В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // *Кардиология*. 2002. № 4. С. 86-90.
 23. Великанов А. А. Сравнительное исследование эмоциональных состояний у больных с различными формами ишемической болезни сердца // *Известия РГПУ им. А.И. Герцена* 2008 №61
 24. Гиляревский С. Р. Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы // *Российский кардиологический журнал*. 2001. № 2 (29). С. 58-72.
 25. Петрова М. М., Айвазян Т. А., Фандюхин С. А. Качество жизни у мужчин, перенесших инфаркт миокарда // *Кардиология*. 2000. № 2. С. 65-66.
 26. Осипов Д. А., Рождественская Т. В., Кром И. Л., Ребров А. П. Объективизация оценки качества жизни больных ишемической болезнью сердца // *Саратовский научно-медицинский журнал* 2010 №3.
 27. Русалинова А. А. Социальное самочувствие человека в современном мире как научная проблема // *Вестник Санкт-Петербургского университета*. - 6 сер.-1994. - Вып. 1. - №6. - С.49-60.
 28. Положий Б. С., Панченко Е. А., Посьянская А. Д., Дроздов Э. С. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки. *Российский психиатрический журнал*. 2008, №2 С. 16-21.
 29. Панченко Е. А. Социодемографические и социокультуральные характеристики лиц, совершивших покушение на самоубийство. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2010, №2 (59). С.128-133.
 30. Панченко Е. А. Особенности досуицидального периода у лиц, совершивших незавершенное самоубийство. *Психическое здоровье*, 2010, № 1(44). С.26-30.
 31. Панченко Е. А. Фактор семьи в генеза суицидального поведения. *Психическое здоровье*. 2011, №2 (57). С. 58-61.
 32. Личность и болезнь. Учебное пособие. – Ижевск, Издательство «Экспертиза», 2001. – 84 С (Совавт.: Лекомцев В. Т., Каменников Ю. Г., Репина Л. Л.).
 33. Социальные дисфункции и саморазрушающее поведение. Учебное пособие. – Ижевск, Издательство «Удмуртский университет», 2002. – 122 С (Совавт.: Лекомцев В. Т.).
 34. Г. Я. Пилягина. Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування – Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16. – Київ, 2004. – 32 с.
 35. Пилягина Г. Я. К вопросу об исследовательской парадигме в суицидологии // *Материалы VII международной междисциплинарной конференции по биологической психиатрии «Стресс и поведение» (Москва, 26–28 февраля 2003 г.)*. – М., 2003. – С. 87–89.
 36. Демина, О. О. Феноменология суицидального поведения в рамках острой реакции на стресс у лиц молодого возраста // *Эксперим. и клин. медицина*. – 2010. – № 2. – С. 139-142.
 37. Парфенова А. А. Типологические особенности суицидоопасного пациента. *Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы*. 2009. Т. 11. № 1. С. 50-55.
 38. Руженков В. А., Руженкова В. В., Боева А. В. Концепции суицидального поведения. *Суицидология*. 2012. № 4. С. 52-59.
 39. Трунов Д. Г. К вопросу об этапах суицидальной активности. *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология*. 2012. № 3. С. 133-139.
 40. Буткова Т. В., Кибрик Н. Д. Особенности партнерских отношений и суицидальное поведение у мужчин // *Андрология и генитальная хирургия*. 2010. № 2. С. 73-74.
 41. Кибрик Н. Д., Лужников Е. А., Бадалян А. В. и др. Суицидальное поведение при дисгармоничных парных отношениях // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2011. № 1. С. 14-19.
 42. В. А. Розанов, Ж. В. Емяшева, Б. В. Бирон. Влияние травмы детского возраста на накопление стрессовых событий и формирование суицидальных тенденций в течение жизни. *Український медичний часопис*. – 2011. – № 6. – С. 94-98
 43. Мидько А. А. Гнев и другие личностные предикторы тяжести суицидальной попытки в связи с переживанием безнадежности/ А. А. Мидько, В. А. Розанов // *Медицинская психология*, 2011. т.Т. 6, № 1. - С. 70-76
 44. Сухинин А. В., Яковлева О. А. Суицидальное поведение и его социально-психологический анализ. *Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 5: Юриспруденция*. 2012. № 1. С. 148-154.
 45. Вагин Ю. Р. Вопросы феноменологической суицидологии. *Суицидология*. 2011. № 3. С. 3-16.
 46. Суицид: Хрестоматия по суицидологии. / Сост. А. Моховиков. Киев: Изд-во А.Л.Д., 1996.

ІНФАРКТ МІОКАРДА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СУЇЦИДОЛОГІЇ: СПІЛЬНІ МЕХАНІЗМИ АУТОАГРЕСІЇ, ПАРАЛЕЛІ ТА ВІДМІННОСТІ В ПОРІВНЯННІ З НЕЗАВЕРШЕНИМ СУЇЦИДОМ

О. П. РОМАНІВ

Проблема співвідношення та спектра проявів різних видів аутоагресії тривалий час супроводжується невирішеними дискусіями. Якщо людські втрати від завершених суїцидів та суїцидальних спроб ще вдається підрахувати, то всі інші види аутоагресивної поведінки, зокрема несвідомі аутодеструктивні акти, досі часто оминають поле зору суїцидології. Превенція, інтервенція та поственція таких випадків залишається спорадичною, та здебільшого покладається на лікарів-інтерністів, а ризики виникнення справжньої суїцидальної спроби після фатальних наслідків аутодеструктивних дій підвищується у рази. Нами проаналізовано теоретичні аспекти різних проявів аутоагресії, а також розглянуто спільні та відмінні риси суїцидальної спроби та інфаркту міокарда на прикладі окремих клінічних випадків за допомогою таких шкал: Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), самооцінки тривожності (Спілберга Ч. Д., Ханіна Ю. Л.), оцінки якості рівня життя (Чабан О. С., Хаустова О. О.), Колумбійської шкали оцінки важкості суїциду (C-SSRS). Стаття покликана привернути увагу широкого кола спеціалістів для обговорення та подальшої методологічної розробки заходів щодо виявлення та запобігання саморуйнівній поведінки.

Ключові слова: аутоагресія, інфаркт міокарда, суїцид, аутодеструктивна поведінка, суїцидальна спроба, суїцидальний намір

MYOCARDIAL INFARCTION THROUGH THE PRISM OF SUICIDOLOGY: SHARED MECHANISMS OF AUTOAGGRESSION, PARALLELS AND DIFFERENCES IN COMPARISON WITH AN UNCOMPLETED SUICIDE.

O. ROMANIV

The problem of correlation and spectrum of manifestations of various kinds autoaggression long accompanied unresolved discussions. If the loss of completed suicides and suicide attempts are still able to calculate all the other autoaggressive behavior, including unconscious autodestructive acts still often skip the field of suicidology.

Prevention, intervention and postvention of such cases remains sporadic and largely relying on medical intern, and the risks of genuine suicide attempts after fatal autodestructive actions increases several times.

We propose to consider the differences and similarities of suicidal attempts and myocardial infarction, analyze the theoretical aspects of various manifestations autoaggression and read the descriptions of the relevant cases. With diagnostic purposes and for comparison of these cases were used: Hamilton Rating Scale for Depression, anxiety assessment scales of Spielberg-Hanin, Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), the quality of life by Chaban O.S., Khaustova O.O.

Article aims to attract a wide range of experts for discussion and further methodological development measures to detect and prevent self-destructive behavior.

Keywords: autoaggression, myocardial infarction, self-destructive behavior, suicide attempt, suicidal intent

УДК 616.89

М. А. Соловьева

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У СЛУЖАЩИХ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА (ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

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

Ключевые слова: постстрессовые расстройства, служащие банков, психопрофилактика

В настоящее время в странах Европейского Союза (ЕС) проведен ряд исследований, посвященных вопросам формирования у различных категорий служащих, в том числе сотрудников финансово-кредитных учреждений, стрессовых расстройств как результата воздействия негативных производственных факторов [1]. В странах Европейского Союза для их предупреждения разработан ряд мероприятий на государственном, отраслевом и внутриорганизационном уровне.

Глобальные направления по борьбе с профессиональным стрессом определены в следующих документах:

- Рамочная Директива 89/391 Европейского Союза (ЕС) 2004 года [2].
- Рамочная Директива «О связанном с работой стрессе» от 18 июня 2008 года [3].
- Рамочная Директива о предупреждении притеснений и насилия на работе [4].
- Лиссабонская стратегия: ЕС – цели экономического роста и конкурентоспособности. Стремление к полной занятости и большей социальной интеграции [5].
- Основная стратегия ЕС в области здравоохранения и безопасности на рабочем месте «Community Strategy on Health and Safety at Work» (2007-2012) [6].
- Белая книга «Together for Health» (2008-2013) [7].
- Пакт о психическом здоровье (2009) [8].

Указанные выше мероприятия в первую очередь касаются широкого обследования состояния здоровья различных социальных групп населения, улучшением обмена информацией между работниками и руководством предприятий и организаций, разработки инструментов для уточнения уровня стресса, широкого информирования населения о возможных последствиях действия стрессовых факторов на здоровье. Эти документы также включают рекомендации по улучшению национальных законодательств и организационные требования к компаниям по минимизации действия стресса.

Кроме того, в странах ЕС действует ряд проектов по укреплению психического здоровья работающих. К ним относятся:

- приоритетные стратегии по охране здоровья и безопасности на рабочем месте (Community Health and Safety at Work Strategy's priorities);
- компания по поддержанию психического здоровья на рабочих местах (MentHealthWork);
- проекты по поддержанию и защите психического здоровья (European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) and ProMenPol (Promoting and Protecting Mental Health) project) [9].

В ряде стран мира действуют также Законы, направленные на минимизацию профессиональных рисков. Так, во Франции принят «Закон об организации работы», включающий регламентацию нагрузки на сотрудников, самостоятельности исполнителей [10]. Активно проводится на государственном уровне пропаганда здорового образа жизни, овладения методами «управления стрессом» с помощью различных методик: релаксации, медитации, эмоционально-волевой тренировки, дыхательных упражнений, психической саморегуляции и др.

В Италии большое внимание уделяется вопросам профилактики стресса в рамках одновременной реализации европейского Рамочного соглашения и нового законодательства по охране труда, принятого в 2008 году.

Тем не менее последний в настоящее время распространен далеко не во всех компаниях и организациях. Среди наиболее уязвимых отраслей промышленности названо и банковское дело. Это обусловлено тесной связью между стрессом и управленческими прерогативами по организации работы в итальянских банках [11].

В Великобритании врачи-специалисты в государственных клиниках обязаны сообщать в соответствующие службы о каждом новом случае профессионального заболевания. С целью исследования влияния профессионального стресса на развитие психических заболеваний используют карту THOR, в которую включены данные по шести основным категориям: тревога/депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), другие, связанные с работой стресса расстройства (синдром хронической усталости, обсессивно-компульсивное расстройство, агорафобия), злоупотребление алкоголем, никотином и наркотиками; психотические эпизоды [12].

UK HSE (Исполнительный комитет по здоровью и безопасности Великобритании) представил рекомендации по профилактике стресса в ряде отраслей, в том числе в финансовой сфере. Они предполагают назначение ответственного лица за профилактику стресса (старший менеджер организации), возможно создание комитета по борьбе со стрессом, регулярное обследование сотрудников, проведение информационных и обучающих семинаров, разработке планов действий по нейтрализации проблемных зон или точек действия стрессовых факторов, повторный запуск обследования для отслеживания прогресса [12]. При этом меры, препятствующие развитию более серьезных невротических расстройств, не описываются.

В Бельгии, в частном секторе работодатели обязаны назначать советника по психосоциальной профилактике,

который несет ответственность за предотвращение насилия, преследования и сексуальных домогательств на рабочих местах [1].

В Португалии, действует национальная стратегия по охране здоровья и безопасности на работе. Принят национальный план охраны психического здоровья на 2007–2016 годы, направленный на содействие охране психического здоровья на рабочих местах, включающий управление и снижение воздействия связанных с работой стрессовых факторов, а также уменьшение частоты развития психических заболеваний [1].

Наиболее распространенной внутриотраслевой формой профилактики стресса для банков и страховых компаний во многих странах являются обучающие семинары. Так, Марфин Лайки Банк провел семинар в ноябре 2009 года под названием «Психосоциальные риски на рабочем месте» с целью информирования работодателей, руководителей подразделений и работников о связанных с их работой факторах риска и возможных психосоциальных проблемах. Этот семинар был проведен в рамках «Недели компании по безопасности и здоровью». Piraeus Bank Группа в сотрудничестве с Hellas (Программы помощи сотрудникам – Эллада ЕАР) представила программу по поддержке и активному управлению здоровьем сотрудников на рабочем месте. Она предусматривает предоставление информации о воздействии на здоровье человека профессионального стресса и проведение превентивных мер по предупреждению посттравматических расстройств в случаях ограбления банка, критических ситуациях на работе и в

семьях сотрудников [1]. Таким образом, названные выше мероприятия могут служить основой для дальнейшего формирования стратегий первичной профилактики в системе финансово-кредитных учреждений.

Література:

1. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions / Work-related stress*, 2010 - www.eurofound.europa.eu
2. *European Agency for Safety and Health at Work, Directive 89/391/EEC* <http://osha.europa.eu/en/legislation/directives/the-osh-framework-directive/1>
3. *Framework Agreement on Work-related Stress* - http://www.etuc.org/IMG/pdf/Framework_agreement_on_work-related_stress_EN.pdf
4. *Framework Agreement on Harassment and Violence at Work* -
5. *Lisbon Strategy: EU goal for economic growth and competitiveness. Targets towards full employment and greater social inclusion* - http://europa.eu/legislation_summaries/regional_policy/review_and_future/g24246_en.htm
6. *Community Strategy on Health and Safety at Work (2007-2012)* - http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/health_hygiene_safety_at_work/110114_en.htm
7. *Commission White Paper "Together for Health" (2008-2013)* - http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf
8. *The Mental Health Pact (2009)* - http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
9. *Hassard J., Cox T., Murawski S., Meyer S., Muylaert K. / Mental health promotion in the workplace – a good practice report // EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, 2011, - 41 p.*
10. *LOI n° 2008-789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail* - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019347122&dateTexte=&categorieLien=id>
11. *Giaccone M. / Italy: EWCO car on work-related stress (IT1004059Q)/ 2010*, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn1004059s/it1004059q.htm>
12. *Broughton A. / UK: EWCO car on work-related stress // 2010*, - <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn1004059s/uk1004059q.htm>

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПРОФІЛАКТИКИ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У СЛУЖБОВЦІВ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНИХ УСТАНОВ У КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ (ЗА ДАНИМИ ЗАРУБІЖНОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

М. А. Соловйова

У статті розглянуті головні напрями та організаційні питання щодо вживання засобів профілактики наслідків впливу професійного стресу на психічне здоров'я службовців фінансово-кредитних установ у країнах Західної Європи.

Ключові слова: постстресові розлади, службовці банків, психопрофілактика

GUIDELINES FOR PREVENTION STRESS DISORDER AMONG EMPLOYEES FINANCIAL AND CREDIT INSTITUTIONS IN THE EU COUNTRIES (ACCORDING TO WORLD LITERATURE)

M. SOLOVJOVA

The article describes the main areas and of professional issues concerning the use of preventive effects of organizational stress on the mental health service financial institutions in Western Europe.

Keywords: stress disorders, employees of banks, psychological prophylaxis

УДК 616.89

Л. В. Степаненко

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ МІТОКОРЕКТИНУ НА РОЗВИТОК ПРОЦЕСІВ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦІЇ У ТВАРИН У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ВІДТВОРЕНОГО ПОВТОРНОГО ІНСУЛЬТУ

КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів

Ключові слова: інсульт, судинна деменція, патогенез, мітокоректин, лікування

Інсульт є однією з головних причин смертності населення світу і, водночас, економічно розвинутих європейських країн. Кількість ішемічних інсультів за останні 10 років і в Україні постійно зростала, збільшившись в

1,5 рази [2–4]. Повторний інсульт у цієї категорії осіб протягом першого року (після первинного) розвивається лише у 2% пацієнтів, але в наступні 5 років зростає до 25–30%, причому більшість хворих (60–70%)

который несет ответственность за предотвращение насилия, преследования и сексуальных домогательств на рабочих местах [1].

В Португалии, действует национальная стратегия по охране здоровья и безопасности на работе. Принят национальный план охраны психического здоровья на 2007–2016 годы, направленный на содействие охране психического здоровья на рабочих местах, включающий управление и снижение воздействия связанных с работой стрессовых факторов, а также уменьшение частоты развития психических заболеваний [1].

Наиболее распространенной внутриотраслевой формой профилактики стресса для банков и страховых компаний во многих странах являются обучающие семинары. Так, Марфин Лайки Банк провел семинар в ноябре 2009 года под названием «Психосоциальные риски на рабочем месте» с целью информирования работодателей, руководителей подразделений и работников о связанных с их работой факторах риска и возможных психосоциальных проблемах. Этот семинар был проведен в рамках «Недели компании по безопасности и здоровью». Piraeus Bank Группа в сотрудничестве с Hellas (Программы помощи сотрудникам – Эллада ЕАР) представила программу по поддержке и активному управлению здоровьем сотрудников на рабочем месте. Она предусматривает предоставление информации о воздействии на здоровье человека профессионального стресса и проведение превентивных мер по предупреждению посттравматических расстройств в случаях ограбления банка, критических ситуациях на работе и в

семьях сотрудников [1]. Таким образом, названные выше мероприятия могут служить основой для дальнейшего формирования стратегий первичной профилактики в системе финансово-кредитных учреждений.

Література:

1. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions / Work-related stress*, 2010 - www.eurofound.europa.eu
2. *European Agency for Safety and Health at Work, Directive 89/391/EEC* <http://osha.europa.eu/en/legislation/directives/the-osh-framework-directive/1>
3. *Framework Agreement on Work-related Stress* - http://www.etuc.org/IMG/pdf/Framework_agreement_on_work-related_stress_EN.pdf
4. *Framework Agreement on Harassment and Violence at Work* -
5. *Lisbon Strategy: EU goal for economic growth and competitiveness. Targets towards full employment and greater social inclusion* - http://europa.eu/legislation_summaries/regional_policy/review_and_future/g24246_en.htm
6. *Community Strategy on Health and Safety at Work (2007-2012)* - http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/health_hygiene_safety_at_work/110114_en.htm
7. *Commission White Paper "Together for Health" (2008-2013)* - http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf
8. *The Mental Health Pact (2009)* - http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
9. *Hassard J., Cox T., Murawski S., Meyer S., Muylaert K. / Mental health promotion in the workplace – a good practice report // EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, 2011, - 41 p.*
10. *LOI n° 2008-789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail* - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019347122&dateTexte=&categorieLien=id>
11. *Giaccone M. / Italy: EWCO car on work-related stress (IT1004059Q)/ 2010, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn1004059s/it1004059q.htm>*
12. *Broughton A. / UK: EWCO car on work-related stress // 2010, - <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn1004059s/uk1004059q.htm>*

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПРОФІЛАКТИКИ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У СЛУЖБОВЦІВ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНИХ УСТАНОВ У КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ (ЗА ДАНИМИ ЗАРУБІЖНОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

М. А. Соловйова

У статті розглянуті головні напрями та організаційні питання щодо вживання засобів профілактики наслідків впливу професійного стресу на психічне здоров'я службовців фінансово-кредитних установ у країнах Західної Європи.

Ключові слова: постстресові розлади, службовці банків, психопрофілактика

GUIDELINES FOR PREVENTION STRESS DISORDER AMONG EMPLOYEES FINANCIAL AND CREDIT INSTITUTIONS IN THE EU COUNTRIES (ACCORDING TO WORLD LITERATURE)

M. SOLOVJOVA

The article describes the main areas and of professional issues concerning the use of preventive effects of organizational stress on the mental health service financial institutions in Western Europe.

Keywords: stress disorders, employees of banks, psychological prophylaxis

УДК 616.89

Л. В. Степаненко

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ МІТОКОРЕКТИНУ НА РОЗВИТОК ПРОЦЕСІВ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦІЇ У ТВАРИН У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ВІДТВОРЕНОГО ПОВТОРНОГО ІНСУЛЬТУ

КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів

Ключові слова: інсульт, судинна деменція, патогенез, мітокоректин, лікування

Інсульт є однією з головних причин смертності населення світу і, водночас, економічно розвинутих європейських країн. Кількість ішемічних інсультів за останні 10 років і в Україні постійно зростала, збільшившись в

1,5 рази [2–4]. Повторний інсульт у цієї категорії осіб протягом першого року (після первинного) розвивається лише у 2% пацієнтів, але в наступні 5 років зростає до 25–30%, причому більшість хворих (60–70%)

залишаються інвалідами [3; 5]. У 25% осіб, які перенесли інсульт, протягом першого року діагностують уперше виявлену деменцію, протягом 4 років ризик розвитку деменції становить 5,5% [6].

Проблема судинної деменції є не тільки медичною, а й соціальною, тому що це захворювання не тільки погіршує якість життя хворих, але і призводить до великих економічних втрат внаслідок необхідності постійного нагляду та медичного спостереження за хворими з вираженими формами судинної деменції.

У зв'язку із цим ранній початок медикаментозної терапії інсульту та судинної деменції, спрямованої на збереження нейронів у зоні ішемічної напівтіні (пенумбри), визначає більш сприятливий для хворого прогноз перебігу захворювання, в тому числі і щодо ступеня і повноцінності відновлення втрачених внаслідок перенесеного інсульту функцій.

Засіб мітокоректин, що пропонується, – це комплекс трофікотропних регуляторних пептидів та амінокислот, отриманих із мітохондрій тканин (мозок, печінка і підшлункова залоза) молодих поросят. Діючими факторами лікарського засобу є нейропептиди, що утворюються в тканинах тварин, народжених після ряду послідовних виникаючих гіпоксично-пологових атак, що супроводжуються розвитком гіпоксії тканин [1].

Механізм фармакологічної проєктивної дії молекул M2 заключається в реалізації механізмів нейроцито-відновлювальної дії в нервових клітинах, вираженого цитопротекторного впливу в умовах розвитку нейродегенерації, активації обмінних процесів у частково ушкоджених клітинах нервової тканини. З метою вивчення фармакологічної дії мітокоректину на процеси корекції розвитку нейродегенерації у віддаленому періоді розвитку інсульту нами вперше було проведено експериментальне дослідження.

Матеріали та методи дослідження. Експериментальне дослідження проведено на 120 білих щурах-самцях (середня вага складала $223,5 \pm 10,2$ г). Тварини були розподілені на кілька груп таким чином: контрольна ($n=10$); псевдооперативні тварини ($n=10$); тварини із геморагічним інсультом ($n=25$); тварини із геморагічним інсультом та застосуванням мітокоректину ($n=25$); група тварин із повторним інсультом ($n=25$) і, нарешті, тварини із повторним інсультом та застосуванням мітокоректину ($n=25$). Модель повторного інсульту було удосконалено з метою відтворення хронічного нейродегенеративного процесу кори і підкоркових клітинних утворень щурів.

За прототип моделі відтермінованої нейродегенерації взято метод повторного церебрального інсульту в різних структурах головного мозку в експериментальних тварин, який характеризується тим, що тваринам здійснюють моделювання інтрацеребрального аутогеморагічного інсульту шляхом локальної деструкції кровоносних судин в області внутрішньої капсули на тлі оклюзії іпсилатеральної загальної сонної артерії, а через 1 місяць впродовж 10 днів введення кальцієвмісного лікарського засобу (кальцію глюконат) в дозі 10 мг/кг.

Спосіб моделювання нейродегенеративного процесу судинного генезу здійснювали в декілька етапів.

Перший – включає проведення оклюзії (перев'язку) правої загальної сонної артерії щура. Тварин наркотизують 1% розчином тіопенталу натрію (60 мг/кг, внутрішньочеревно). Щуру в положенні на спині в області шиї здійснюють надріз довжиною 1,5–2 см. Відділивши підшкірну тканину та м'язи, здійснюють доступ до правої загальної сонної артерії і підводять під неї дві лігатури. Перев'язку (оклюзію) артерії проводять на рівні 18–20 мм до її біфуркації на зовнішню та внутрішню гілки, використовуючи шовкові нитки 6/0 (Ethicon Ltd., Edinburgh, UK). Після цього рану наглухо зашивають поліамідними нитками 2 USP (Олімп, Україна), а область розрізу і найближчі до неї ділянки шкіри обробляють 5% спиртовим розчином йоду.

Другий, тобто відтермінований етап моделювання, полягає у відтворенні локальної гематоми в області внутрішньої капсули правої півкулі головного мозку щурів через 10 днів з моменту оклюзії правої загальної сонної артерії. Для цього тварин наркотизують 1% розчином тіопенталу натрію (60 мг/кг, внутрішньочеревно). Моделювання гематоми аутокров'ю у наркотизованих тварин здійснюють механічним руйнуванням тканини внутрішньої капсули (capsulointernadextra, L=3,5–4,0; H=6,0; AP=0,6–1,0) в межах раніше ушкодженої правої півкулі головного мозку тварин ішемічним інсультом. В область внутрішньої капсули за допомогою стереотаксичного приладу (СТМ-3, Росія) вводять мандрен-ніж, а безпосередній процес моделювання здійснюється 4–6 обертовими рухами зігнутого мандрена-ножа і наступним введенням у зону деструкції 0,15–0,2 мла аутокрові тварин. Після проведення оперативного втручання і комплексу послідовних маніпуляцій рану в області черепа зашивають наглухо поліамідними нитками 2 USP (Олімп, Україна) і обробляють 5% спиртовим розчином йоду.

Через 1 місяць після повторного інсульту тваринам інтраперитоніально вводиться кальцію глюконат у дозі 10 мг/кг впродовж 10 днів. Через 7 місяців після моделювання повторного інсульту, тобто через 6 місяців після введення кальцію глюконату, проведено інтракардіальну перфузію 10% нейтральним розчином формаліну (рН 7,4) на фосфатному буфері. Зафіксований головний мозок дослідних щурів згідно загальноприйнятим методам заливали в парафін, отримували фронтальні зрізи товщиною 6 мкм та профарбовували методом Нісля та гематоксиліном і еозином.

Експериментальні дослідження на тваринах проводились згідно нормативів Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (1996). Оперативні втручання на тваринах проводили в умовах загальної анестезії, використовуючи розчин тіопенталу натрію в дозі 60 мг/кг, із дотриманням правил асептики та антисептики.

Морфометричні дослідження, в основі яких лежать принципи стереометрії, проводили за допомогою напівавтоматичного пристрою для обробки графічних зображень (UTHSCSA ImageTool, Version 2.0) на мікроскопі Olympus BX 51 (Японія).

Визначали такі морфометричні показники: кількість (щільність) нейронів в одиниці площі кори мозку (в тест-зоні розміром 1 мм²), середню площу поперечного зрізу нейронів (мкм²), середню площу поперечного зрізу ядер нейронів (мкм²), вимірювали середню щільність кровоносних судин в корі великого мозку щурів у поля зору гістологічного зрізу. При статистичному аналізі морфометричних даних обчислювали середні значення величин, середнє квадратичне відхилення, похибку середнього арифметичного. Порівняння отриманих результатів проводили за допомогою параметричного критерію Стюдента. Для проведення статистичних досліджень використовували програми Excell (2007) та STATISTIKA 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення. Під час проведення експерименту здійснювали моніторинг загального стану тварин, їх виживання впродовж всього експерименту та вплив фармакологічного засобу на досліджувані показники. У всіх експериментальних тварин відзначалось суттєве зниження рухової активності (розвиток парезів), потреби у воді і прийомі їжі. При аналізі смертності експериментальних тварин було показано, що цей системний показник при моделюванні інтрацеребрального геморагічного інсульту впродовж 7 місяців становить 32,0%, у той час, як в умовах експериментального відтворення повторного інсульту летальність становить 56,0%. У дослідних тварин, яким після моделювання геморагічного та повторного інсульту з метою лікування застосовували мітокоректин, цей показник знизився і склав відповідно 24,0% і 48,0%.

Отримані нами позитивні результати застосування М2 були доповнені матеріалами морфологічних вивчень мозку дослідних тварин. При дослідженні ділянки фронтальної кори великих півкуль мозку білих щурів за умов моделювання гострого аутогеморагічного інсульту і через 7 місяців після його відтворення було встановлено нерівномірне кровонаповнення судин і наявність набряку тканини головного мозку дослідних тварин. Навколо ділянки інтрацеребральної гематоми реєструється картина супутньої гліоми і формування гліального рубця. Через 7 місяців гематома представлена у вигляді окремих ділянок відкладень гемосидерину, повторних або свіжих крововиливів у головному мозку не встановлено (рис. 1).

При дослідженні гістологічних препаратів кори великих півкуль мозку (цереброкортексу) контрольних тварин патологічних проявів з боку церебральних судин (капілярів) не було виявлено. Всі пірамідні нейрони 3 і 5 шарів характеризуються наявністю слабо профарбованої цитоплазми, а дендрити і аксони прослідковуються на невеликій відстані від тіл нейронів або не виявляються взагалі. Ядра пірамідних нейронів займають переважно центральне положення в тілах клітини, проявів ектопії ядер та ядерців в цих клітинах не спостерігали. У тварин контрольної групи щурів змін в бокових шлуночках мозку також не спостерігається, про що свідчить відсутність розвитку гідроцефалії, набряку та відшарування шару ушкоджених епендімоцитів від тканини мозку в порожнину обох бокових шлуночків.

При дослідженні фронтальної зони кори великих півкуль головного мозку тварин через 7 місяців після

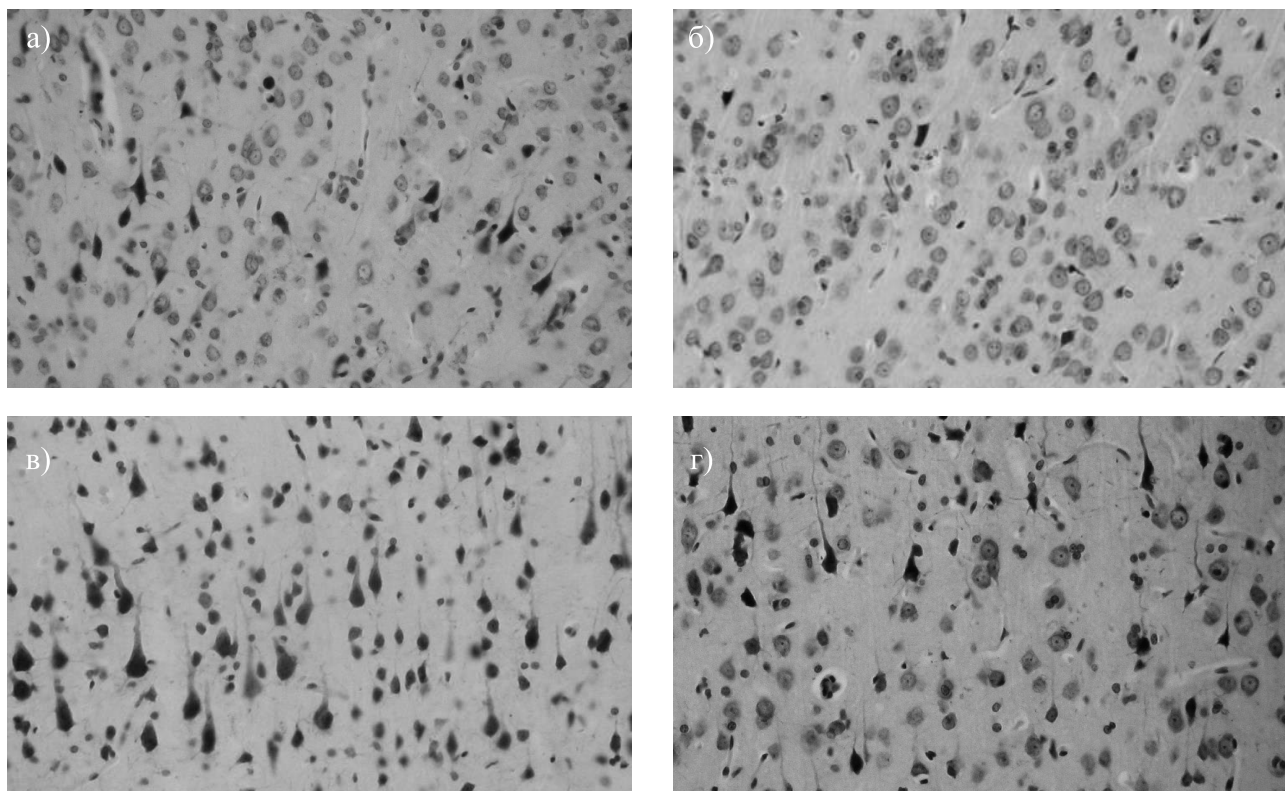


Рис. 1. Кора великих півкуль головного мозку дослідних щурів через 7 міс. після відтворення аутогеморагічного інсульту а – геморагічний інсульт, дегенеративно змінені гіперхромні нейрони, виражений периваскулярний набряк; б – геморагічний інсульт із мітокоректином, зменшення проявів і розвитку нейродегенеративних процесів; в – повторний інсульт, виражена нейродегенерація; г – повторний інсульт із мітокоректином, зменшення кількості гіперхромних нейронів. Забарвлення за Ніслем. Об. 40. ок. 10

моделювання гострого аутогеморагічного інсульту була виявлена принципово інша картина патоморфологічних порушень. У ділянці внутрішньої капсули локалізована постгематомна ділянка, що за своєю структурою була представлена окремими залишками гемосидерину, при цьому зони повторних крововиливів відсутні. При морфометричному вивченні ділянки крововиливу встановлено, що об'єм первинної гематоми складав у середньому $53,9 \pm 0,2$ мм³. Безпосередньо в цій зоні та навколо неї спостерігається збереження різко вираженого набряку тканини мозку та сформований гліальний рубець. Навколо судин неокортексу спостерігається різко виражений периваскулярний набряк. В пірамідних нейронах відмічається різке гідропічне набрякання перикаріону та нейритів нервових клітин, особливо це стосується апікальних дендритів. Апікальні дендрити в цих умовах можливо прослідкувати майже до поверхневих шарів цереброкортексу, що переконливо свідчить про наявність вираженого набряку досліджувальних нами цитологічних утворень. У гістологічних препаратах дослідної групи білих щурів встановлено наявність значної кількості некротично втрачених загиблених та дистрофічно змінених пірамідних нейронів, що морфологічно відображається у деформації тіл нейронів та їх ядер цих нервових клітин (рис. 1).

Ці якісні зміни можна доповнити результатами проведених кількісних досліджень, при цьому встановлено достовірне збільшення морфометричних параметрів нейронів в умовах розвитку гідропічного набряку. Так, у контрольних тварин площа ядра та перикаріону пірамідних нейронів III–IV шарів іпсілатеральній півкулі становили відповідно $179,0 \pm 9,8$ мкм² ($p < 0,05$) і $319,8 \pm 28,1$ мкм² ($p < 0,05$), а в контралатеральній півкулі зазначені показники пірамідних нейронів складали відповідно $180,4 \pm 15,7$ мкм² ($p < 0,05$) та $308,3 \pm 23,5$ мкм² ($p < 0,05$), тобто практично не відрізнялись. Через 7 місяців після відтворення експериментального геморагічного інсульту у дослідних тварин встановлено зменшення показника щільності пірамідних нейронів III–IV шарів, який в іпсілатеральній півкулі становив $485,4 \pm 30,4$ клітин/мм². Таким чином, він достовірно зменшувався щодо відповідного показника інтактних тварин на 30,9% (табл. 2). Одночасно в контралатеральній півкулі

спостерігалось зменшення показника щільності пірамідних нейронів щодо контрольного результату тільки на 21,7%.

Тваринам іншої дослідної групи в умовах геморагічного інсульту застосовували мітокоректин (М2), при цьому встановлено часткове зменшення проявів патологічного процесу. В досліджуваній області цереброкортексу спостерігається розвиток перицелюлярних та периваскулярних набряків, особливо у фронтальній зоні цереброкортексу іпсілатеральної півкулі (рис. 1). Апікальні дендрити пірамідних нейронів характеризуються гідропічними змінами, але такі нейрити візуалізуються в межах декількох шарів цереброкортексу. Одночасно при застосуванні мітокоректину встановлено достовірне збільшення середньої площі перикаріонів нервових клітин в обох півкулях головного мозку (табл. 1).

Так, середня площа перикаріонів пірамідних нейронів III–IV шарів в іпсілатеральній півкулі складає $403,3 \pm 52,6$ мкм² ($p < 0,05$), а в контралатеральній відповідно $367,1 \pm 26,5$ мкм² ($p < 0,05$). При порівняльному аналізі морфологічних змін, що відбувалися в ядрах пірамідних нейронів, встановлено подібну закономірність. Морфометричні параметри ядер цих нейронів склали відповідно $208,3 \pm 25,9$ мкм² і $214,4 \pm 18,6$ мкм², що в середньому на 17% більше від нелікованих тварин ($p < 0,05$). Кровоносні судини цереброкортексу мали спазмований або спавшийся просвіт, відмічені капіляри з ознаками ангіонекрозу.

При виконанні морфометричних досліджень було встановлено збільшення щільності нейронів у корі півкуль великого головного мозку дослідних щурів із ГНМК, що отримували лікування досліджуваним трофінотропним засобом (табл. 2). Через 7 місяців після відтворення в експерименті геморагічного інсульту і застосування мітокоректину щільність пірамідних нейронів фронтального цереброкортексу в іпсілатеральній півкулі складає $551,4 \pm 59,8$ клітин/мм², а в контралатеральній півкулі дещо більше – $574,4 \pm 17,8$ клітин/мм².

Таким чином, через 7 місяців після експериментального відтворення аутогеморагічного інсульту у щурів у цереброкортексі дослідних тварин візуалізується активний розвиток суттєвих нейродегенеративних порушень, що супроводжується чисельною загибеллю нейронів у

Таблиця 1

Морфометричні показники пірамідних нейронів сенсомоторної зони кори великих півкуль головного мозку дослідних тварин при застосуванні мітокоректину (М2)

№	Група	Площа перикаріона (мкм ²)		Площа ядра (мкм ²)	
		Іпсілатеральна півкуля	Контралатеральна півкуля	Іпсілатеральна півкуля	Контралатеральна півкуля
1	Контроль	$244,8 \pm 3,5$	$243,1 \pm 4,1$	$156,5 \pm 5,4$	$157,2 \pm 5,1$
2	ГІ	$319,8 \pm 28,1^a$	$308,3 \pm 23,5^a$	$179,0 \pm 9,8^a$	$180,4 \pm 15,7^a$
3	ГІ+М2	$403,3 \pm 52,6^{a,b}$	$367,1 \pm 26,5^{a,b}$	$208,3 \pm 25,9^{a,b}$	$214,4 \pm 18,6^{a,b}$
4	ПІ	$365,4 \pm 57,0^a$	$407,3 \pm 39,8^{a,b}$	$243,0 \pm 28,7^{a,b}$	$200,8 \pm 35,0^a$
5	ПІ+М2	$364,3 \pm 23,5^{a,b}$	$291,8 \pm 20,8^{a,c}$	$235,0 \pm 17,2^{a,b}$	$163,5 \pm 25,5^a$

Примітки: а – достовірно до контрольного показника ($p < 0,05$); б – достовірно до показника тварин із геморагічним інсультом ($p < 0,05$); с – достовірно до показника тварин із повторним інсультом ($p < 0,05$)

Таблиця 2

Вплив мітокоректину на виживання пірамідних нейронів сенсомоторної кори великих півкуль головного мозку дослідних тварин із ГІ

№	Група	Щільність нейронів (кл/мм ²)	
		Іпсілатеральна півкуля	Контралатеральна півкуля
1	Контроль	703,1±9,0	707,7±4,4
2	ГІ	485,4±30,4 ^a	553,1±20,1 ^a
3	ГІ+М2	551,4±59,8 ^a	574,4±17,8 ^a
4	ПІ	427,2±16,7 ^{a,b}	418,4±16,9 ^{a,b}
5	ПІ+М2	470,2±28,1 ^{a,c}	510,1±27,1 ^{a,c}

Примітки: а – достовірно до контрольного показника ($p < 0,05$); b – достовірно до показника тварин із геморагічним інсультом ($p < 0,05$); c – достовірно до показника тварин із повторним інсультом ($p < 0,05$)

діапазоні від 22% до 31% в залежності від локалізації щодо зони крововиливу. Одночасне застосування лікарського засобу мітокоректину (М2) після відтворення у тварин ГНМК викликає активацію метаболічних функцій в ушкоджених нейронах, що через 7 міс. морфологічно проявляється у вигляді збільшення окремих морфометричних показників клітин, тобто їх структурно-функціональних характеристик і підвищенні виживання нервових клітин. У той же час вираженого нейропротекторного впливу нами не встановлено, у зв'язку із чим важливо було дослідити фармакологічні властивості досліджуваного засобу при моделюванні у тварин повторного інсульту.

Досліджуючи цитоморфологічні порушення, що розвиваються в досліджуваних ділянках цереброкортексу півкуль головного мозку при відтворенні повторного інсульту, було встановлено розвиток значних генералізованих порушень. Через 7 міс. головними цитоморфологічними ознаками розвитку повторного інсульту тварин можна вважати значну кількість загинулих і деформованих нервових клітин, при цьому різкого набряку пірамідних нейронів, що спостерігався при моделюванні первинного геморагічного інсульту, не встановлено. Навколо дослідної гематоми ГНМК також відмічений розвиток явища гліозу та інфільтрації зони окремими лейкоцитами. Аналіз кровоносних судин досліджуваної ділянки цереброкортексу також показав ознаки стазу гемокапілярів, розвитку периваскулярного набряку та некрозу ендотеліоцитів.

При відтворенні повторного інсульту через 7 міс. встановлено суттєве зменшення щільності пірамідних нейронів, у цереброкортексі це свідчить про розвиток прямих (безпосередньо індукованих) та відтермінованих (пролонгованих) нейродегенеративних патогістологічних змін. У цереброкортексі іпсілатеральної півкулі щільність нейронів становить $427,2 \pm 16,7$ клітин/мм² ($p < 0,05$), що достовірно в середньому на 12% менше в порівнянні із відповідним показником при первинному аутогеморагічному інсульті. На відміну від цього у фронтальному цереброкортексі контралатеральної півкулі процеси нейродегенерації розвивалися в значно меншій мірі, проте також мали достовірні відмінності в порівнянні з тваринами, у яких моделювали первинний аутогеморагічний інсульт. Загальна щільність пірамідних

нейронів у цереброкортексі в умовах моделювання повторного ГНМК становила $418,4 \pm 16,9$ клітин/мм² ($p < 0,05$), тобто на 24% менше, і, відповідно, загинель цих клітин була більша ніж при відтворенні первинного аутогеморагічного інсульту (табл. 2).

При аналізі отриманих морфометричних показників пірамідних нейронів фронтального цереброкортексу встановлено збільшення середніх площ ядер та тіл перикаріонів нервових клітин у порівнянні з показниками контрольних тварин. Ці значення мали також певні відмінності і в порівнянні з показниками, отриманими при первинному ГІ. Середня площа тіл пірамідних нейронів іпсілатеральної півкулі при повторному інсульті становила $365,4 \pm 57,0$ мкм² ($p < 0,05$), у той час як при геморагічному інсульті $319,8 \pm 28,1$ мкм², тобто має тенденцію до збільшення. Середня площа ядер клітин становила $243,0 \pm 28,7$ мкм², тобто достовірно переважала показник при первинному ГІ майже на 35% (табл. 1). У контралатеральній півкулі середня площа перикаріонів пірамідних нейронів складала $407,3 \pm 39,8$ мкм², а середня площа ядер нейронів збільшувалась до $200,8 \pm 35,0$ мкм², що свідчить про розвиток системного реагування різних клітинних утворень мозку при відтворенні не лише первинного, але і повторного ГІ. Зазначені результати морфометричних досліджень об'єктивно підтверджують характер і особливості морфологічних змін у корі великих півкуль головного мозку, а саме розвиток безпосередньої відтермінованого типу нейродегенерації пірамідних нейронів, що морфологічно виражається у значному ступені структурної дезорганізації тіл і нейритів клітин.

Використання з терапевтичною метою фармакологічного інноваційного засобу мітокоректину при моделюванні у тварин повторного інсульту сприяло захисту та цитофункціональному відновленню деяких клітинних утворень кори великих півкуль головного мозку. Застосування досліджуваного засобу суттєво запобігає розвитку та зменшує характер нейродегенерації в досліджуваних відділах ЦНС.

В іпсілатеральній півкулі щільність пірамідних нейронів за цих умов складає $470,2 \pm 28,1$ клітин/мм² ($p < 0,05$), що в середньому на 10% більше в порівнянні із середніми даними, отриманими у дослідних нелікованих тварин. У контралатеральній півкулі цей показник

дорівнював $510,01 \pm 27,1$ клітин/мм² ($p < 0,05$), тобто спостерігався помірний ступінь показників розвитку нейродегенеративних порушень (табл. 2).

Отримані результати і їх поглиблений аналіз свідчать про те, що застосування мітокоректину при повторному інсульті попереджає або гальмує інтенсивність розвитку процесів нейродегенерації. Слід підкреслити, що саме при відтворенні повторного інсульту фармакологічна дія досліджуваного лікарського засобу мала набагато більшу вираженість (табл. 1, 2).

При експериментальному дослідженні дії мітокоректину було встановлено також позитивний вплив трофічного засобу на кровоносну систему головного мозку дослідних шурів. У сомато-сенсорному цереброкортексі тварин через 7 місяців після експериментального відтворення аутогеморагічного інсульту щільність кровоносних судин (у полі зору одного гістологічного зрізу) складала в середньому $36,1 \pm 0,4$, а при повторному інсульті їх кількість зменшувалася до $30,3 \pm 0,2$. При застосуванні мітокоректину цей показник відповідно збільшувався $42,8 \pm 0,7$ і $45,0 \pm 0,7$, у той же час, достовірно збільшення щільності гемокapілярів нами встановлено в полях зору сенсомоторного цереброкортексу лише у тварин дослідної групи із повторним інсультом (рис. 2).

Таким чином, лікарський засіб мітокоректин має виражений терапевтичний вплив на тварин із моделлю ХНМК та культуру клітин, ефективно корегуючи процеси експериментального неоангіогенезу і метаболізму. Відомо, що адаптація мозкового кровообігу в умовах гіпоксії досягається завдяки активації двох шляхів: ангіогенезу та вазодилатації. Міжкапілярний простір ефективно зменшується за рахунок збільшення капілярної щільності, що спостерігається впродовж 3 тижнів розвитку некомпенсованої гіпоксії, в той же час регрес капілярів є результатом апоптозу ендотеліоцитів. Вважається, що активний у цих умовах ангіогенез розвивається внаслідок індукції різних трофічних факторів (наприклад, HIF). Застосування лікарських засобів, у тому числі і M2, що впливають на відповідні терапевтичні мішені, може позитивно вплинути на реабілітацію хворих з інсультом та судинною деменцією. На сучасному етапі важливе місце у відновному періоді пацієнтів відводиться застосуванню препаратів, що володіють не

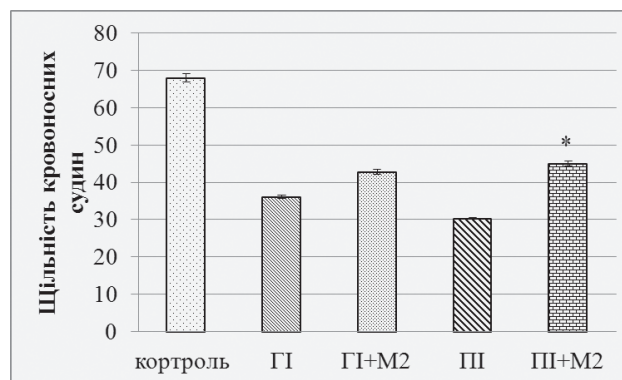


Рис. 2. Вплив мітокоректину на стан кровоносної системи сомато-сенсорного цереброкортексу у тварин при моделюванні первинного і повторного аутогеморагічного інсульту

* – достовірно по відношенню до тварин із повторним інсультом ($p < 0,05$); ГІ – геморагічним інсультом; ПІ – повторний інсульт

лише вазоактивним, але і метаболічним напрямом дії. Серед таких лікарських засобів можна виділити інноваційний засіб мітокоректин, що покращує церебральний метаболізм і активує процеси неоангіогенезу.

Література:

1. Васильєва І. Г., Макаренко А. Н., Чопик Н. Г., Галанта Е. С., Цюбо О. І., Олексенко Н. П., Сницар Н. Д. Влияние поликомпонентных препаратов «Церебрал» и «Митокорректин» на уровень экспрессии генов апоптоза // Журн. АМН України: Науковий журнал Президії АМН України. - К., 2010. - Том 16, N 1. - С. 132-137.
2. Виленский Б. С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. 2-е изд., доп. - С.-Пб.: Фолиант, 2002. - 397 с.
3. Виленский Б. С. Инсульт. - С.-Пб.: Мед. информ.агентство, 1995. - 288с.
4. Поліщук М. Є., Данацко В. В., Зозуля І. С., Камінський А. О., Лешко М. М., Сомик К. І. Внутрішньошлункові крововиливи в структурі геморагічних інсультів // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. - 2002. - Вип. 1 (40). - С.69-74.
5. Зозуля А. І. Лікування оклюзивно-стенотичних процесів внутрішньої сонної артерії // Збірник наукових праць співробітників КМА-ПО ім. П. Л. Шупика. - 2004. - Кн. 1, Вип. 13. - С.194-197.
6. Школьник В. М., Кульбус О. І. Судинна деменція: підходи до діагностики та лікування // Здоров'я України. - 2012. - № 1(20). - С. 33.
7. Greenberg D.A., Angiogenesis and stroke // DrugNewsPerspect. - 1998. - Vol. 11. - P. 265-270.
8. Chavez J.C., Agani F., Pichiule P., LaManna J.C. Expression of hypoxicinducible factor 1a in the brain of rats during chronic hypoxia // J. Appl. Physiol. - 2000. - Vol. 89. - P. 1937-1942.
9. La Manna J.C., Chavez J.C., Pichiule P. Structural and functional adaptation to hypoxia in the rat brain // J. Exper. Biol. - 2004. - Vol. 207. - P. 3163-3169.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ МІТОКОРЕКТИНУ НА РОЗВИТОК ПРОЦЕСІВ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦІЇ У ТВАРИН У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ВІДТВОРЕНОГО ПОВТОРНОГО ІНСУЛЬТУ

Л. В. СТЕПАНЕНКО

У статті розглядаються нові аспекти експериментальної фармакотерапії нейродегенеративного процесу у віддалений період інсульту. Визначені фактори ризику даної патології, провідне місце серед яких посідає мікроциркуляторне русло кори півкуль мозку. Представлені основні патогенетичні механізми розвитку судинної деменції. Показано, що виникнення нейродегенерації судинного генезу спричиняється ішемічним ураженням клітин внаслідок ангіонекрозу. Представлені особливості впливу мітокоректину на дегенеративні процеси в іпсі- та контралатеральній півкулях мозку.

Ключові слова: інсульт, судинна деменція, патогенез, мітокоректин, лікування

THE STUDY OF PROTECTIVE ACTION OF MITOCORRECTIN ON THE NEURODEGENERATION PROCESSES DEVELOPMENT OF ANIMALS IN THE REMOTE PERIOD OF THE REPRODUCED RECURRENT STROKE

L. STEPANENKO

In this article were examined new aspects of experimental pharmacotherapy neurodegenerative process in the remote period of stroke. Were identified risk factors for this disease, the leading place among the ranks of microcirculatory bed of the cerebral cortex. The basic pathogenetic mechanisms of vascular dementia were examined. It is shown that the occurrence of vascular origin neurodegeneration caused ischemic damage cells due angionecrosis. Presented features mitocorrectin impact on degenerative processes in the ipsi- and contralateral hemispheres of the brain.

Keywords: stroke, vascular dementia, pathogenesis, mitocorrectin, treatment

UDC 616.89-008.191-036.8

S. V. Titievsky, I. A. Babyuk, A. Y. Tabachnikov, O. G. Studzinsky, S. G. Ushenin
SUPERVISION IN THE STRUCTURE OF POSTGRADUATE PHYSICIANS' COGNITIVE
THERAPY'S TEACHING

Department of psychiatry, psychotherapy, medical psychology and narcology of the Donetsk national medical university named after M. Gorky

The cognitive therapy's teaching corresponds to common contemporary standards of education. For example, the educational program of the Academy of Cognitive Therapy [1] includes such methods as case discussions, live client sessions, and demonstration roleplays. Distance education includes supervision with reviews of audio recording of participants' therapy sessions. This supervision is realized via telephone, email, or video-calling (e. g., Skype). The next method is online training, when leading specialists are available via Skype for one-to-two-hour cognitive-behavioral therapy (CBT) training opportunities. The clinical practice of cognitive therapy includes, in particular, an intensive training program that consists of a series of seminars that meet one day a month for ten months. The program "Clinical Practice of Cognitive Therapy" covers the application of this therapy to the treatment of depression, suicidality, anxiety disorders, personality disorders, and other problems. The program combines didactic presentations, discussion, live and video-taped demonstrations, practice in using cognitive techniques, and consultation on the application of cognitive therapy in clinical practice. The International program of cognitive therapy training has consists of two levels. First level of the program called "Basic principles and applications of cognitive therapy», it lasts 40 hours of clinical theoretical training. After theoretical part, a written examination takes part and trainees are awarded a certificate of participation in this program. If the attendee passes this exam he or she can apply for the clinical supervision part of the training. In supervision all of the trainees' present verbatim text of their one session and also audiotapes of actual sessions was listened (in another program. each trainee is asked to bring 2 cases for supervision; every session is recorded and then decrypted and sent to all of the trainees before the training session). Each theoretical group has approximately 45 trainees and supervision groups consist of 10 attendees. The theoretical course lasts 4 months. At the end of 100 hours of supervision trainee receives a certificate and after this can attend advanced training and supervision groups in cognitive therapy. Attendees also can apply for the certification after the total number of teaching hours reaches 450 hours and can become certified members of the Association of Cognitive and Behavioral Psychotherapies.

Supervision has been recognized as a vital aspect of training in CBT. Much of the research that has been done can be found in the behavioral therapy and learning disability literature [6], in which is concluded that the evidence supports systematic interpersonal skills training as more effective than "traditional" supervision that focuses on case reports and discussion [4; 6]. Some support for this use of structured learning comes from an unexpected source. Binder J. L. and Strupp H. H. [2], when reporting the experience

of training therapists in their time-limited dynamic psychotherapy recommend the use of tape recording to aid skills development, and teaching "precise case conceptualizations, anchored in the patient's experience" and giving "precise communications about concepts, principles and evaluative feedback". Their research showed that a trainer who used a rather general supervisory style was less effective than one who was much more specific (e. g., stopped the tape and asked specific questions, confronted therapists when they went "off-model"). The therapist with the more focused approach achieved a group effect size pre-post training of 3,58 for adherence to the model as opposed to 0,46 for the less focused therapist [3].

In this article we, on the base of our experience of several years, attempt to characterize supervision as method in the structure of post-graduate physicians' cognitive (cognitive-behavioral) therapy's teaching.

Results and discussion. Supervision in CBT is considerably more structured than psychodynamic therapy supervision. In cognitive therapy the supervision session echoes the design of a typical therapy session [7], so it includes key elements such as agenda setting, bridge from the previous supervision session, use of capsule summaries and request for feedback from the supervisee [5]. Structuring supervision in this way models skills the therapist will be using in sessions with patients. Applying this format to supervision also encourages the best use of the time available, particularly if the supervision is in a group. Supervisor and therapist(s) decide together at the beginning of the session which patients are to be discussed and what is the key supervision question. A bridge is made between this and the previous session to remind the participants of the context and promote continuity in case management. Another important structural element is the use of summaries and feedback. Therapists always go away having been asked to outline what they have learned from the meeting and how they will apply this in their next session with the patient. Just as in therapy, there is flexibility within this scaffolding allowing supervisor and therapist to follow other paths and renegotiate the agenda if necessary.

At the beginning of the supervisory relationship, the therapists is asked about their previous experience of cognitive therapy and of therapy in general, and encouraged to think about the strengths and weaknesses in their cognitive therapy skills. This helps towards the construction of some specific learning objectives. The therapists are then asked to consider these overarching goals when bringing a case to supervision, i.e., is there any material that might be relevant to the skill they are trying to develop. Therapists are expected to prepare for supervision by listening to an audiotape of their therapy session and selecting a 10-minute segment that illustrates their supervision question. Novice therapists often frame

their question as “What do I do next?”, but with time and practice they can make the questions they ask more precise and focused, e.g., “How can I devise a behavioral experiment to help this patient test her fear of social situations”. This approach is very different from psychodynamic therapy supervision, which usually asks the therapist to relate an account of the session as a whole.

Supervision can focus on a number of different areas: skills acquisition, case conceptualization, the patient(client)-therapist relationship, therapist reactions, and supervisory processes. There are a number of methods for addressing these including case discussion, videotape, audiotape, live observation, and role play.

Case discussion is most useful when issues of conceptualization are raised. Cognitive therapists routinely audiotape or videotape their sessions. Listening to a tape of a session is invaluable for identifying skills deficits and observing difficulties in the therapeutic relationship. Therapists are initially a little nervous about presenting tapes for supervision. This can be overcome by the supervisor discussing his or her own experience of training and supervision and the universality of these fears. The therapist's automatic thoughts about taping sessions can also be examined. We often work on the assumption that our tapes must be perfect, forgetting that the whole purpose of supervision is to learn new skills. Group supervision can be useful in this respect, because supervisees soon realize that they are all “in the same boat”. Listening to others' tapes usually demonstrates that they have similar areas where they need to improve.

Listening to a tape can help the supervisor to identify an area where the supervisee needs to practice skills. Then a role play can be set up (it is used in supervisory group). Perhaps the supervisor begins by demonstrating how to use the technique with the supervisee playing the patient. Then the therapist can practice the technique with the supervisor or another trainee as the patient.

Discussion of transference and countertransference is obviously one of the main concerns in psychodynamic therapy supervision. While these issues are given less attention in cognitive therapy, they are by no means ignored. Supervisors in this case encourage therapists to pay careful attention to the interpersonal processes that occur during treatment (transference and countertransference are belong to these processes) and to resolve any therapeutic difficulties as directly as possible. Transference can often be conceptualized as a compensatory interpersonal strategy that the patient uses with the therapist and with other important people in his or her life. For instance, patients who have experienced significant neglect, abandonment, or rejection, their life may develop beliefs that people cannot be trusted and that the best strategy is to not let anyone get close. This may cause problems in the therapeutic alliance when, for instance, the cognitive therapist asks the patient to record automatic thoughts as a homework assignment. Revealing intimate feelings may be too threatening for the patient, and they may respond by failing to do their homework. If the therapist's countertransference feelings are of irritation and frustration, there is a danger that these will be picked up by the patient

and perceived as yet more evidence for their belief that no one can be trusted. The supervisor can identify these problems when the therapist reports these difficulties in case discussion, through listening to the tape of the session or through role play. The transference and countertransference thoughts, feelings, and behavior can be located within the cognitive case conceptualization. A number of options for handling the situation are then available (all framed as ways to test the transference hypothesis):

1. The therapist can elicit the patient's negative thoughts about homework and use guided discovery to relate them to the conceptualization.
2. The therapist can use standard techniques to help the patient test the belief that the therapist cannot be trusted.
3. Recording thoughts and feelings can be formulated as a behavioral experiment to test whether or not it is safe to reveal feelings in therapy.
4. Therapist and patient can collaboratively agree that it is too early in the therapy for the patient to reveal these feelings, and try other, less threatening homework.

It's necessary to note that supervisor uses guided discovery as well as direct advice to help the therapist understand and generate strategies. The supervisory relationship, like therapy, is collaborative, so there would be an open discussion of which of these approaches the therapist thinks would work with the patient as well as which feel most comfortable.

In summary, the version of supervision we proposed in the structure of postgraduate physicians' cognitive therapy's teaching has characteristics in common with psychodynamic therapy supervision (interest in case conceptualization, an assumption that therapists will take personal responsibility for their work, attention to the therapeutic relationship and focus on therapists' beliefs). The main differences are in the style and format of therapy. CBT supervision sessions are structured and focused and utilize a number of methods that are not routinely used in psychodynamic therapy supervision (listening to tapes of session and role play).

We have evaluated the results of this method's use and found that the trainees' skills learned in common CBT training were lost after less than one year. However, if the training was followed up by regular supervision, there was a cumulative increase in competence.

Conclusions.

Supervision in the structure of postgraduate physicians' cognitive therapy's teaching can be focused on skills acquisition, case conceptualization, the patient(client)-therapist relationship, therapist reactions, and supervisory processes.

To achieve the aims of supervision of cognitive therapy's teaching it's necessary to use case discussion, videotape, audiotape, live observation, and role play.

It's necessary for supervisors to discuss the transference and countertransference processes encouraging therapists to pay careful attention to the interpersonal processes that occur during treatment and to handling the situation.

It's necessary for supervisors to use guided discovery as well as direct advice to help the therapist understand and generate strategies.

References:

1. *Academy of Cognitive Therapy*. – <http://www.academyofct.org>.
2. Binder J. L., Strupp H. H. Supervision of psychodynamic psychotherapies // *Handbook of Psychotherapy Supervision* / C. E. Watkins, ed. – New York: John Wiley & Sons, 1997. – P. 44-62.
3. Henry W. P., Schacht T. E., Strupp H. H., Butler S. F., Binder J. L. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: mediators of therapists' responses to training // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1993. – Vol. 61. – P. 441-447.
4. Lambert M. J., Ogles B. M. The effectiveness of psychotherapy supervision // *Handbook of Psychotherapy Supervision* / C. E. Watkins, ed. – New York: John Wiley & Sons, 1997. – P. 421-446.
5. Liese B. S., Beck J. S. Cognitive therapy supervision // *Handbook of Psychotherapy Supervision* / C. E. Watkins, ed. – New York: John Wiley & Sons, 1997. – P.114-133.
6. Milne D., James I. A systematic review of effective cognitive-behavioral supervision // *British Journal of Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 39. – P. 111-127.
7. Newman C. Therapeutic and supervisory relationships in cognitive-behavioral therapies: similarities and differences // *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. – 1998. – Vol.12. – P.96-108.

SUPERVISION IN THE STRUCTURE OF POSTGRADUATE PHYSICIANS' COGNITIVE THERAPY'S TEACHING

S. V. TITIEVSKY, I. A. BABYUK, A. Y. TABACHNIKOV, O. G. STUDZINSKY, S. G. USHENIN

The model of cognitive-behavioral therapy's education based on supervision principles is described. Supervision in the borders of this model can focus on a number of different areas: skills acquisition, case conceptualization, the patient(client)-therapist relationship, therapist reactions, and supervisory processes. There are a number of methods for addressing the purposes of the supervision including case discussion, videotape, audiotape, live observation, and role play. The method is proposed as cognitive-behavioral therapy's educational form for postgraduate physicians.

Keywords: supervision, cognitive-behavioral therapy, postgraduate education of psychotherapists.

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.123-007.064-089+616.89-008-07

И. А. Марценковский

АУТИЗМ И ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО: ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии

Ключевые слова: аутистическое расстройство, расстройство спектра аутизма, расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, гиперкинетическое расстройство, задержка речевого развития

В клинической практике часто встречаются дети, у которых одновременно наблюдаются симптомы спектра аутизма (первазивного нарушения развития), гиперкинетического (с дефицитом внимания и гиперактивностью) расстройства, специфических расстройств развития речи, двигательных функций и школьных навыков, образуя континуум полиморфных, сложных для дифференциальной диагностики клинических проявлений [1; 2].

В некоторых клинических случаях преобладают симптомы спектра аутизма, в то время как у других детей более отчетливо выражены проявления гиперкинетического расстройства.

Возникает вопрос о том, какое из этих двух расстройств должно быть диагностировано? Согласно диагностическим критериям, как МКБ-10, так и DSM-IV рекомендуется не диагностировать гиперкинетическое – ГКР (с дефицитом внимания / гиперактивностью – РДВГ) расстройство при выполнении диагностических критериев расстройства спектра аутизма – САР (первазивного расстройства развития).

Многообразие вариантов перекрытия первазивных нарушений развития с клиническими проявлениями гиперкинетического спектра может быть объяснено в рамках двух гипотез: согласно первой – клинический полиморфизм рассматривать как континуум переходных состояний между САР и ГКР; согласно второй – предположить существование двух, трех, четырех или более независимых заболеваний с различными стереотипами развития и дискретными клиническими проявлениями.

Смешанные специфические расстройства (задержки) развития речи, двигательных функций и школьных навыков (ЗРР) могут рассматриваться, как осложнения (проявления тяжести) континуума нарушений нейроразвития, либо как дискретная форма нарушений развития.

Уже в первых исследованиях Лео Каннера и Ганса Аспергера [3–5], посвященных аутизму, в качестве базовых клинических проявлений были описаны дефицит внимания, импульсивность и гиперактивность. Нарушения активности и внимания являются также базовым нарушением при ГКР. Задержки развития экспрессивной и рецептивной речи, школьных навыков наблюдаются у большинства больных с САР и ГКР.

ЗРР всегда сопровождаются нейрокогнитивными нарушениями, в том числе дефицитом концентрационной функции внимания.

Внимание при аутизме может быть как легко переключаемым, неустойчивым, распределенным на чрезмерном количестве объектов, с объемом слишком большим для качественного восприятия, что более характерно и для детей с ГКР, так и сверхсконцентрированным на отдельных деталях, недостаточно переключаемым для целостного восприятия, редко встречающемся при ГКР [6].

Анализ особенностей дефицита внимания при САР может способствовать пониманию целого ряда базовых для этого расстройства симптомов [6]. Описана триада нарушений, характерных для детей с первазивными нарушениями развития в виде гиперсистематизации, сверхконцентрации внимания на деталях и гиперчувствительности. Чрезмерная фиксация пациента на частях предметов может быть причиной их стереотипного или своеобразного использования. Кроме того, дети с описанными нарушениями концентрационной функции внимания имеют нарушенный паттерн движений глаз и последовательной концентрации внимания на деталях лица в процессе его восприятия. Создано оборудование и в ближайшие годы будут разработаны диагностические алгоритмы, позволяющие с высоким уровнем надежности выявлять глазодвигательные паттерны, специфичные для первазивных нарушений развития и других ранних поведенческих нарушений у детей.

Селективность внимания может быть причиной дефицита в понимании социального контекста ситуаций, эмоциональных реплик, восприятию обращенной речи, способности отделения ее от шума. Плохая переключаемость внимания, может, предположительно, быть причиной фрагментарного восприятия окружающей среды и формирования первазивных нарушений развития. Таким образом РДВГ и САР могут быть связаны причинно-следственными связями, приводящими к формированию континуума различных по тяжести нарушений психического развития.

Не исключено, что клинический полиморфизм сочетания симптомов РДВГ и ГКР является следствием

генетического полиморфизма. Установлено, что сочетание нарушений активности и внимания со стереотипными движениями и тиками может быть ассоциировано с полиморфизмом гена 13q31; гиперкинетические нарушения с тяжелыми нарушениями речевого развития – 6p22; нарушения активности и внимания с перцепторными нарушениями, сенсорными и сверхценными интересами – 4q11. Первазивные расстройства развития с тяжелыми нарушениями активности и внимания часто наблюдаются при мутации по 16p13 [7].

Целью настоящего исследования было изучение с использованием научно-обоснованных диагностических процедур клинической типологии и распространенности CAP и РДВГ в выборке детей с полиморфной симптоматикой.

Характеристика материала и методов исследования. Были рандомизированы 226 детей в возрасте 2-8 лет (ментальный возраст от 14 до 70 месяцев) с полиморфной симптоматикой, включающей гиперактивность, двигательную расторможенность, разрушительные формы поведения, нарушения концентрационной функции внимания, нарушения взаимодействия со сверстниками, задержки развития экспрессивной и/или рецептивной речи, плохой эмоциональный и глазной контакты, стереотипные движения, поведение и игровая деятельность.

Для диагностики мы использовали полуструктурированное диагностическое интервью с родителями для скрининга симптомов аутизма (Autism Diagnostic Interview Revised – ADI-R) и рейтинговую шкалу для оценки дефицита внимания и гиперактивности (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Rating Scales – ADHD-RS). Применяемые диагностические инструментарины валидизированы с использованием диагностических критериев DSM IV, поэтому для обсуждения полученных результатов будут использоваться диагностические категории этой диагностической системы.

На рис. 1. представлено распределение включенных в исследование детей в зависимости от пола и возраста. Распределение детей в сформированной для исследования выборке соответствует популяционному, мальчики во всех возрастных группах преобладали над девочками.

Особенности психического и моторного развития рандомизированных детей оценивались при помощи психообразовательного профиля (Psychoeducational Profile Revised – PEP-R). Оценивался ментальный возраст

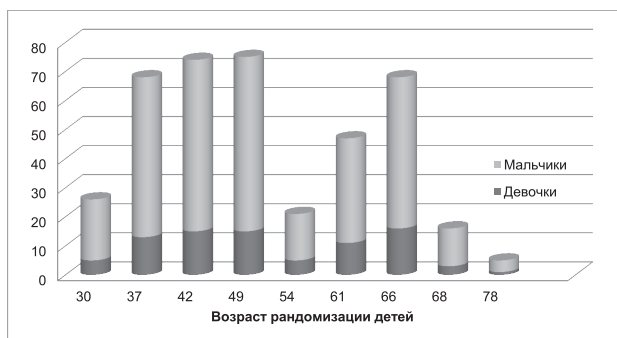


Рис. 1. Распределение включенных в исследование детей в зависимости от пола и возраста

ребенка, актуальный уровень и зоны ближайшего развития для перцепции, подражательной деятельности, мелкой, крупной моторики, зрительно-моторной координации, познавательной деятельности и речи. Для оценки социального функционирования и адаптивного поведения использовались шкала социальной реципрокности (Social Responsiveness Scale, Second Edition – SRS-2), контрольный список аномального поведения (Aberrant Behavior Checklist – ABC) и шкала адаптивного поведения Винилэнд (Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition – Vineland II). Для сбора социально-демографических данных, анализа истории развития и заболевания ребенка, семейного анамнеза использовали семейный опросник (Family Questionnaire – FQ) и полуструктурированную рейтинговую клиническую шкалу для формализованной оценки клинических проявлений расстройства у детей (Semi-Structured Clinical Examination Form – SCEF).

Результаты исследования.

После диагностического скрининга рандомизированных детей с полиморфной симптоматикой аутистическое расстройство (AP) было установлено у 50 (22,1 %), расстройство спектра аутизма (CAP) – 30 (13,3 %), задержка развития речи (ЗРР) – 146 (64,6 %) человек. Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) было диагностировано у 32 (64,1%) детей с AP, 21(0,7 %) ребенка с CAP и 37 (25,3%) детей с ЗРР.

На рис. 2. представлено соотношение аутистических и гиперкинетических симптомов в зависимости от возраста у детей с полиморфной симптоматикой. Обращает на себя внимание уменьшение с возрастом в выборке детей с полиморфной симптоматикой удельного веса первазивной и усиление гиперкинетической симптоматики.

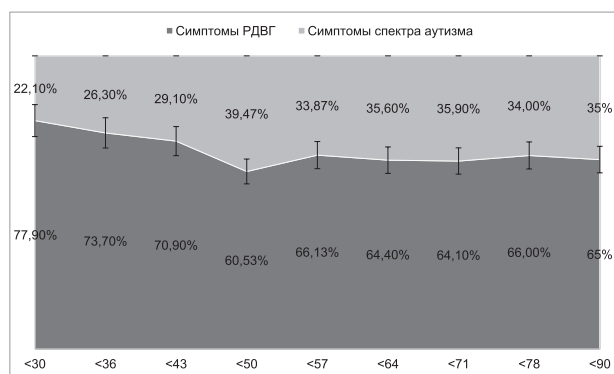


Рис. 2. Влияние возраста на соотношение аутистических и гиперкинетических симптомов у рандомизированных детей с полиморфной симптоматикой

У детей с РДВГ в соответствии с диагностическими критериями DSM IV нами выделялись три клинических подтипа: 1) с преобладанием гиперактивности и импульсивности, 2) с преобладанием невнимательности, 3) комбинированный вариант. Распределение различных клинических вариантов РДВГ в выборке детей с полиморфной симптоматикой представлено на рис. 3.

При AP подтип РДВГ с гиперактивностью и импульсивностью наблюдался у 8%, невнимательностью – 35,

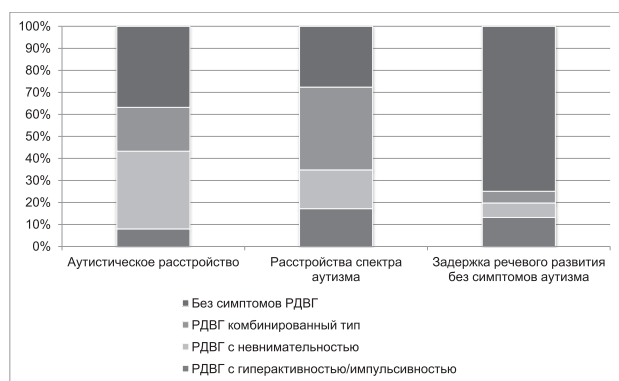


Рис. 3. Представленность различных подтипов РДВГ среди детей с аутистическим расстройством, расстройствами спектра аутизма, задержкой речевого развития без симптомов аутизма

3%, комбинированный подтип – 19,9% включенных в исследование детей. При САР РДВГ с гиперактивностью и импульсивностью диагностировано у 17,2%, с невнимательностью – 17,6%, с комбинированными клиническими проявлениями – 37,6% детей. У включенных в исследование детей с ЗРР РДВГ с гиперактивностью и импульсивностью было диагностировано у 13,2%, с невнимательностью – 6,6% пациентов. Комбинированный подтип РДВГ наблюдался у 5,3% детей с задержками развития речи.

Симптомы, ассоциированные с невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью при АР были выражены меньше, чем при САР; минимальная выраженность симптомов гиперкинетического спектра

отмечалась у детей с ЗРР. В группе детей с САР преобладали случаи РДВГ с гиперактивностью и импульсивностью; РДВГ с преобладанием невнимательности и дети без РДВГ встречались реже. У детей с САР комбинированный подтип РДВГ также встречался чаще, чем у детей с АР. Негативная диагностика АР и САР положительно коррелировала с негативной диагностикой РДВГ. У детей с ЗРР все три подтипа РДВГ наблюдались менее чем у 30% детей.

Коморбидная симптоматика спектра РДВГ у детей с АР и САР меняется с возрастом: наблюдалось снижение гиперактивности, но усиливались нарушения, ассоциированные с невнимательностью. У детей с САР с возрастом увеличивался удельный вес комбинированных вариантов РДВГ, чаще наблюдались оппозиционные и кондуктивные поведенческие нарушения. При ЗРР нарушения рецептивной речи чаще сочетались с нарушениями качества социальной взаимности и социальной реципрокности. Нарушения выразительности речи в большей степени были ассоциированы с гиперактивностью и импульсивностью.

Клинический полиморфизм детей в группах сравнения при оценке с использованием SCEF представлен в табл. 1.

Результаты факторного анализа представлены в табл. 2. Использование факторного анализа позволило нам выделить значимые клинические признаки и на основании наличия взаимных корреляций выделить три фактора, описывающих все многообразие клинических

Таблица 1

Клиническая типология клинических проявлений у детей с аутистическим расстройством, расстройствами спектра аутизма и задержкой речевого развития при оценке с использованием полуструктурированной рейтинговой клинической шкалы симптомов (Semi-Structured Clinical Examination Form – SCEF)

Полуструктурированная рейтинговая клиническая шкала симптомов (SCEF) (пункты)	Наличие симптома (в процентах)			Достоверность различий (р, сравниваемые значения)
	САР	АР	ЗРР с симптомами аутистического и гиперкинетического спектров	
	1	2	3	
Бедные социальные взаимодействия	53,2	87,8	6,4	<.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$)
Гиперактивность	55,8	81,4	28,7	<.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$)
Отсутствие речи/ задержка речевого развития	59,6	27,9	85,6	<.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$)
Агрессивность	33,0	46,8	35,6	N. S.
Упрямство (оппозиционность)	31,9	46,8	28,7	N. S.
Невнимательность	66,0	91,5	30,9	<.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$)
Навязчивости	29,8	27,7	14,9	N. S.
Отсутствие реакции на социальные стимулы	40,4	95,7	25,5	<.001 ($p_{1/2}$; $p_{2/3}$)
Стереотипные (повторяющиеся) формы поведения	24,5	59,6	6,4	<.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$)
Нетерпеливость и/или импульсивность	77,6	47,8	25,6	<.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$)
Брезгливость, разборчивость в еде	21,3	18,7	15,4	N. S.

Продолжение табл. 1

Полуструктурированная рейтинговая клиническая шкала симптомов (SCEF) (пункты)	Наличие симптома (в процентах)			Достоверность различий (р, сравниваемые значения)
	САР	АР	ЗРР с симптомами аутистического и гиперкинетического спектров	
	1	2	3	
Эхолалии	20,8	17,6	19,3	N. S.
Заинтересованность в просмотре рекламы по телевизору	19,8	45,9	15,0	<.001 (p _{1/2} ; p _{2/3})
Кондуктивные поведенческие проблемы	40,9	38,7	15,6	<.001 (p _{1/2} ; p _{2/3})
Артикуляционные и/или интонационные нарушения	18,1	15,3	37,8	<.001 (p _{1/2} ; p _{2/3})
Отсутствие зрительного контакта	14,9	59,6	5,2	<.001 (p _{1/2} ; p _{1/3} ; p _{2/3})
Множественные страхи	13,9	7,4	15,9	N. S.
Проблемы со сном	14,6	9,9	18,6	N. S.
Тактильная сверхчувствительность	20,3	25,5	28,4	N. S.
Неправильное использование местоимений	10,5	14,9	32,4	<.001 (p _{1/3} ; p _{2/3})
Застенчивость	10,6	5,8	12,9	N. S.
Эмоциональная лабильность	10,3	13,9	28,4	<.001 (p _{1/3} ; p _{2/3})
Тики	5,3	4,8	10,6	<.001 (p _{1/3} ; p _{2/3})
Плохой аппетит	22,6	26,3	17,4	N. S.
Нарушения эмоциональной синтонности	14,3	15,7	12,1	N. S.
Нетерпимое отношение к любым изменениям	12,1	22,5	6,4	<.001 (p _{1/2} ; p _{1/3} ; p _{2/3})
Гиперчувствительность к акустическим и зрительным раздражителям (вздрагивания на предъявления)	11,1	10,6	8,5	N. S.

проявлений у рандомизированных детей с полиморфной симптоматикой: а) первазивных нарушений развития, б) разрушительного поведения, в) дефицита внимания и задержки речевого развития.

Выделенные факторы мы считаем возможным рассматривать, как своеобразные моновалитативные симптомокомплексы, имеющие причинно следственную взаимосвязь. Из представленных данных видно, что симптомы, характеризующие отдельные факторы накладываются друг на друга, их взаимодействие определяет клинический полиморфизм у включенных в исследование детей.

Обращает на себя внимание наличие сильных корреляций между суммами баллов, полученных при скрининге с использованием ADI-R и ADHD RS; ADI-R и субшкалы гиперактивности ADHD-RS. Существует незначительная корреляция между суммой баллов по ADI-R и субшкалой невнимательности ADHD RS.

Заключение:

Полученные результаты демонстрируют, что дети с САР, АР и ЗРР с симптомами аутистического и

гиперкинетического спектров имеют большое количество общих клинических проявлений, образуя единый континуум полиморфных нарушений.

Из всего многообразия клинических нарушений у таких пациентов возможно выделение трех моновалитативных синдромов: 1) спектра первазивных нарушений развития, 2) спектра разрушительного поведения, 3) спектра дефицита внимания и задержки речевого развития.

Нарушения внимания при РДВГ и первазивных расстройствах (АР и САР) в большинстве случаев, по-видимому, имеют различную природу, что не исключает возможности коморбидности этих расстройств у некоторых детей.

Многие симптомы, отражающие нарушения развития, включая специфические задержки развития рецептивной, экспрессивной речи, речевой артикуляции, двигательных функций встречаются, как при АР, САР, так и при РДВГ. Дети с САР имели больше общих клинических проявлений с пациентами с АР и ЗРР с симптомами аутизма, чем с детьми с ЗРР и симптомами РДВГ.

Таблиця 2

Факторный анализ клинического полиморфизма у рандомизированных детей с выделением факторов 1) первазивных нарушений развития, 2) разрушительного поведения, 3) дефицита внимания и задержки речевого развития.

Факторы	Факторные нагрузки			Суммарное влияние факторов
	1	2	3	
Отсутствие глазного контакта	.58		-.72	.43
Стереотипии	.66		-.38	.37
Бедные социальные взаимодействия	.55		-.66	.48
Отсутствие речи/ задержка речевого развития	.41		.65	.42
Отсутствие реакции на социальные стимулы	.55			.33
Заинтересованность в просмотре рекламы по телевизору	.58			.29
Неправильное использование местоимений	.35		.52	.27
Эмоциональная лабильность			.31	.23
Тики			.17	.20
Нетерпеливость и/или импульсивность		.65	-.29	.39
Гиперактивность		.62	-.32	.28
Кондуктивные поведенческие проблемы		.61		.32
Невнимательность		.55		.34
Артикуляционные и/или интонационные нарушения		-.37	.38	.17
Нетерпимое отношение к любым изменениям	.46			.28
Собственные значения	3,28	2,88	1,94	
% дисперсии	12,15	10,67	7,18	

Тяжесть таких симптомов, как «бедность социальных взаимодействий», «отсутствие глазного контакта», «стереотипные движения, формы поведения и интересы» в группе с АР встречаются чаще, чем в группе с САР. Специфические задержки развития речи и двигательных функций чаще сочетаются с нарушениями концентрационной функции внимания, чем с нарушениями социальной реципрокности.

Таким образом, результаты исследования поддерживают гипотезу, согласно которой АР и САР можно рассматривать как подтипы континуума первазивных нарушений развития. Континуум первазивных расстройств развития и РДВГ следует рассматривать как дискретные расстройства. ЗРП с аутистическими симптомами и ЗРП с гиперкинетическими симптомами, по-видимому, также являются дискретными расстройствами, такими как РДВГ и аутизм.

В качестве возможных критериев для дифференциальной диагностики ЗРП с симптомами аутистического спектра и ЗРП с симптомами гиперкинетического спектра рассматриваются: 1) преобладание нарушений

развития рецептивной речи над расстройствами экспрессивной речи, 2) преобладание гиперактивности и импульсивности над невнимательностью, 3) наличие диспрактических нарушений, в частности дизартрии.

Литература:

1. Wing L. Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? / Wing L., Gould J., Gillberg C. // *Research in Developmental Disabilities*. – 2011. – V. 32. – P. 768-773.
2. Taylor E., Sonuga-Barke E. Disorders of attention and activity. // *Rutter's Child & Adolescent Psychiatry*. / Rutter M., Bishop D., Pine D et al. – 5th ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008. - P. 467-496.
3. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. / Kanner L. – *The Nervous Child*. – 1943. – V. 2. – P.217-250.
4. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter. / Asperger H. // *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*. – 1944. – V. 117. P. 76–136.
5. Wing L. The history of ideas on autism: legends, myths and reality. / Wing L. // *Autism*, 1997. – V. 1. – P. 13–23.
6. Baron-Cohen S. Talent in autism: hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity. / Baron-Cohen S., Ashwin E., Ashwin C. // *Philosophical Transactions of the Royal Society: Biological Sciences*, 2009. – V. 364. – P. 1377- 1383.
7. Freitag C.M. Genetics of autistic disorders: review and clinical implications. / Freitag C.M., Staal W., Klauck S.M. // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. – 2010. – V. 19. – P. 169–178.

AUTISM AND HYPERKINETIC DISORDERS: PROBLEM COMORBIDITY AND DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC

IGOR A. MARTSENKOVSKY

In clinical practice we frequently have children who met ICD-10 and DSM-IV criteria both for ASD (Autism Spectrum Disorder) and ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). These children usually have delay of language development, problems with social interaction, poor eye contact, repetitive behaviour and narrow interests, hyperactivity, attention deficit, stereotype play, echolalia and other. In some clinical cases, the symptoms of ASD are prevalent, while in others – the ADHD symptoms are more expressive. In this case, the question is which of these two disorders had to be diagnosed? The main of this study is to identify using scientifically validated diagnostic tools the percentage of children with ASD and ADHD in a sample with polymorphic symptoms, as well as to provide variants of clinical polymorphism and course. We evaluated a sample of 226 children 3-7 years old. For diagnostic we applied ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised) and ADHD-RS (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Rating Scales). We also used PEP-R (Psychoeducational Profile Revised), SRS-2 (Social Responsiveness Scale, Second Edition), ABC (Aberrant Behavior

Checklist), Vineland II (Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition). To collect the sociodemographic, medical and developmental history, that are required for psychiatric assessment in childhood we used Family Questionnaire (FQ) and Semi-Structured Clinical Examination Form (SCEF). The Family Questionnaire is completed by the parents and Semi-Structured Clinical Examination Form – by the child psychiatry. After applying a diagnostic tools (ADI-R and ADHD-RS) on a patients with polymorphic symptoms we obtain the following results: 22,1% of the sample was diagnosed with Autism Disorders; 13,3% with Autism NOS and 64,6% with Language Development Delay (LDD). Clinical polymorphism of children, which we attributed to the groups: 1) with the prevalence of autism symptoms, 2) Autism NOS and 3) LDD with ADHD and ASD symptoms based on an assessment with the help of Semi-Structured Clinical Examination Form (SCEF). Using factor analysis were identified three factors: 1) PDD spectrum, 2) disruptive behaviors spectrum, 3) inattention and speech development problems spectrum, which defining the variety of clinical manifestations in randomized children. Results of this study support the hypothesis of according to which the Autism Disorder and Autism Spectrum Disorder may be considered as a continuum of social communication skill deficit. Apparently LDD with of ADHD and LDD with of ASD symptoms is also a discrete disorder with both ADHD and Autism. This disorder, as shown in our study, should also be distinguished from Autism and PDD NOS. To possible diagnostic criteria for LDD with ASD and ADHD symptoms can be attributed: 1) presence of receptive speech disorders, 2) prevalence of hyperactivity and impulsivity under inattention, 3) the presence of dysarthria.

Keywords: Autism Disorders, Autism Spectrum Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Hyperkinetic Disorder, speech development problems spectrum.

АУТИЗМ ТА ГІПЕРКІНЕТИЧНИЙ РОЗЛАДИ: ПРОБЛЕМА КОМОРБІДНОСТІ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ

І. А. Марценковський

У клінічній практиці часто зустрічаються діти з поліморфною симптоматикою, у яких критерії МКХ-10 та DSM-IV виконуються, як для САР (розладів спектра аутизму), так і для РДВГ (розладу дефіциту уваги з гіперактивністю). Метою дослідження було визначення, з використанням науково обґрунтованих діагностичних інструментаріїв, типології та поширеності САР та РДВГ у вибірці дітей з поліморфними симптомами. Рандомізовано 226 дітей у віці 3-7 років. Для діагностики ми застосували діагностичне інтерв'ю аутизму в новій редакції (ADI-R) та рейтингову шкалу дефіциту уваги з гіперактивністю (ADHD-RS). Ми також використовували психоосвітній профіль, переглянутий (PEP-R), шкалу соціальної чуйності, друге видання (SRS-2), Контрольний список аномальної поведінки (ABC), шкалу адаптивної поведінки, друге видання (Vineland II). Для збору соціально-демографічних показників та історії розвитку дитини ми використовували сімейну анкету (FQ) і частково структуровану рейтингову клінічну шкалу для формалізованої оцінки клінічних проявів розладу у дітей (SCEF). У 22,1% дітей з поліморфною симптоматикою було діагностовано аутистичний розлад (АР), 13,3% – розлад спектру аутизму (САР), 64,6% – затримка мовного розвитку (ЗМР). Використання факторного аналізу дозволило виявити три фактори (моноквалітативних симптомокомплексів з ознаками, що мали значущі причинно-наслідкові зв'язки: 1) спектра первазивних порушень розвитку, 2) спектра руйнівної поведінки, 3) спектра дефіциту уваги та затримки мовного розвитку. Результати дослідження підтримують гіпотезу, відповідно до якої АР та САР можуть розглядатися як підтипи континууму первазивних порушень розвитку. Континуум первазивних розладів розвитку та РДВГ мають розглядатися як дискретні розлади. ЗМР з аутистичними симптомами та ЗМР із гіперкінетичними симптомами, безумовно, також є дискретними розладами, такими як РДВГ і аутизм. В якості можливих критеріїв для диференційної діагностики ЗМР з симптомами аутистичного спектру та ЗМР з симптомами гіперкінетичного спектру розглядаються: 1) переважання порушень розвитку рецептивної мови над розладами експресивної мови; 2) переважання гіперактивності та імпульсивності над неухильністю; 3) наявність диспраксічних порушень, зокрема дизартрії.

Ключові слова: аутистичний розлад, розлад спектра аутизму, розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, гіперкінетичний розлад, затримка мовного розвитку

УДК 616.895.1-053.2

И. И. Марценковская

ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии,
г. Киев

Ключевые слова: биполярное расстройство, детский возраст, атипичные антипсихотики, длительная терапия, профилактическая терапия

Диагностика биполярного расстройства в детском возрасте вызывает значительные сложности. Депрессии и субдепрессии диагностируются редко и обычно трактуются, как состояния, связанные с нарушениями адаптации, психической травмой и соматогениями. Отсутствуют четкие критерии для дифференциальной диагностики рекуррентных и биполярных депрессий. Гипомании, по-видимому, встречаются в педиатрической клинике значительно чаще, чем это считалось раньше, образуя с гиперкинетическим расстройством континуум состояний, основным проявлением которых является эмоциональная дисрегуляция и раздражительность. Период гипердиагностики биполярного расстройства в педиатрической практике, во многом связанный с работами представителей, так называемой

Бостонской группы, сменился определенным скепсисом. Диагностика маниакальных эпизодов в подростковом возрасте и у молодых людей не вызывает таких сложностей и служит абсолютным основанием для диагностики биполярного расстройства. Сложности у таких больных вызывает выбор оптимальной терапевтической стратегии, прежде всего выбор препарата первой линии терапии: антипсихотика – конвенционного (галоперидола, зуклопентиксола, флупентиксола) или атипичного (рисперидона, арипипразола, кветиапина) и длительность терапии. Профиль переносимости атипичных антипсихотиков выглядит предпочтительнее, чем у конвенционных. Необходимость длительного лечения атипичными антипсихотиками после редукции аффективных нарушений и достижения эутимии

Checklist), Vineland II (Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition). To collect the sociodemographic, medical and developmental history, that are required for psychiatric assessment in childhood we used Family Questionnaire (FQ) and Semi-Structured Clinical Examination Form (SCEF). The Family Questionnaire is completed by the parents and Semi-Structured Clinical Examination Form – by the child psychiatry. After applying a diagnostic tools (ADI-R and ADHD-RS) on a patients with polymorphic symptoms we obtain the following results: 22,1% of the sample was diagnosed with Autism Disorders; 13,3% with Autism NOS and 64,6% with Language Development Delay (LDD). Clinical polymorphism of children, which we attributed to the groups: 1) with the prevalence of autism symptoms, 2) Autism NOS and 3) LDD with ADHD and ASD symptoms based on an assessment with the help of Semi-Structured Clinical Examination Form (SCEF). Using factor analysis were identified three factors: 1) PDD spectrum, 2) disruptive behaviors spectrum, 3) inattention and speech development problems spectrum, which defining the variety of clinical manifestations in randomized children. Results of this study support the hypothesis of according to which the Autism Disorder and Autism Spectrum Disorder may be considered as a continuum of social communication skill deficit. Apparently LDD with of ADHD and LDD with of ASD symptoms is also a discrete disorder with both ADHD and Autism. This disorder, as shown in our study, should also be distinguished from Autism and PDD NOS. To possible diagnostic criteria for LDD with ASD and ADHD symptoms can be attributed: 1) presence of receptive speech disorders, 2) prevalence of hyperactivity and impulsivity under inattention, 3) the presence of dysarthria.

Keywords: Autism Disorders, Autism Spectrum Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Hyperkinetic Disorder, speech development problems spectrum.

АУТИЗМ ТА ГІПЕРКІНЕТИЧНИЙ РОЗЛАДИ: ПРОБЛЕМА КОМОРБІДНОСТІ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ

І. А. Марценковський

У клінічній практиці часто зустрічаються діти з поліморфною симптоматикою, у яких критерії МКХ-10 та DSM-IV виконуються, як для САР (розладів спектра аутизму), так і для РДВГ (розладу дефіциту уваги з гіперактивністю). Метою дослідження було визначення, з використанням науково обґрунтованих діагностичних інструментаріїв, типології та поширеності САР та РДВГ у вибірці дітей з поліморфними симптомами. Рандомізовано 226 дітей у віці 3-7 років. Для діагностики ми застосували діагностичне інтерв'ю аутизму в новій редакції (ADI-R) та рейтингову шкалу дефіциту уваги з гіперактивністю (ADHD-RS). Ми також використовували психоосвітній профіль, переглянутий (PEP-R), шкалу соціальної чуйності, друге видання (SRS-2), Контрольний список аномальної поведінки (ABC), шкалу адаптивної поведінки, друге видання (Vineland II). Для збору соціально-демографічних показників та історії розвитку дитини ми використовували сімейну анкету (FQ) і частково структуровану рейтингову клінічну шкалу для формалізованої оцінки клінічних проявів розладу у дітей (SCEF). У 22,1% дітей з поліморфною симптоматикою було діагностовано аутистичний розлад (АР), 13,3% – розлад спектру аутизму (САР), 64,6% – затримка мовного розвитку (ЗМР). Використання факторного аналізу дозволило виявити три фактори (моноквалітативних симптомокомплексів з ознаками, що мали значущі причинно-наслідкові зв'язки: 1) спектра первазивних порушень розвитку, 2) спектра руйнівної поведінки, 3) спектра дефіциту уваги та затримки мовного розвитку. Результати дослідження підтримують гіпотезу, відповідно до якої АР та САР можуть розглядатися як підтипи континууму первазивних порушень розвитку. Континуум первазивних розладів розвитку та РДВГ мають розглядатися як дискретні розлади. ЗМР з аутистичними симптомами та ЗМР із гіперкінетичними симптомами, безумовно, також є дискретними розладами, такими як РДВГ і аутизм. В якості можливих критеріїв для диференційної діагностики ЗМР з симптомами аутистичного спектру та ЗМР з симптомами гіперкінетичного спектру розглядаються: 1) переважання порушень розвитку рецептивної мови над розладами експресивної мови; 2) переважання гіперактивності та імпульсивності над неухильністю; 3) наявність диспраксічних порушень, зокрема дизартрії.

Ключові слова: аутистичний розлад, розлад спектра аутизму, розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, гіперкінетичний розлад, затримка мовного розвитку

УДК 616.895.1-053.2

И. И. Марценковская

ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии,
г. Киев

Ключевые слова: биполярное расстройство, детский возраст, атипичные антипсихотики, длительная терапия, профилактическая терапия

Диагностика биполярного расстройства в детском возрасте вызывает значительные сложности. Депрессии и субдепрессии диагностируются редко и обычно трактуются, как состояния, связанные с нарушениями адаптации, психической травмой и соматогениями. Отсутствуют четкие критерии для дифференциальной диагностики рекуррентных и биполярных депрессий. Гипомании, по-видимому, встречаются в педиатрической клинике значительно чаще, чем это считалось раньше, образуя с гиперкинетическим расстройством континуум состояний, основным проявлением которых является эмоциональная дисрегуляция и раздражительность. Период гипердиагностики биполярного расстройства в педиатрической практике, во многом связанный с работами представителей, так называемой

Бостонской группы, сменился определенным скепсисом. Диагностика маниакальных эпизодов в подростковом возрасте и у молодых людей не вызывает таких сложностей и служит абсолютным основанием для диагностики биполярного расстройства. Сложности у таких больных вызывает выбор оптимальной терапевтической стратегии, прежде всего выбор препарата первой линии терапии: антипсихотика – конвенционного (галоперидола, зуклопентиксола, флупентиксола) или атипичного (рисперидона, арипипразола, кветиапина) и длительность терапии. Профиль переносимости атипичных антипсихотиков выглядит предпочтительнее, чем у конвенционных. Необходимость длительного лечения атипичными антипсихотиками после редукции аффективных нарушений и достижения эутимии

обосновывается целями противорецидивной терапии, однако этот тезис не удастся подтвердить с соблюдением принципов доказательной медицины. Некоторые авторы наряду с противорецидивным выделяют этап профилактического лечения, но неясным остается ответ на вопрос, приводит ли длительная терапия биполярного расстройства атипичными антипсихотиками у детей к уменьшению риска рецидивов во взрослом возрасте или только переносит этот риск на более позднее время. Имеет право на жизнь и точка зрения, согласно которой длительная терапия антипсихотиками приводит к еще большей дисфункции нейротрансмиссии моноаминов и повышает риск аффективных нарушений в дальнейшем – формирует циркулярность.

В 2008 году арипипразол был рекомендован FDA (США) для терапии острых маниакальных и смешанных эпизодов биполярного расстройства I типа и поддерживающей терапии при этом расстройстве в качестве монотерапии или дополнительной терапии к солям лития или вальпроевой кислоты у детей в возрасте от 10 до 17 лет. Тем не менее, несмотря на одобрение FDA, до настоящего времени отсутствовали длительные плацебо-контролируемые исследования эффективности длительной тимоизолептической терапии литием и атипичными антипсихотиками подростков с биполярным расстройством.

Findling et al. [1] сообщили результаты исследования эффективности арипипразола при 30-недельной терапии биполярного расстройства у подростков. Это первое опубликованное рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое мультицентровое исследование длительного лечения атипичным антипсихотиком биполярного расстройства в педиатрической практике. Самоотверженные усилия автора и его коллег по организации и проведению длительного исследования арипипразола на педиатрической популяции отчасти привели к тому, что FDA одобрила применение арипипразола для поддерживающей терапии при биполярном расстройстве у детей. Это тщательно спланированное исследование и сложности в ходе его выполнения поднимают несколько методологических вопросов, требующих дальнейшего обсуждения.

За последнее десятилетие исследователи провели более дюжины двойных слепых плацебо-контролируемых исследований, посвященных фармакологическим вмешательствам при маниках у подростков и молодых людей с биполярным расстройством. Тем не менее, было всего несколько исследований, посвященных длительной терапии биполярного расстройства у детей и подростков [2].

В исследовании Findling et al. [1] арипипразол в дозе 10 мг/день и 30 мг/день сравнили с плацебо во время курса терапии длительностью 30 недель. В ходе исследования получена важная информация, как относительно эффективности и переносимости препарата при лечении острой маники (4 недели), так и при длительной терапии биполярного расстройства (26 недель).

Большинство рандомизированных подростков продемонстрировали улучшение в течение первых четырех

недель терапии, но не достигли состояния эутимии. В процессе последующей терапии, вплоть до 30-й недели, наблюдалось улучшение качества ремиссии, продолжалась редукция маниакальной симптоматики. Многие подростки продемонстрировали улучшение после 4-й недели лечения, но не достигли эутимии к концу контролируемого исследования. Исследование показало очень низкий уровень серьезных неблагоприятных эффектов (SAE), лишь один пациент рандомизированный для плацебо группы, согласно оценке по SAE имел усиление маниакальной симптоматики, по-видимому, ассоциированное с длительным приемом плацебо.

Таким образом, большую степень эффективности продемонстрировала длительная терапия арипипразолом маниакальных и смешанных эпизодов маники при биполярном педиатрическом расстройстве и обоснованность такой продолжительной терапии, чем эффективность профилактического лечения препаратом.

Все исследования, которые проводились для оценки эффективности профилактического лечения при биполярном расстройстве у взрослых пациентов, имели один из двух дизайнов: 1) пациенты с биполярным расстройством в состоянии эутимии рандомизировались в группы сравнения, получавшие изучаемый препарат и плацебо терапию; 2) пациенты с манией или биполярной депрессией в первой фазе исследования получали специфическую терапию, респондеры, ответившие на лечение рандомизировались для дальнейшего длительного лечения в группы, получавшие изучаемый препарат и плацебо [3; 4]. Обычно основными учетными показателями при проведении таких исследований является время, в течение которого у рандомизированного пациента удастся добиться редукции текущего аффективного эпизода (время достижения эутимии) или время, в течение которого удастся не допустить развитие очередного эпизода нарушения настроения. Такой дизайн имело одно педиатрическое исследование [5].

Согласно клиническому протоколу были рандомизированы дети в возрасте 4–9 лет, у которых были диагностированы биполярное расстройство I, биполярное расстройство II типа, биполярное расстройство не уточненное или циклотимия. Рандомизированные дети в рамках открытого контролируемого исследования в течение 16 недель получали терапию арипипразолом. Возраст выборки в данном исследовании был меньше того, для которого FDA одобрил этот препарат для поддерживающей терапии при биполярном расстройстве.

Пациенты, которые отвечали основным критериям стабилизации, в последствие были рандомизированы для 72 недельного двойного слепого плацебо контролируемого исследования с арипипразолом. Первичной оценкой результатов исследования было время до достижения пациентом эутимии. В обеих группах сравнения был очень высокий уровень отмены поддерживающей терапии в течение первых 4 недель исследования (50% для арипипразола и 90% для плацебо). У остальных пациентов исследование продолжалось в течение 72 недель либо прекращалось при появлении эпизода

аффективного расстройства. В выборке, получавшей арипипразол и завершивших исследование детей средняя продолжительность лечения до развития эпизода нарушенного настроения составила 6,14 недель, стандартная ошибка (СО) ± 11.88 недель, в то время, как в плацебо группе только 2,29 недели, СО $\pm 0,38$ недели ($p = 0,005$).

Большой процент прерывания терапии в первые недели после рандомизации создает трудности для интерпретации результатов исследования.

Также высокий процент детей, выбывших из плацебо контролируемых исследований атипичных антипсихотиков, был хорошо задокументирован Kemmler с соавторами [6], средний процент прекращения приема антипсихотиков составляет у подростков около 48,1% (60,2% в плацебо группе).

Таким образом, минимальная продолжительность антипсихотической терапии при лечении биполярного расстройства в педиатрической практике определяется временем, необходимым для достижения эутимии.

На основании метанализа установлено, что для достижения эутимии при биполярном расстройстве в педиатрической практике требуется более продолжительная, чем у взрослых пациентов терапия арипипразолом (12–16 недель в сравнении с 4–6 неделями у взрослых). Применение более высоких доз не имеет преимуществ перед среднетерапевтическими дозировками.

Эти выводы не могут быть экстраполированы на терапию с применением других атипичных антипсихотиков (рисперидоном, зипразидоном, кветиапином). Политерапия, применение сочетания арипипразола с тимоизолептиками (солями лития, вальпроевой кислоты) повышают вероятность достижения эутимии при

биполярном расстройстве, как у взрослых пациентов, так и у подростков, но снижают толерантность к лечению. Требуются дополнительные исследования для доказательства эффективности и безопасности комбинированной терапии солями лития, вальпроевой кислоты и атипичным антипсихотиком в педиатрической практике.

В настоящее время не существует оснований говорить о профилактическом эффекте длительной, многолетней терапии атипичными антипсихотиками (арипипразолом) при биполярном расстройстве у подростков. По-видимому, такая терапия не профилактирует, а лишь переносит на более позднее время, риск новых эпизодов нарушений настроения. Более обоснованным является применение термина «поддерживающая терапия». Обоснованность «поддерживающей терапии» определяется приемлемостью побочных эффектов применяемых препаратов.

Литература:

1. Aripiprazole for the treatment of pediatric bipolar I disorder: a 30-week, randomized, placebo-controlled study / Findling R.L. et al. // *Bipolar Disorder*. – 2013. – V. 15. – P. 138 – 149.
2. Methodological issues and controversies in clinical trials with child adolescent patients with bipolar disorder: report of a consensus conference / Carlson G.A. et al. // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* – 2003. – V. 13. – P. 13 – 27.
3. Evolving methodologies in bipolar disorder maintenance research / Calabrese J.R. et al. // *Br. J. Psychiatry*. – 2001. – № 178. – Suppl. 41. – P. 157 – 163.
4. Calabrese J.R. Mood stabilizers and the evolution of maintenance study designs in bipolar I disorder / Calabrese J. R., Rapport D.J. // *J. Clin. Psychiatry*. – 1999. – V. 60. – Suppl. 5 – P. 5 – 13.
5. Double-blind, randomized, placebo-controlled long-term maintenance study of aripiprazole in children with bipolar disorder / Findling R.L. et al. // *J. Clin. Psychiatry*. – 2012. – V. 73. – P. 57 – 63.
6. Dropout rates in placebo-controlled and active-control clinical trials of antipsychotic drugs: a meta-analysis / Kemmler G. et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – V. 12. – P. 1305 – 1312.

ДОВГОТРИВАЛА ТЕРАПІЯ АТИПОВИМИ АНТИПСИХОТИКАМИ БІПОЛЯРНОГО РОЗЛАДУ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

МАРЦЕНКОВСЬКА І. І.

У статті розглядається необхідність довготривалої та профілактичної терапії біполярного розладу в дитячому віці. Мінімальна тривалість антипсихотичної терапії при лікуванні біполярного розладу в педіатричній практиці визначається часом, необхідним для досягнення еутимії. Робиться висновок про недоведену профілактичну ефективність довготривалої терапії при біполярному педіатричному розладі.

LONG-TERM THERAPY OF ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS IN CHILDREN WITH BIPOLAR DISORDER

I. MARTSENKOVSKA

The article discusses the necessity of long-term prevention and treatment of bipolar disorder in youth. Minimum duration of antipsychotic therapy in the treatment of bipolar disorder in pediatric patients is determined by the time needed to achieve euthymic period. Discussing the conclusion of unproven efficacy of long-term maintenance therapy for pediatric bipolar disorder.

УДК 616.831-053.1:616.89-053.4-072.87

Т. М. Пушкарьова, О. С. Омельченко

ЕТАПНА ПСИХОДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ДУ «Інститут педіатрії акушерства і гінекології» НАМН України

Ключові слова: перинатальна церебрально-органічна патологія, психічний розвиток, психічний дизонтогенез, діти дошкільного віку, коморбідна психопатологія, алгоритм психодіагностики

Актуальність теми. Актуальність розробки алгоритму раннього виявлення (скринінгу) та подальшої поглибленої діагностики порушень психічного розвитку

та соціальної адаптації у дітей дошкільного віку пов'язана з широкою розповсюдженістю перинатальної церебрально-органічної патології. За даними вітчизняних

аффективного расстройства. В выборке, получавшей арипипразол и завершивших исследование детей средняя продолжительность лечения до развития эпизода нарушенного настроения составила 6,14 недель, стандартная ошибка (СО) ± 11.88 недель, в то время, как в плацебо группе только 2,29 недели, СО $\pm 0,38$ недели ($p = 0,005$).

Большой процент прерывания терапии в первые недели после рандомизации создает трудности для интерпретации результатов исследования.

Также высокий процент детей, выбывших из плацебо контролируемых исследований атипичных антипсихотиков, был хорошо задокументирован Kemmler с соавторами [6], средний процент прекращения приема антипсихотиков составляет у подростков около 48,1% (60,2% в плацебо группе).

Таким образом, минимальная продолжительность антипсихотической терапии при лечении биполярного расстройства в педиатрической практике определяется временем, необходимым для достижения эутимии.

На основании метанализа установлено, что для достижения эутимии при биполярном расстройстве в педиатрической практике требуется более продолжительная, чем у взрослых пациентов терапия арипипразолом (12–16 недель в сравнении с 4–6 неделями у взрослых). Применение более высоких доз не имеет преимуществ перед среднетерапевтическими дозировками.

Эти выводы не могут быть экстраполированы на терапию с применением других атипичных антипсихотиков (рисперидоном, зипразидоном, кветиапином). Политерапия, применение сочетания арипипразола с тимоизолептиками (солями лития, вальпроевой кислоты) повышают вероятность достижения эутимии при

биполярном расстройстве, как у взрослых пациентов, так и у подростков, но снижают толерантность к лечению. Требуются дополнительные исследования для доказательства эффективности и безопасности комбинированной терапии солями лития, вальпроевой кислоты и атипичным антипсихотиком в педиатрической практике.

В настоящее время не существует оснований говорить о профилактическом эффекте длительной, многолетней терапии атипичными антипсихотиками (арипипразолом) при биполярном расстройстве у подростков. По-видимому, такая терапия не профилактирует, а лишь переносит на более позднее время, риск новых эпизодов нарушений настроения. Более обоснованным является применение термина «поддерживающая терапия». Обоснованность «поддерживающей терапии» определяется приемлемостью побочных эффектов применяемых препаратов.

Литература:

1. Aripiprazole for the treatment of pediatric bipolar I disorder: a 30-week, randomized, placebo-controlled study / Findling R.L. et al. // *Bipolar Disorder*. – 2013. – V. 15. – P. 138 – 149.
2. Methodological issues and controversies in clinical trials with child adolescent patients with bipolar disorder: report of a consensus conference / Carlson G.A. et al. // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* – 2003. – V. 13. – P. 13 – 27.
3. Evolving methodologies in bipolar disorder maintenance research / Calabrese J.R. et al. // *Br. J. Psychiatry*. – 2001. – № 178. – Suppl. 41. – P. 157 – 163.
4. Calabrese J.R. Mood stabilizers and the evolution of maintenance study designs in bipolar I disorder / Calabrese J. R., Rapport D.J. // *J. Clin. Psychiatry*. – 1999. – V. 60. – Suppl. 5 – P. 5 – 13.
5. Double-blind, randomized, placebo-controlled long-term maintenance study of aripiprazole in children with bipolar disorder / Findling R.L. et al. // *J. Clin. Psychiatry*. – 2012. – V. 73. – P. 57 – 63.
6. Dropout rates in placebo-controlled and active-control clinical trials of antipsychotic drugs: a meta-analysis / Kemmler G. et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – V. 12. – P. 1305 – 1312.

ДОВГОТРИВАЛА ТЕРАПІЯ АТИПОВИМИ АНТИПСИХОТИКАМИ БІПОЛЯРНОГО РОЗЛАДУ В ДІТЯЧОМУ ВІЦІ

МАРЦЕНКОВСЬКА І. І.

У статті розглядається необхідність довготривалої та профілактичної терапії біполярного розладу в дитячому віці. Мінімальна тривалість антипсихотичної терапії при лікуванні біполярного розладу в педіатричній практиці визначається часом, необхідним для досягнення еутимії. Робиться висновок про недоведену профілактичну ефективність довготривалої терапії при біполярному педіатричному розладі.

LONG-TERM THERAPY OF ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS IN CHILDREN WITH BIPOLAR DISORDER

I. MARTSENKOVSKA

The article discusses the necessity of long-term prevention and treatment of bipolar disorder in youth. Minimum duration of antipsychotic therapy in the treatment of bipolar disorder in pediatric patients is determined by the time needed to achieve euthymic period. Discussing the conclusion of unproven efficacy of long-term maintenance therapy for pediatric bipolar disorder.

УДК 616.831-053.1:616.89-053.4-072.87

Т. М. Пушкарьова, О. С. Омельченко

ЕТАПНА ПСИХОДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ДУ «Інститут педіатрії акушерства і гінекології» НАМН України

Ключові слова: перинатальна церебрально-органічна патологія, психічний розвиток, психічний дизонтогенез, діти дошкільного віку, коморбідна психопатологія, алгоритм психодіагностики

Актуальність теми. Актуальність розробки алгоритму раннього виявлення (скринінгу) та подальшої поглибленої діагностики порушень психічного розвитку

та соціальної адаптації у дітей дошкільного віку пов'язана з широкою розповсюдженістю перинатальної церебрально-органічної патології. За даними вітчизняних

та зарубіжних науковців наслідки перинатальної церебрально-органічної патології або мінімальна мозкова дисфункція серед дітей дошкільного та шкільного віку зустрічається з частотою 5–20%, в той же час, за даними деяких авторів, – досягає 40% [1]. Ретельна діагностика відхилень психосоціального розвитку, поведінкових і емоційних розладів є необхідною складовою розробки і застосування превентивних заходів та ефективної корекції на основі стратегій відновлювального лікування і соціально-психологічної реабілітації для подальшого запобігання порушень психічного здоров'я дитини протягом всього періоду активного розвитку психіки та соціальних навичок. Потреба у реабілітації проявів психічного дизонтогенезу пов'язана з тим, що він може призводити до ускладнення як соціальної дошкільної і шкільної соціальної адаптації, так і до розвитку коморбідних емоційних та поведінкових розладів, що викликає необхідність втручання медичних психологів, дитячих психіатрів та психотерапевтів, які мають бути озброєні сучасними методами діагностики та медико-психологічної допомоги.

Основні критерії нормативності розвитку дітей дошкільного віку. Алгоритм психологічної діагностики має бути побудовано відповідно принципам діагностики порушень психічного розвитку дітей від 0 до 5 років, що відображені у Міжнародній класифікації 0–3 [4]. Вікова диференціація діагностичних підходів надає можливість відслідковувати процес розгортання нормального психологічного розвитку, приймаючи до уваги його основні етапи, а також час і послідовність їх розгортання. Наприклад, у віці 2–3 роки основним показником нормативності психічного розвитку є комунікативні навички та вербальний розвиток, адже встановлення та розвиток мовлення є провідною психічною функцією цього вікового періоду. Так, до двох з половиною років дитина має використовувати прості фразові конструкції з 2–3 слів, розуміти запитання та прості інструкції дорослих. При нормальному психічному розвитку до трьох років словниковий запас дитини має складати близько двох тисяч слів, що дає можливість розмовляти розгорнутими реченнями. Важливими в цьому віці є також сенсорний розвиток та розвиток навичок самообслуговування. Нормальний сенсорний розвиток дозволяє дитині впевнено розрізняти приблизно чотири контрастних кольори, три – чотири варіанти форми та конструктивно використовувати це в ігровій діяльності.

Сенсорний розвиток та розвиток просторової орієнтації активно продовжується до п'яти років. Нормальний вербальний розвиток дитини до чотирьох років дозволяє використовувати в розмові розгорнуті фрази, постійно удосконалюючи активне мовлення. Дитина впевнено називає кольори і форми, групові назви предметів. Правильно користується і впевнено розуміє прикметники. Отже, сенсорний розвиток та розвиток просторової орієнтації інтегруються з мовленням. На перший план виходять формування точних рухів та передумов до формування шкільних навичок. Активно удосконалюється просторова орієнтація. Дитина малює, запам'ятовує

прості вірші, починає рахувати. Покращується також здатність до фіксування та вербалізації дитиною свого стану. До шести років формуються зародки вольового контролю за когнітивними навичками, значно покращується контроль за поведінкою.

Окремо слід сказати про ігрову діяльність дитини. Приблизно в три роки дитина повинна починати грати в ігри, в яких задіяна уява. Надалі можливість вміння спілкуватися при групових іграх та приймати їх правила, а також сюжетна різноманітність ігор є відображенням розвитку соціальних, інтелектуальних навичок, а сюжет та інші характеристики гри можуть відображати емоційний стан дитини [2].

За загальними результатами цілеспрямованого спостереження за дитиною під час знаходження на прийомі, формулюється висновок про характер комунікації, впорядкованість поведінки та особливості спілкування з батьками. Показником нормативності розвитку комунікативної сфери є достатньо ефективна передача інформації при спілкуванні, тобто адекватні сенсорному та мовному розвитку комунікативні навички.

На відсутності проблем при спілкуванні з батьками вказує задоволення від спілкування та відносно рівний і передбачуваний емоційний фон комунікації та відповідна потребам дитини та соціальній ситуації емоційна та поведінкова участь батьків.

Алгоритм етапної діагностики психічного дизонтогенезу та коморбідної психопатології у дітей дошкільного віку. Для розробки діагностичних інструментів дослідження психологічного стану дітей з перинатальною церебрально-органічною патологією необхідно створити три вікові групи відповідно до особливостей та завдань найближчого розвитку та критеріїв вікової психології: діти віком 1–2 років, діти віком 3–4 років і діти віком 5–6 років. Ці групи дітей відрізняються за методикою дослідження. Для оцінки рівня психомоторного розвитку в групах дітей віком використовується методика цілеспрямованого спостереження за дитиною та її комунікацією з батьками, а також використання ігрових методик дослідження психічного стану дитини. Ігрову діяльність дитини оцінюють, зокрема, і при спостереженні за нею під час гри. Так само під час спостереження важливо оцінити характер комунікації та взаємодії зі спеціалістами та батьками. В даному випадку грає роль, з одного боку, наскільки активно дитина включається в комунікацію та веде себе природно без зайвого страху, активно освоюючи простір кабінету та спілкуючись, а з іншого – наскільки її поведінка є впорядкованою та відповідною до соціального контексту ситуації. При спостереженні за дитиною і її батьками під час гри можна зробити висновки про їх включеність в контакт та емоції, з якими вони спілкуються (друга вісь шкали класифікації ДК 0-3 П).

У групі дітей 1–2 років досліджується рівень сенсорного, пре- та вербального розвитку, а також рівень розвитку функцій контролю та просторової орієнтації. Аналогічні завдання актуальні для дітей 3–4 років. Для оцінки функцій контролю використовується

рівень довільного контролю за руховою активністю, а також поведінкою – повторення рухів і виконання інструкцій, у групі 3–4 роки при виконанні інструкцій також перевіряється просторова орієнтація шляхом визначення рівня оволодіння простими прийменниками та оцінюється зорово-моторна координація. Важливим є також вивчення та оцінка характеру взаємодії дитини з батьками, здатність батьків розуміти особливості психічного стану та мотивації поведінки дитини. Батькам потрібно бути чутливими до емоційних та еволюційних потреб дитини та сприяти його нормальному психосоціальному розвитку.

У групі дітей 5–6 років вивчають рівень розвитку функції контролю за допомогою дослідження довільної уваги (методика К. О. Марценківської «Знайди і викресли») та пам'яті (запам'ятовування 10 слів), а також просторового сприйняття. У цій віковій категорії вивчають конкретно-образне розуміння просторової орієнтації за допомогою визначення рівня оволодіння прийменниками, а також оволодіння більш абстрактним рівнем орієнтації за допомогою оцінки оперування дитиною граматичними конструкціями з прийменниками і орієнтацією в часі (оволодіння поняттями, що означають часові проміжки і плин часу, а також дні тижня та час доби) [6].

Отже, алгоритм складається зі скринінгової оцінки психічного розвитку дитини та клініко-патопсихологічного дослідження, в яке входить напівструктуроване інтерв'ю з батьками та дітьми старшої вікової групи під час гри. Також пропонується використання методу включеного цілеспрямованого спостереження за дитиною і психометричні та проективні психодіагностичні методики. Комплексна діагностика порушень психічного розвитку має проходити за активної участі батьків для розуміння особливостей впливу мікросоціального оточення. Батькам пропонується опитувальник рефлексивної здатності та опитувальник, направлений на дослідження стилю виховання [7]. Завдяки цьому підходу можливо буде комплексно оцінити рівень психічного та соціального розвитку дитини, фактори ризику розвитку коморбідної психопатології (емоційних та поведінкових розладів), а також сформулювати рекомендації щодо психологічної корекції порушень психічного розвитку та психосоціальної реабілітації.

Таким чином, запропонований алгоритм зорієнтовано на визнанні професійною спільнотою критеріїв нормативного розвитку. Діагностичний алгоритм є зручним інструментом для формулювання повного діагнозу з урахуванням конкретних задач психічного розвитку та соціальної адаптації дитини певного віку. Цей алгоритм побудовано на основі сучасних класифікацій психічних розладів, спрямованих на розробку адекватних лікувальних та реабілітаційних підходів. Для дітей дошкільного віку (віком від 0 до 5 років) це, зокрема, класифікація хвороб, спеціально розроблена для дітей раннього віку (ДК 0-3). [4] Конкретні дані клінічного інтерв'ю та результати виконання дитиною тестових завдань складають оцінку за першою віссю (наявні психічні розлади)

ДК 0-3. На основі тестів для батьків та спостереження за їх взаємодією з дитиною можна додати оцінку за другою шкалою ДК (0-3), яка називається «класифікація відносин». Поєднання інформації, щодо стану оцінки дитини за першими двома шкалами з даними анамнезу та знахідками інших медичних спеціалістів, дає змогу оцінити стан дитини за третьою шкалою – наявність медичних розладів чи розладів розвитку. Оцінка за наступними двома шкалами (шкала чотири – психосоціальні стресори, а шкала п'ять – функціональний рівень емоційного розвитку – ставлять психічний і соматичний стан дитини у контекст її взаємодії з оточенням і, таким чином, роблять діагноз функціональним, тобто таким, що не лише вказує на наявність того чи іншого розладу, а і відображає, як вони впливають на адаптованість дитини у своєму оточенні, що є дуже цінною інформацією для розробки плану медичної та психологічної допомоги дитині та її родині).

Методика діагностики, що заснована на комплексному підході, особливо потрібна дітям з перинатальною церебрально-органічною патологією, у яких важливо виявляти прояви та можливі причини психологічного дизонтогенезу та оцінити рівень адаптації якомога раніше для реалізації своєчасних та ефективних лікувальних-реабілітаційних стратегій.

Висновки. Таким чином, приділяючи особливу увагу важливості раннього виявлення та корекції різноманітних проявів психологічного дизонтогенезу, доцільним є застосування алгоритму, ґрунтованому на єдиних методологічних принципах психодіагностики для різних вікових категорій, так як всі вони зводяться до комбінації тісно перепланих процесів дизонтогенезу нервової системи та психічного дизонтогенезу, що мають негативний вплив на здатність дитини до нормального психосоціального розвитку.

Своєчасна діагностика проявів психічного дизонтогенезу дозволяє використовувати ефективні стратегії медико-психологічної корекції та реабілітації основних психічних функцій, що забезпечує запобігання соціальної, саме дошкільної та шкільної адаптації та превенції розвитку коморбідної психопатології у дітей дошкільного та шкільного віку в майбутньому.

Література:

1. Заваденко Н. Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. – Москва, 2000 – 112 с.
2. Кузнецов В. Н. Вопросы выявления нарушений развития психических функций в раннем детстве // Психічне здоров'я – 2010 – №1(26) – С. 35-47.
3. Певзнер Н. С. Клиническая характеристика детей с нарушениями темпа психического развития, – Самара, 2009 – 234с.
4. Подкорытов В. С. Шестопалова Л. Ф. Минимальная мозговая дисфункция у детей, клинико-диагностические аспекты // Педіатрія і Перинатологія – № 2011. – № 4. – С. 114.
5. Пушкарьова Т. М. Диагностическая классификация нарушений психического развития и психических расстройств у младенцев и детей раннего возраста // Психічне здоров'я. – 2011. – №1-2. – С. 73-75.
6. Райгородский Д. Я. Психодиагностика детей / Райгородский Д. Я. – Самара, 2008 – 624 с.
7. Семаго Н. Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст – Санкт-Петербург, 2011. – 385 с.

Таблиця 1

Алгоритм психологічного дослідження для різних вікових груп

Вікова група	Назва методики	Об'єкт дослідження	Предмет – психічні функції, що досліджуються
1–2 роки	Спрямовано включено спостереження	Дитина з батьками	Оцінка загального моторного розвитку та експресивної мови
1–2 роки	Виконання простих одноетапних інструкцій	Дитина з батьками	Оцінка розуміння мови, ситуації в цілому, якості контакту та емоційного контексту
1–2 роки	Повторення рухів	Дитина з батьками	Контроль за моторною активністю, рівнем сенсомоторної інтеграції
3–4 роки	Спрямовано включено спостереження	Дитина з батьками	Оцінка загального моторного розвитку та експресивної мови Оцінка поведінкових особливостей та здатності контролю над своєю поведінкою Адаптація в нових умовах, характер гри та взаємодії з батьками та спеціалістами
3–4 роки	Виконання простих одноетапних інструкцій та двоетапних інструкцій	Дитина з батьками	Оцінка розвитку розуміння мови особливо прийменників Оцінка просторової орієнтації Оцінка початку планування та контролю за вербальним розвитком, діяльності
3–4 роки	Проективна методика «Неіснуюча тварина»	Дитина	Розвиток дрібної моторики Емоційний стан: рівень тривожності, активність захисних механізмів, рівень агресії
5–6 років	Спрямовано включено спостереження	Дитина з батьками	Оцінка поведінкових особливостей та здатності контролю над своєю поведінкою Адаптація в нових умовах характер гри та взаємодії з батьками та спеціалістами. Оцінка вербального та інтелектуального розвитку
5–6 років	Проективна методика «Неіснуюча тварина»	Дитина	Розвиток дрібної моторики Емоційний стан: рівень тривожності, активність захисних механізмів, рівень агресії
5–6 років	Методика К. О. Марценківської «Знайди та викресли»	Дитина	Стійкість та вольовий контроль над увагою
5–6 років	Запам'ятовування 10 слів	Дитина	Характеристики пам'яті
5–6 років	Оперування прийменниками та орієнтація в часі	Дитина	Вербальний розвиток та просторова орієнтація
Всі вікові групи	Опитувальник рефлексивної здатності батьків	Один або двоє з батьків	Адекватність оцінки батьками психологічного стану дитини
Вікові групи 3–4 та 5–6 років	Опитувальник АСВ А. Г. Ейдемільера для дітей 3–10 років	Один з батьків	Наявність порушень у системі виховання дітей

8. Эйдемиллер Э. Г. Добряков И. В. и др. *Детская психиатрия* – Санкт – Петербург, 2008. – 1120 с.
9. *DC 0-R Diagnostic classification of Mental Health and Developmental*

Disorders in Infancy and Early Childhood: Revised Edition. - 2005.- Washington, DC: ZERO TO THREE Press.- 75 p.

ЕТАПНА ПСИХОДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Т. М. ПУШКАРЬОВА, О. С. ОМЕЛЬЧЕНКО

У статті висвітлюються проблеми етапної психодіагностики порушень раннього психосоціального розвитку дітей дошкільного віку з перинатальною патологією центральної нервової системи. Обговорюються підходи до діагностики проявів психічного дизонтогенезу. Пропонується алгоритм етапної діагностики психічного дизонтогенезу та коморбідної психопатології.

Ключові слова: перинатальна церебрально-органічна патологія, психічний розвиток, психічний дизонтогенез, діти дошкільного віку, коморбідна психопатологія, алгоритм психодіагностики

THE STEP BY STEP PSYCHODIAGNOSTICS OF MENTAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH PERINATAL CEREBRAL-ORGANIC PATHOLOGY

T. PUSHKAREVA, A. OMELCHENKO

The article discusses some problems of diagnostics of the early psychological development disturbances of preschool children with perinatal pathology of the central nervous system. The article suggests an algorithm of the diagnostics of psychological dysontogenesis and comorbid disorders and discusses approaches for diagnosing the manifestations of psychological dysontogenesis.

Keywords: perinatal pathology of the central nervous system, psychosocial development, psychological dysontogenesis, comorbid psychological disorders, pre-school children, psychodiagnostics.

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК: 616.89-008:441.13-07+61:340.63

О. А. Ревенок, О. П. Олійник, О. В. Радзевілова

СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ У ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

(ЗАКОНОДАВЧІ, МЕТОДОЛОГІЧНІ, КЛІНІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ)

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

Ключові слова: алкогольна залежність, психічні та поведінкові розлади, судово-психіатрична експертиза

Актуальність теми. У нашій країні серед усіх станів залежності (наркоманія, токсикоманія, лудоманія тощо) свою першорядну актуальність, як і раніше, зберігає проблема залежності від алкоголю. Згідно з статистичними даними різних досліджень, Україна входить до п'ятірки найбільш «питущих» націй. За останні роки кількість українців, які зловживають алкоголем, зросла в три рази, переважно за рахунок дитячого, підліткового та молодіжного «пивного» і «слабоалкогольного» алкоголізму. За даними офіційної статистики, хронічним алкоголізмом страждає близько 1 млн. населення України. Алкоголіком стає 1 з 10 українців, які вживають спиртні напої. Смертність від алкоголізму становить понад 40 тис. випадків на рік. Однак, на думку наркологів, офіційні дані істотно відстають від реальної ситуації в країні.

Поширеність алкоголізму та інших залежностей позначається на збільшенні кількості судово-психіатричних експертиз відносно осіб, що зловживають психоактивними речовинами (ПАР), в рамках цивільного процесу. В нових економічних умовах почастішали випадки порушення цивільних прав осіб, що зловживають ПАР, а також членів їх сімей. Перебуваючи під впливом ПАР, ці особи виявляються неспроможними відстояти свої майнові інтереси, а їх психічний стан у подальшому виявляється приводом та предметом судово-психіатричного експертного дослідження в рамках судового розгляду [1].

Судово-психіатричні експертизи відносно осіб, що зловживають ПАР, є досить складними, з урахуванням того, що наявні у них психічні порушення далеко не завжди позначаються на інтелектуальній або вольовій складовій юридичного критерію дієздатності, тобто здатності особи усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними. Ряд дослідників вивчали інтелектуально-мнестичні порушення у хворих на алкоголізм (Е. К. Андреева, 1965; Т. К. Чернаенко, 1970; Э. И. Лапинский, 1974 та ін.). Для когнітивної сфери таких хворих характерні порушення пізнавальних процесів насамперед уваги та пам'яті (від порушень запам'ятовування до ослаблення логічно-змістовної пам'яті). Алкоголізація значно впливає на вольові процеси особи. Тому експертній оцінці підлягає вивчення мотиваційної сфери особистості.

У мотиваційній сфері людини, хворої на алкоголізм, спостерігається зміна ієрархії мотивів та потреб. Під впливом зміни мотиваційної сфери різко змінюється поведінка особи, мотив «алкоголь» стає смислоутворюючим. Вся поведінка особи, залежної від алкоголю, підкорена домінуючій потребі – прийому алкоголю. Алкогольна деградація особистості супроводжується зміною ціннісних орієнтацій особистості. Значення раніше домінуючих потреб знижується. Другорядна потреба в алкоголі виступає на перших план, обумовлюючи всю діяльність особистості. Спостерігається втрата самоконтролю. Особливо актуальним для експертної оцінки алкогольно залежних осіб становлять питання здатності прогнозування та оцінки ситуації, вибору адекватних засобів для досягнення поставленої мети, з урахуванням виникнення порушень вольової сфери. Це вимагає патопсихологічного дослідження, залучення психологів до експертного дослідження, призначення комплексних судових психолого-психіатричних експертиз [2; 3].

Посмертні судово-психіатричні експертизи (СПЕ) є найбільш складними через необхідність ретроспективного аналізу психічного стану особи, що зловживала ПАР. У цих випадках проведення експертизи ускладнює відсутність особи, бо вирішується питання дієздатності, недостатність і суперечливість об'єктивних даних про її психічний стан на період юридичної ситуації [4–6].

Відповідно до існуючої в Україні законодавчої бази, експертна оцінка психічних розладів при станах залежності від алкоголю потребує розробки нових експертних підходів, що визначає актуальність та перспективи наукових досліджень у цьому напрямку.

Мета дослідження – розробити модель судово-психіатричної експертної оцінки можливості залежних від алкоголю осіб усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (УЗСД та КН) під час укладання правочину.

Вибір методів дослідження був обумовлений метою і задачами НДР. У роботі застосовувались клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний, статистичний методи дослідження, а також метод експертного судово-психіатричного аналізу.

Правові підстави СПЕ осіб із синдромом залежності від алкоголю визначаються діючим цивільним законодавством України.

У цивільному процесі питання дієздатності / обмеженої дієздатності / недієздатності осіб, зловживаючих ПАР, може розглядатися в рамках ст. 36–42, ст. 225 ЦК України. Особам, які зловживають спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами, приділено особливу увагу в деяких частинах цих статей.

Стаття 36. Обмеження цивільної дієздатності фізичної особи:

1. Суд може обмежити цивільну дієздатність фізичної особи, якщо вона страждає на психічний розлад, який істотно впливає на її здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними.
2. Суд може обмежити цивільну дієздатність фізичної особи, якщо вона зловживає спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами тощо і тим ставить себе чи свою сім'ю, а також інших осіб, яких вона за законом зобов'язана утримувати, у скрутне матеріальне становище.
3. Порядок обмеження цивільної дієздатності фізичної особи встановлюється Цивільним процесуальним кодексом України.
4. Цивільна дієздатність фізичної особи є обмеженою з моменту набрання законної сили рішення суду про це.

Стаття 37. Правові наслідки обмеження цивільної дієздатності фізичної особи:

1. Над фізичною особою, цивільна дієздатність якої обмежена, встановлюється піклування.
2. Фізична особа, цивільна дієздатність якої обмежена, може самостійно укладати лише дрібні побутові угоди.
3. Правочини щодо розпорядження майном та інші правочини, що виходять за межі дрібних побутових, укладаються особою, цивільна дієздатність якої обмежена, за згодою піклувальника. Відмова піклувальника дати згоду на укладання правочинів, що виходять за межі дрібних побутових, може бути оскаржена особою, цивільна дієздатність якої обмежена, до органу опіки та піклування або суду.
4. Одержання заробітку, пенсії, стипендії, інших доходів особи, цивільна дієздатність якої обмежена, та розпорядження ними здійснюються піклувальником. Піклувальник може письмово дозволити фізичній особі, цивільна дієздатність якої обмежена, самостійно одержувати заробіток, пенсію, стипендію, інші доходи та розпоряджатися ними.
5. Особа, цивільна дієздатність якої обмежена, самостійно несе відповідальність за порушення нею договору, укладеного за згодою піклувальника, та за шкоду, що завдана нею іншій особі.

Стаття 38. Поновлення цивільної дієздатності фізичної особи, цивільна дієздатність якої була обмежена:

1. У разі видужання фізичної особи, цивільна дієздатність якої обмежена, або таке поліпшення її психічного стану, який відновив у повному обсязі її здатність

усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними, суд поновлює її цивільну дієздатність.

2. У разі припинення фізичною особою зловживання спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами тощо суд поновлює її цивільну дієздатність.
3. Піклування, встановлене над фізичною особою, припиняється на підставі рішення суду про поновлення цивільної дієздатності.
4. Порядок поновлення цивільної дієздатності фізичної особи, цивільна дієздатність якої обмежена, встановлюється Цивільним процесуальним кодексом України.

Стаття 39. Визнання фізичної особи недієздатною:

1. Фізична особа може бути визнана судом недієздатною, якщо вона внаслідок хронічного, стійкого психічного розладу не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними.
2. Порядок визнання фізичної особи недієздатною встановлюється Цивільним процесуальним кодексом України
3. Якщо суд відмовить у задоволенні заяви про визнання особи недієздатною і буде встановлено, що вимога була заявлена недобросовісно без достатньої для цього підстави, фізична особа, якій такими діями було завдано моральної шкоди, має право вимагати від заявника її відшкодування.

Стаття 40. Момент визнання фізичної особи недієздатною:

1. Фізична особа визнається недієздатною з моменту набрання законної сили рішення суду про це.
2. Якщо від часу виникнення недієздатності залежить визнання недійсним шлюбу, договору або іншого правочину, суд з урахуванням висновку судово-психіатричної експертизи та інших доказів щодо психічного стану особи може визначити у своєму рішенні день, з якого вона визнається недієздатною.

Стаття 41. Правові наслідки визнання фізичної особи недієздатною:

1. Над недієздатною фізичною особою встановлюється опіка.
2. Недієздатна фізична особа не має права укладати будь-які угоди.
3. Правочини від недієздатної фізичної особи та в її інтересах укладає її опікун. (цивільна угода)
4. Відповідальність за шкоду, завдану недієздатною фізичною особою, несе її опікун (стаття 1184 цього Кодексу).

Стаття 42. Поновлення цивільної дієздатності фізичної особи, яка була визнана недієздатною:

1. За заявою опікуна або органу опіки та піклування суд поновлює цивільну дієздатність фізичної особи, яка була визнана недієздатною, і припиняє опіку, якщо буде встановлено, що внаслідок видужання або значного поліпшення її психічного стану у неї відновилась здатність усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.
2. Порядок поновлення цивільної дієздатності фізичної особи, який був визнаний недієздатною,

встановлюється Цивільним процесуальним кодексом України.

Стаття 225. Правові наслідки вчинення правочину дієздатною фізичною особою, яка у момент його скоєння не усвідомлювала значення своїх дій та (або) не могла керувати ними:

1. Операція, яку дієздатна фізична особа скоїла у момент, коли вона не усвідомлювала значення своїх дій та (або) не могла керувати ними, може бути визнана судом недійсною за позовом цієї особи, а в разі її смерті – за позовом інших осіб, чий цивільні права або інтереси були порушені.
2. У разі наступного визнання фізичної особи, яка вчинила правочин, недієздатною позов про визнання правочину недійсним може пред'явити її опікун.
3. Сторона, яка знала про стан фізичної особи на момент вчинення правочину, зобов'язана відшкодувати їй моральну шкоду, завдану у зв'язку із скоєнням такого правочину.

Таким чином, у цивільному процесі щодо особи, яка зловживає ПАР, за життя підекспертного, можуть вирішуватися питання обмеження його дієздатності, якщо зловживання спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами тощо ставить у скрутне матеріальне становище самого залежного, його сім'ю, а також інших осіб, яких він за законом зобов'язаний утримувати (ч. 2 ст. 36 ЦКУ). Для обмеження дієздатності особи згідно цієї частини 36 статті ЦКУ обов'язковою умовою є причинно-наслідковий зв'язок між фактом зловживання особою тим чи іншим психоактивним засобом і важким матеріальним становищем його сім'ї, оскільки основною метою визнання особи обмежено дієздатною є захист інтересів сім'ї, яка матеріально від цієї особи залежить. З моменту вступу рішення суду в силу над особою, яка зловживає ПАР, встановлюється піклування. З іншого боку на СПЕ в рамках цивільного процесу можуть вирішуватися питання психічного стану особи, яка зловживає ПАР, на момент вчинення конкретних юридичних угод. У цих випадках експертному дослідженню підлягає оцінка впливу наявних психічних розладів на здатність особи усвідомлювати свої дії та керувати ними на момент вчинення правочину, тобто зіставлення медичного і юридичного критеріїв дієздатності. З експертної точки зору наявні психічні порушення можуть: 1) істотним чином впливати на здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (ч. 1 ст. 36 ЦКУ – обмеження дієздатності); 2) позбавляти здатності усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (ч. 1 ст. 39 ЦКУ – визнання недієздатним); 3) не впливати на здатність особи, яка зловживає ПАР, усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (збереження повної цивільної дієздатності).

Питання дієздатності померлої особи, яка скоїла правочин, при посмертних СПЕ розглядаються винятково в рамках 225 статті ЦКУ. Одним з тих станів, які можуть вплинути на те, що дієздатна фізична особа на момент скоєння правочину не усвідомлювала значення своїх дій

та (або) не могла керувати ними, є психічні розлади при залежних станах.

Результати роботи. У рамках даної НДР планується судово-психіатричне обстеження понад 200 осіб з синдромом залежності від алкоголю на предмет судово-психіатричної оцінки наявних у них психічних та поведінкових розладів. На першому етапі дослідження було обстежено 96 осіб.

Тематичних хворих було поділено на дві групи. До основної групи (53 особи) увійшли підекспертні з синдромом залежності від алкоголю, які уклали цивільні правочини. В даній групі аналізувались як посмертні СПЕ, так і результати експертного дослідження стосовно живих осіб. Контингент ОГ, в залежності від експертних рішень, було поділено на три підгрупи: ОГ I – особи, які за рішенням СПЕ на момент укладання цивільних угод могли УЗСД та КН; ОГ II – не повною мірою могли УЗСД та КН; ОГ III – не могли УЗСД та КН.

Порівняльну групу склали 43 особи з АЗ щодо яких у судовому порядку, за допомогою СПЕ, розглядалися питання позбавлення чи обмеження їх цивільної дієздатності.

Вибір тематичних хворих не обмежувався віком, статтю, стадією алкогольної хвороби. До дослідження не залучались хворі з тяжкими психічним захворюваннями, що супроводжувались зловживанням ПАР.

Наймолодшим підекспертним серед обстежених був чоловік 39 років, а найстаршим – 81 рік. Розподіл тематичних хворих між групами за віком і статтю був однорідний, що відображено у табл. 1.

За результатами дослідження було встановлено, що загальний обсяг проведених в Україні судово-психіатричних експертиз за останні десять років принципово не змінився і залишається на рівні 26-28 тисяч. На відміну від цього кількість судово-психіатричних експертиз по цивільним справам виявляє щорічну тенденцію до зростання.

Кількість судово-психіатричних експертиз станів залежності (F10.0 – F10.9) по цивільним справам складає в середньому 50-70 на рік (2008 – 71 випадок, 2009 – 56, 2010 – 79, 2011 – 72). З них наявність психотичних розладів (F10.4 – F10.7) у підекспертних діагностується в середньому 35 випадків щорічно (2008 – 34 випадки, 2009 – 37, 2010 – 39, 2011 – 23). З даної кількості СПЕ рішення про неспроможність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними виносяться у 37 – 73% випадках.

Контингент підекспертних із синдромом залежності від алкоголю по цивільним справам майже у 80% випадків складають особи працездатного віку (40–60 років). Співвідношення чоловіків та жінок, щодо яких вирішуються питання їх дієздатності за допомогою СПЕ, становить 5:1.

Експертні рішення при посмертних та прижиттєвих СПЕ осіб з алкогольною залежністю суттєво різняться. При ретроспективній оцінці психічного стану осіб на момент укладання цивільних угод переважно виносились рішення про можливість УЗСД та КН – 34%

Таблиця 1

Розподіл тематичних хворих за віком і статтю

Вік у роках	Кількість хворих								Всього	
	Основна група				Порівняльна група					
	Ч		Ж		Ч		Ж			
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
18-29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30-39	4	9,1	1	11,1	3	8,6	2	25,0	10	10,4
40-49	12	27,0	1	11,1	6	17,1	1	12,5	20	20,8
50-59	9	21,0	3	33,3	11	31,4	5	62,5	28	29,2
60-69	12	27,0	3	33,3	12	34,3	-	-	27	28,1
70-79	7	15,9	1	11,1	2	5,7	-	-	10	10,4
> 80	-	-	-	-	1	2,9	-	-	1	1,1
Разом	44	100,0	9	100,0	35	100,0	8	100,0	96	100,0

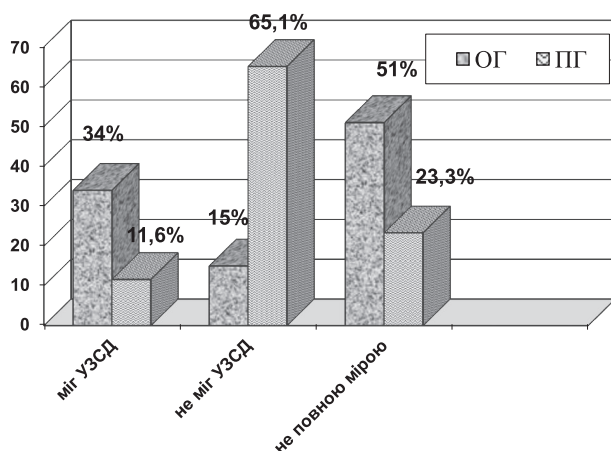


Рис. 1. Структура експертних рішень при проведенні СПЕ особам із синдромом залежності від алкоголю

випадків або про неможливість повною мірою УЗСД та КН – 51%; рішення про неможливість УЗСД та КН мали місце лише у 15% випадків. Натомість в осіб, щодо яких прижиттєво вирішувались питання цивільної дієздатності, у 65,1% виносилося рішення про такий психічний стан, що повністю унеможлилював УЗСД та КН; рішення про збереженість цієї здатності мали місце в 11,6% випадків, про неповну збереженість здатності УЗСД та КН – у 23,3%. Такі розходження експертних рішень свідчать про відсутність чіткого алгоритму експертної оцінки психічних розладів при алкогольній залежності.

Експертні діагнози, зазвичай, не відповідають експертним рішенням і не відображають глибини та особливостей психічних порушень при алкогольній залежності. При винесенні рішення про неможливість УЗСД та КН

діагноз з рубрики «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» безпідставно замінювався на «Органічні психічні розлади», що свідчить про викривлене використання діагностичних критеріїв МКХ – 10.

Таким чином, поширеність алкоголізму, зростання кількості СПЕ осіб з синдромом залежності в цивільному судочинстві, розходження експертних рішень у залежності від виду експертизи, невідповідне використання діагностичних критеріїв, відображають проблемний стан експертизи психічного стану осіб з синдромом залежності від ПАР, відсутність судово-психіатричних стандартів і необхідність науково-методичних розробок у цьому напрямку.

Література:

1. Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты) / Дмитриева Т. Б., Игонин А. Л., Клименко Т. В. и др. – М.: МНЦ «Инфо коррекция», 2003. – 316 с.
2. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство) / И. А. Кудрявцев. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1999. – 497 с.
3. Судебная психология и психолого-психиатрические экспертизы // Судебная психиатрия: учебное пособие / Т. Б. Дмитриева, А. А. Ткаченко, Н. К. Харитонова, С. Н. Шишков. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – С. 179-191.
4. Первомайский В. Б. Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике / В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко. – К.: Издательская компания «КИТ», 2006. – 394 с.
5. Харитонова Н. К. Методологические аспекты судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе лиц с синдромом зависимости от алкоголя / Н. К. Харитонова, Е. В. Королева // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 5. – С. 10-16.
6. Королева Е. В. Актуальные проблемы посмертной судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Судебная психиатрия. – М., 2007. – С. 57-74.

СУДОВО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СОСТОЯНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ (ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ, МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ)

О. А. РЕВЕНОК, О. П. ОЛИЙНИК, О. В. РАДЗЕВИЛОВА

В статье приведены основные проблемы судебно-психиатрической экспертизы состояний алкогольной зависимости. Изложены результаты анализа судебно-психиатрических экспертиз и экспертного осмотра лиц с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, психические и поведенческие расстройства, судебно-психиатрическая экспертиза

FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION OF STATES OF ALCOHOL DEPENDENCE IN CIVIL PROCEEDINGS (LEGAL, METHODOLOGICAL, CLINICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS)

A. REVENOK, O. OLIYNYK, A. RADZEVILOVA

The article presents the main problems of forensic psychiatric examination of alcohol dependence. The results of analysis of acts of forensic examinations, and expert examination of persons with alcohol dependence.

Keywords: alcohol addiction, mental and behavioral disorders, forensic psychiatric examination.

УДК 61:340.63

В. Р. Ілейко

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ І СКЛАДАННЯ ВИСНОВКУ (АКТА) КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: комплексна судова психолого-психіатрична експертиза, комплексні судово-психіатричні експертизи, кримінальний процес

Дослідження експертної практики щодо комплексної судової психолого-психіатричної експертизи (КСППЕ) в Україні [1–4] висвітлює системні недоліки, що стосуються питань її призначення, кількісних характеристик та методичних аспектів проведення та оформлення висновку експертизи. Так, у рамках проведеного дослідження випадків КСППЕ (суцільна однорічна вибірка в одній з експертних установ України – 130 випадків, з використанням відомостей стосовно особливостей проведення КСППЕ в інших регіонах України – 30 випадків) виявлено наступне:

- майже у половині постанов (ухвал) про призначення КСППЕ не вказувалось на комплексний характер призначуваної експертизи, у чверті випадків постанови (ухвали) мали істотну внутрішню неузгодженість, яка унеможлиблювала проведення КСППЕ: або призначалась однорідна судово-психіатрична експертиза (СПЕ), або на вирішення експертизи не ставились питання психологічного характеру;
- в усіх досліджених випадках була відсутня єдина структура оформлення акта експертизи щодо його психіатричного та психологічного розділів. Наявна структура акта КСППЕ не відрізнялась від структури однорідної СПЕ за участю психолога у якості консультанта;
- психологічний розділ актів КСППЕ був позбавлений послідовної, взаємопов'язаної побудови: «завдання – дослідження – аналіз – висновки»;
- практично в усіх досліджених актах КСППЕ психологічний розділ не мав окремо виділеної мотивувальної частини, а у більшості випадків (58%) були відсутніми аналіз отриманих у результаті психологічного дослідження даних (а також даних з матеріалів справи) та обґрунтування висновків;
- в усіх досліджених актах КСППЕ лікарі – судово-психіатричні експерти та психологи – судові експерти ставили свої підписи під психіатричними діагностичними висновками, висновками щодо здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними та висновками щодо індивідуально-психологічних особливостей, психологічного розвитку, тих чи інших проявів емоційних станів тощо. Підписуючи висновки з питань за межами їх професійних (спеціальних) знань, судово-психіатричні експерти та психологи – судові експерти виходили за межі своєї компетенції;
- аналіз статистичних даних у різних адміністративно-територіальних одиницях України за період 2008–2009 рр. щодо комплексних судово-психіатричних

експертиз (понад 90% яких становить КСППЕ) показав розкид показників від 0% до 38–40%, при середньому показнику по країні – 14%.

Вивчення та аналіз законодавчих, нормативних аспектів і наукових поглядів стосовно КСППЕ [2, 3] дозволив сформулювати основні теоретичні позиції щодо комплексної СПЕ взагалі і КСППЕ зокрема. Ці позиції в узагальненому вигляді є такими:

- КСППЕ є різновидом комісійної експертизи, в якій беруть участь експерти різних галузей знань, а саме судово-психіатричної експертизи та судової психології;
- кожен експерт дає висновок від свого імені і несе за нього особисту відповідальність;
- кожен експерт при проведенні експертизи не може виходити за межі своїх спеціальних знань, тобто за межі своєї компетенції;
- «спільна оцінка» експертами об'єктів експертизи при проведенні КСППЕ є відповідним чином організоване етапне, незалежне дослідження цих об'єктів судово-психіатричним експертом і психологом – судовим експертом і взаємне ознайомлення експертів з результатами цих досліджень;
- «інтеграція результатів» при проведенні КСППЕ є відповідним чином організоване спільне обговорення досліджень, які проведені судово-психіатричним експертом і психологом – судовим експертом, взаємне використання ними результатів цих досліджень для обґрунтування і формулювання особистих висновків у відповідності з питаннями, що поставлені, і в межах своєї професійної компетенції;
- «спільна компетенція» передбачає ідентичність, тожність спеціальних знань, використання яких і лежить в основі експертного дослідження; відсутність такої ідентичності виключає й можливість існування спільної компетенції;
- підпис кожним з експертів результатів особисто проведених досліджень та відповідей на питання, що поставлені перед ним, як констатація особистого відношення до проведеного дослідження і особистої відповідальності за його результати є єдиною можливим варіантом (засобом) оформлення експертного висновку, що унеможливорює вихід за межі професійної компетенції і збереження експертного висновку (акта КСППЕ) у правовому полі як одного з доказів у кримінальному провадженні.

Вищенаведені теоретичні передумови та реальні наявної експертної практики дають можливість

запропонувати алгоритм проведення і складання висновку (акта) КСППЕ, який відповідає, на нашу думку, сучасним вимогам щодо експертного дослідження.

Порядок проведення будь-якої експертизи, у тому числі КСППЕ, передбачає послідовність певних її етапів і діяльності експертів на цих етапах з моменту отримання ними постанови (ухвали) щодо призначення КСППЕ та доручення ним виконання цієї експертизи.

Обов'язкові умови проведення КСППЕ:

На етапі призначення:

- а) призначення судово-слідчими органами саме КСППЕ, тобто наявність в резолютивній частині ухвали (постанови) про призначення експертизи рішення щодо призначення саме КСППЕ;
- б) наявність в ухвалі (постанові) експертних питань, що стосуються сфери компетенції (предмету дослідження) фахівців як у галузі судово-психіатричної експертизи, так і в галузі судової психології;
- в) наявність в експертній установі (підрозділі), якій доручено проведення КСППЕ, фахівців у галузі судово-психіатричної експертизи та судової психології (тобто лікарів – судово-психіатричних експертів та психологів – судових експертів).

На етапі виконання:

- а) організаційна забезпеченість окремого, необхідного (і достатнього) за часом дослідження об'єктів експертизи (матеріалів справи, медичної документації, підекспертного тощо) лікарем (лікарями) – судово-психіатричним експертом і психологом (психологами) – судовим експертом;
- б) організаційна забезпеченість обговорення і взаємне використання попередніх результатів дослідження фахівцями різних галузей знань для коригування напрямків подальшого дослідження (в залежності від отриманих попередніх результатів фахівцями в галузі судово-психіатричної експертизи) та його повноти, тобто отримання необхідної кількості фактичних даних щодо психічного стану особи, підготовки обґрунтованих висновків. Так, наприклад, при експертизі короточасних афективних станів відсутність в особи психічного стану, що виключає (або суттєво обмежує) її здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними, дозволяє психологу – судовому експерту проводити оцінку емоційного стану цієї особи та кваліфікувати ті чи інші варіанти цього емоційного стану [5; 6]. При цьому зрозуміло, що наявність в особи будь-якого психічного розладу, окрім короточасного афективного стану, є підставою для його подальшої експертної оцінки винятково лікарем – судово-психіатричним експертом. При експертизі неповнолітнього наявність у нього ознак психічного розладу у вигляді розумової відсталості дозволяє психологу – судовому експерту при підготовці відповіді на питання щодо можливої затримки психічного розвитку і впливу такої затримки на поведінку (дії) особи в юридично значущій ситуації проводити дослідження з урахуванням (точніше, констатуванням) обумовленості психічного стану та поведінки підекспертного в

періоди часу, що цікавлять судово-слідчі органи, наявністю хворобливого стану психіки, а не будь-якими індивідуально-психологічними, соціально-психологічними тощо чинниками. Це ж стосується і інших контингентів підекспертних, де наявність в особи психічного розладу унеможливорює (з клінічної точки зору) відокремлення та оцінку за допомогою психологічного дослідження індивідуально-психологічних особливостей в межах компетенції психолога – судового експерта (предметом дослідження якого є континуум індивідуально-психологічних особливостей особи без психічних розладів у розумінні вітчизняних психіатричних класифікацій та глосаріїв у відповідному порівнянні і співставленні з чинною міжнародною класифікацією хвороб та її розділу щодо психічних та поведінкових розладів).

На етапі оформлення висновку (акта) КСППЕ:

- а) вступна частина акта КСППЕ повинна містити усі дані, що регламентуються законодавством України (ст. 102 КПК України, ст. 147 ЦПК України) та нормативними актами (п. 32 Порядку проведення судово-психіатричної експертизи, затвердженого наказом МОЗ України від 08.10.2001 № 397). Після вступної частини викладаються психіатричний і психологічний розділи акта КСППЕ, кожен з яких повинен містити дослідницьку та мотивувальну частини. Черговість викладення психіатричного або психологічного розділів не принципова (принциповою є насамперед наявність тієї чи іншої частини), між тим особливості викладення та структурування психіатричного дослідження (тобто дослідницької частини психіатричного розділу) з послідовними відомостями щодо історії життя підекспертного, історії його психічної хвороби (розладу), якщо така мала місце, обставин ситуації кримінальної події тощо роблять більш зручним, на нашу думку, для сприйняття та подальшої оцінки замовником експертизи (стороною кримінального провадження) змісту та висновків акта КСППЕ, викладення спочатку психіатричного розділу (з його дослідницькою та мотивувальною частинами), потім – психологічного розділу акта КСППЕ, і далі – заключної частини (висновків експертизи);
- б) дослідницька частина психіатричного та психологічного розділів акта КСППЕ повинна включати докладний опис проведених кожним із фахівців, які є учасниками даної експертизи, досліджень.

Дослідницька частина психіатричного розділу акта КСППЕ (як, до речі, і його мотивувальна частина) не потребує будь-яких змін та доповнень у порівнянні з такою при проведенні однорідної СПЕ. Вона повинна містити «факти, які отримані при дослідженні поданих на експертизу об'єктів, що стосуються психічного стану особи у різні проміжки часу, дані клінічного дослідження особи, виявлені під час проведення експертизи (психічний, соматичний, неврологічний стани тощо)». Виникають окремі думки, що лікар – судово-психіатричний експерт не повинен досліджувати та описувати

соматичний і неврологічний стани особи та здійснювати будь-які лікувальні заходи, включаючи симптоматичне, а тим більш патогенетичне, лікування психічних розладів різного рівня, начебто для «чистоти» експертного дослідження та відсутності необхідних знань та кваліфікації.

На нашу думку, такі уявлення є хибними, як з точки зору професійної декваліфікації судово-психіатричного експерта і штучного відриву його від родової медичної дисципліни – психіатрії, а необхідні знання щодо лікування психічних розладів судово-психіатричний експерт повинен отримувати на відповідних курсах підвищення кваліфікації (до речі, питання щодо лікування психічних розладів присутні і в тестах передатестаційного циклу з судово-психіатричної експертизи), так і з точки зору ненадання особі з психічними розладами необхідної медичної допомоги, що є порушенням вимог до професійних обов'язків лікаря взагалі та лікаря-психіатра зокрема. Інша річ, що медична допомога підекспертному, по-перше, не повинна бути примусовою (за винятком випадків тяжких психічних розладів), тобто повинна здійснюватися на основі інформованої згоди; по-друге – не повинна перешкоджати основному завданню експертного дослідження, а саме встановленню науково обґрунтованих діагностичного та експертного висновків, виходячи винятково з наявних фактів щодо психічного стану підекспертного в юридично значущі періоди часу та наявних діагностичних стандартів у широкому сенсі цього поняття (тобто виходячи з відповідних вітчизняних та міжнародних наукових досягнень та уявлень). Це ж стосується й дослідження та опису соматичного та неврологічного стану підекспертного, при цьому йде про загальні характеристики соматичного та неврологічного станів, оцінку яких повинен робити (і мати про це необхідні знання та навички) лікар будь-якої лікарської спеціальності. Якщо ж загальний огляд підекспертного, його соматичний і неврологічний стани, відповідні скарги будуть викликати сумніви щодо наявності гострої чи хронічної соматичної (неврологічної, хірургічної тощо) хвороби, її діагностична оцінка та лікувальна тактика повинні здійснюватися консультантом відповідної лікарської спеціальності (терапевтом, невропатологом, ендокринологом, хірургом тощо), з фіксуванням результатів консультативного дослідження в акті експертизи.

Психологічний розділ висновку (акта) КСППЕ також повинен включати дослідницьку та мотивувальну частини. Не втручаючись у формальні (вибір методик, черговість та порядок їх застосування тощо) та якісні (опис особливостей функціонування тих чи інших сфер психічної діяльності на основі застосування експериментальних методик) характеристики психологічного (експериментально-психологічного) дослідження, що є прерогативою фахівця-психолога і змістовно корелює з рівнем його професійної підготовки, зазначимо лише ті обов'язкові дані, які, відповідаючи загальнометодичним та загальнотеоретичним вимогам, повинні бути присутніми у дослідницькій та мотивувальній частинах психологічного розділу дослідження.

Виходячи з вищезазначеного, дослідницька частина психологічного розділу акта КСППЕ повинна містити:

- а) перелік методик, що застосовуються (з урахуванням завдань, що вирішує при даній експертизі психолог – судовий експерт);
- б) безпосереднє дослідження об'єктів експертизи:
 - інформаційно-аналітичне, тобто вивчення, виділення та аналіз інформації щодо особливостей функціонування психічних сфер підекспертного, його індивідуально-особистісних характеристик з матеріалів справи, інших письмових, аудіовізуальних тощо джерел інформації, а не посилання на ті чи інші дані дослідницької частини психіатричного розділу акта КСППЕ, які стосуються психічного стану підекспертного;
 - експериментальне, тобто відомості щодо результатів використаних методик, а не тільки оцінку функціонування сфер психічної діяльності, що витікає з начебто проведеного експериментального дослідження цих сфер.

Мотивувальна частина психологічного розділу акта КСППЕ (як і аналогічна частина його психіатричного розділу) повинна містити обґрунтоване пояснення фактичних даних щодо психологічних особливостей підекспертного, які встановлені при дослідженні об'єктів експертизи в межах тих завдань, які вирішує психолог – судовий експерт при проведенні конкретного експертного дослідження. Таке обґрунтоване пояснення має забезпечити подальше формулювання конкретних та зрозумілих замовнику експертизи відповідей на експертні питання в межах професійної компетенції фахівця.

Дослідницька та мотивувальна частини як психіатричного, так і психологічного розділів акта КСППЕ повинні відповідати структурі доказу з його складовими: теза, аргумент, демонстрація (де тезою є експертний висновок – відповідь на поставлене питання, відповідність якого істині експерт має довести; аргументами є факти про психічний стан, які здобуті в процесі експертного дослідження, а демонстрацією є систематизація отриманих фактів, їх аналіз, співставлення, з усуненням протиріч, обґрунтування проміжних та кінцевих висновків, тобто зведення здобутих фактів до певної системи).

Висновок КСППЕ повинен містити відповіді на поставлені перед лікарем – судово-психіатричним експертом та психологом – судовим експертом питання. Відповіді групуються у відповідності з компетенцією фахівця і підписуються у відповідності з його компетенцією окремо фахівцем у галузі судової психології та фахівцем у галузі судово-психіатричної експертизи. Відповіді на питання, що виходять за межі компетенції того чи іншого фахівця або сформовані некоректно, незрозуміло, мають загальнотеоретичний характер, формулюються також кожним з фахівців – учасників КСППЕ у своїй частині відповідей на питання особи (органу), що призначили експертизу.

Література:

1. Лейко В. Р., Каніщев А. В. Аналіз галузевої статистики щодо комплексних судово-психіатричних експертиз в Україні за період

- 2005–2009 років // *Архів психіатрії*. – 2011. – Т. 17, № 4. – С. 78–83.
2. Лейко В. Р., Канищев А. В. Науково-методичні аспекти комплексної судової психолого-психіатричної експертизи в Україні // *Архів психіатрії*. – 2011. – Т. 17, № 3. – С. 53–57.
3. Лейко В. Р., Канищев А. В. Спільні питання законодавчого та нормативного регулювання комплексної судової психолого-психіатричної експертизи в Україні // *Архів психіатрії*. – 2011. – Т. 17, № 3. – С. 58–60.
4. Илейко В. Р., Канищев А. В. Некоторые методические аспекты комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в уголовном процессе // *Архів психіатрії*. – 2012. – Т. 18, № 1. – С. 49–52.
5. Первомайський В. Б., Лейко В. Р., Канищев А. В. Критерії діагностики та експертної оцінки короткочасних афективних станів у судово-психіатричній практиці // *Архів психіатрії*. – 2009. – Т. 15, № 1. – С. 55–59.
6. Первомайський В. Б., Лейко В. Р., Канищев А. В. Методичні аспекти призначення та проведення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи короткочасних афективних станів // *Архів психіатрії*. – 2008. – Т. 14, № 2. – С. 29–32.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ И СОСТАВЛЕНИЯ АКТА КОМПЛЕКСНОЙ СУДОВОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В. Р. Илейко

В статье изложены подходы к проведению комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ), основанные на принципах компетентностной и личной ответственности эксперта за свой вывод. Принятие к производству КСППЭ возможно при назначении судебно-следственными органами именно данного рода экспертизы и наличии экспертных вопросов психиатрического и психологического характера. В процессе проведения экспертизы должны обеспечиваться отдельное изучение каждым из экспертов всех объектов экспертизы, обсуждение и взаимное использование предыдущих результатов экспертами разных областей знаний. Изложенные требования к составлению выводов (актов) КСППЭ, которыми предусматривается раздельное составление психиатрического и психологического разделов (каждый из которых в свою очередь должен иметь исследовательскую и мотивационную части). Выводы судебно-психиатрических экспертов и психологов – судебных экспертов тоже формулируются и подписываются полностью отдельно.

Ключевые слова: комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы, криминальный процесс

GUIDELINES TO PERFORMING COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL PSYCHIATRIC EXPERTISE AND DRAWING UP AN EXPERT OPINION

V. ILEYKO

The article contains guidelines to performing complex (multispecialty) forensic psychological psychiatric expertise (CFPPE) and drawing up an expert opinion, based on the principles of experts' competence and personal responsibility for their opinion. CFPPE may be performed if the court or investigating body orders an appropriate decision with questions addressing both psychologists and psychiatrists. Drawing up an expert opinion (report) suggests two separate sections – psychiatric and psychological, which, in turn should have its own narrative and declaration. Closing conclusion also must be done and signed up separately by psychiatrist and psychologist.

Keywords: complex forensic psychological and psychiatric examination, comprehensive forensic psychiatric examination, criminal procedure

УДК 616.89–02:159.923+616.89:343.913+615.866+616.89–058

С. С. Шум, І. В. Руденко, О. О. Суховій

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСІБ, ЯКІ ЗАХВОРИЛИ НА ПСИХІЧНІ ХВОРОБИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-СЛІДЧИХ ДІЙ, ВНАСЛІДОК ЧОГО ДО НИХ БУЛИ ЗАСТОСОВАНІ ПРИМУСОВІ ЗАХОДИ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ В ПСИХІАТРИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ІЗ СУВОРИМ НАГЛЯДОМ

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

Ключові слова: соціально-демографічні характеристики, злочини, судово-слідчі дії, психічні захворювання, примусові заходи медичного характеру

Власне соціально-демографічні характеристики особистості не можуть бути криміногенними. Але внаслідок того, що вони тісно пов'язані з умовами формування особистості, її життєдіяльності та перебувають у постійній взаємодії з цими умовами, з потребами і мотивацією, соціальними ролями тому соціально-демографічні ознаки особистості злочинця можуть бути суттєвим компонентом узагальненого уявлення про особистість злочинця і мають важливе значення для розробки та проведення заходів профілактики злочинної поведінки [1, с. 125].

Сучасна кримінологія під час вивчення особистості злочинця в якості предмета дослідження розглядає такі характеристики: «об'єктивні» (соціальні позиції та ролі, діяльність) та «суб'єктивні» (сфера потреб і мотивації,

ціннісно-нормативна характеристика свідомості) [2, с. 340]. У рамках «об'єктивних» характеристик особистості злочинця аналізуються соціально-демографічні та кримінально-правові ознаки.

Вивчення соціально-демографічних характеристик є актуальним для дослідження практично всіх груп осіб, які скоїли злочини. Але особливого значення набуває стосовно тих, які захворіли на психічне захворювання під час проведення судово-слідчих дій, адже в таких випадках єдині для кожної конкретної особи соціально-демографічні показники можуть впливати не лише на скоєння злочину, але й на розвиток у таких осіб під час слідства психічних захворювань.

Метою дослідження є виявлення соціально-демографічних факторів, що впливають як на кримінальну

- 2005–2009 років // *Архів психіатрії*. – 2011. – Т. 17, № 4. – С. 78–83.
2. Лейко В. Р., Канищев А. В. Науково-методичні аспекти комплексної судової психолого-психіатричної експертизи в Україні // *Архів психіатрії*. – 2011. – Т. 17, № 3. – С. 53–57.
3. Лейко В. Р., Канищев А. В. Співні питання законодавчого та нормативного регулювання комплексної судової психолого-психіатричної експертизи в Україні // *Архів психіатрії*. – 2011. – Т. 17, № 3. – С. 58–60.
4. Илейко В. Р., Канищев А. В. Некоторые методические аспекты комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в уголовном процессе // *Архів психіатрії*. – 2012. – Т. 18, № 1. – С. 49–52.
5. Первомайський В. Б., Лейко В. Р., Канищев А. В. Критерії діагностики та експертної оцінки короткочасних афективних станів у судово-психіатричній практиці // *Архів психіатрії*. – 2009. – Т. 15, № 1. – С. 55–59.
6. Первомайський В. Б., Лейко В. Р., Канищев А. В. Методичні аспекти призначення та проведення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи короткочасних афективних станів // *Архів психіатрії*. – 2008. – Т. 14, № 2. – С. 29–32.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ И СОСТАВЛЕНИЯ АКТА КОМПЛЕКСНОЙ СУДОВОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В. Р. Илейко

В статье изложены подходы к проведению комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ), основанные на принципах компетентностной и личной ответственности эксперта за свой вывод. Принятие к производству КСППЭ возможно при назначении судебно-следственными органами именно данного рода экспертизы и наличии экспертных вопросов психиатрического и психологического характера. В процессе проведения экспертизы должны обеспечиваться отдельные изучение каждым из экспертов всех объектов экспертизы, обсуждение и взаимное использование предыдущих результатов экспертами разных областей знаний. Изложенные требования к составлению выводов (актов) КСППЭ, которыми предусматривается раздельное составление психиатрического и психологического разделов (каждый из которых в свою очередь должен иметь исследовательскую и мотивационную части). Выводы судебно-психиатрических экспертов и психологов – судебных экспертов тоже формулируются и подписываются полностью отдельно.

Ключевые слова: комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы, криминальный процесс

GUIDELINES TO PERFORMING COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL PSYCHIATRIC EXPERTISE AND DRAWING UP AN EXPERT OPINION

V. ILEYKO

The article contains guidelines to performing complex (multispecialty) forensic psychological psychiatric expertise (CFPPE) and drawing up an expert opinion, based on the principles of experts' competence and personal responsibility for their opinion. CFPPE may be performed if the court or investigating body orders an appropriate decision with questions addressing both psychologists and psychiatrists. Drawing up an expert opinion (report) suggests two separate sections – psychiatric and psychological, which, in turn should have its own narrative and declaration. Closing conclusion also must be done and signed up separately by psychiatrist and psychologist.

Keywords: complex forensic psychological and psychiatric examination, comprehensive forensic psychiatric examination, criminal procedure

УДК 616.89–02:159.923+616.89:343.913+615.866+616.89–058

С. С. Шум, І. В. Руденко, О. О. Суховій

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСІБ, ЯКІ ЗАХВОРИЛИ НА ПСИХІЧНІ ХВОРОБИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-СЛІДЧИХ ДІЙ, ВНАСЛІДОК ЧОГО ДО НИХ БУЛИ ЗАСТОСОВАНІ ПРИМУСОВІ ЗАХОДИ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ В ПСИХІАТРИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ІЗ СУВОРИМ НАГЛЯДОМ

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

Ключові слова: соціально-демографічні характеристики, злочини, судово-слідчі дії, психічні захворювання, примусові заходи медичного характеру

Власне соціально-демографічні характеристики особистості не можуть бути криміногенними. Але внаслідок того, що вони тісно пов'язані з умовами формування особистості, її життєдіяльності та перебувають у постійній взаємодії з цими умовами, з потребами і мотивацією, соціальними ролями тому соціально-демографічні ознаки особистості злочинця можуть бути суттєвим компонентом узагальненого уявлення про особистість злочинця і мають важливе значення для розробки та проведення заходів профілактики злочинної поведінки [1, с. 125].

Сучасна кримінологія під час вивчення особистості злочинця в якості предмета дослідження розглядає такі характеристики: «об'єктивні» (соціальні позиції та ролі, діяльність) та «суб'єктивні» (сфера потреб і мотивації,

ціннісно-нормативна характеристика свідомості) [2, с. 340]. У рамках «об'єктивних» характеристик особистості злочинця аналізуються соціально-демографічні та кримінально-правові ознаки.

Вивчення соціально-демографічних характеристик є актуальним для дослідження практично всіх груп осіб, які скоїли злочини. Але особливого значення набуває стосовно тих, які захворіли на психічне захворювання під час проведення судово-слідчих дій, адже в таких випадках єдині для кожної конкретної особи соціально-демографічні показники можуть впливати не лише на скоєння злочину, але й на розвиток у таких осіб під час слідства психічних захворювань.

Метою дослідження є виявлення соціально-демографічних факторів, що впливають як на кримінальну

поведінку, так і на розвиток у осіб, що скоїли злочини, психічних захворювань під час проведення судово-слідчих дій.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом дослідження були соціально-демографічні характеристики 156 осіб, до яких протягом 2001–2012 рр. застосовані примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) у лікарні з суворим наглядом (Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом, м. Дніпропетровськ) внаслідок захворювання даної групи осіб на психічні розлади під час проведення судово-слідчих дій. Предметом даного дослідження було вивчення внутрішнього взаємозв'язку та впливу соціально-демографічних характеристик обраного контингенту як на криміногенез, так і на патогенез психічних захворювань. Для досягнення поставленої мети використовували соціально-демографічний, клініко-психопатологічний та статистичний методи дослідження.

Загальноприйнятим положенням є твердження, що суб'єктами злочину стають переважно особи чоловічої статі. Питома вага жінок серед виявлених осіб, які скоїли злочини, завжди була невисокою (як правило, 10–16%), в будь-якому разі значно меншою аніж питома вага жінок у населенні [2, с. 497]. До проведеного нами дослідження залучено 141 особу чоловічої статі (90,4%) та 15 – жіночої (9,6%). Така нерівномірність вибору за статеву приналежністю корелює з нижніми межами питомої ваги жінок серед осіб, які скоїли злочини.

Вік злочинця багато в чому визначає потреби, життєві цілі особи, коло його інтересів, спосіб життя, що не може не позначатися на протиправних діях [3, с. 20]. Вік певної особи відображає не лише біологічний, але й соціальний ступінь розвитку людини, яка постійно взаємодіє з соціальним середовищем, отримує і накопичує життєвий досвід. У табл. 1 наведено аналіз віку чоловіків та жінок, в якому даним контингентом були скоєні інкриміновані їм злочини. Наймолодшим з досліджених був неповнолітній К., який у віці 15 років здійснив згвалтування неприродним способом малолітньої особи, після чого вбив її, а під час попереднього слідства захворів на гостре психічне захворювання, що маніфестувало депресивною симптоматикою з фрагментарними

маячними ідеями та поведінковими розладами. Найстаршою з досліджених була громадянка Р., яка у віці 77 років, діючи у змові зі своєю дочкою, вчинила підпал власної квартири, що знаходилась на першому поверсі п'ятиповерхового будинку, здійснивши свій злочинний намір за допомогою вибуху газу «пропан», що призвело до загибелі однієї особи, тілесних ушкоджень декількох осіб і пошкодження майна багатьох осіб; під час утримання під вартою у Р. розвинувся гострий психічний розлад, що маніфестував психомоторним збудженням та параноїдним синдромом, який трансформувався в тривожно-параноїдний. Результати дослідження свідчать, що найбільш кримінально-активною віковою групою серед чоловіків виявилась група осіб, що скоїла злочини у віковому інтервалі 20–39 років (64,7% досліджених), серед жінок – у віці 40–59 років (60,0% досліджених). Високий відсоток чоловіків, що скоїли злочини у молодому віці (42,9% чоловіків знаходились на момент скоєння злочину у віці 20–29 років), може свідчити про деструктивні тенденції у формуванні їх особистості.

Аналіз сімейного стану особи – одна з найсуттєвіших частин оцінки соціально-демографічних властивостей особистості злочинця. Вплив сім'ї на особистість може бути як позитивним (саногенним), так і негативним (патогенним), адже сім'я – це один з визначальних елементів мікросередовища, який формує особистість людини. Саме тому особливий інтерес для дослідження становлять характеристики сім'ї, в якій зростали особи, що скоїли злочини. Детальне вивчення складу сім'ї та стосунків між членами родини дозволяє виявити криміногенний та антикриміногенний вплив сім'ї на протиправну поведінку злочинців. У табл. 2 наведено склад сімей, в яких виховувались досліджені нами особи. Аналіз продемонстрував, що переважна більшість дослідженого контингенту виховувалась у повній сім'ї (64,2%); в 25,6% випадків досліджені росли лише з матір'ю, а в 2,6% випадків – лише з батьком. Результати нашого дослідження свідчать, що 33,3% осіб, які скоїли злочини та захворіли на психічні розлади під час слідства, виховувались у сім'ях з несприятливим оточенням, де мали місце зловживання батьків спиртними напоями та ігнорування дитини у процесі виховання. За таких

Таблиця 1

Вік, у якому було скоєно злочини чоловіками та жінками, що захворіли на психічні розлади під час проведення судово-слідчих дій

Віковий інтервал, років	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
15–19	10	6,4	0	0,0	10	7,1
20–29	67	42,9	2	13,3	65	46,1
30–39	34	21,8	2	13,3	32	22,7
40–49	24	15,4	5	33,3	19	13,5
50–59	14	9,0	4	26,7	10	7,1
60–69	4	2,6	1	6,7	3	2,1
70–77	3	1,9	1	6,7	2	1,4
Разом	141	100,0	15	100,0	156	100,0

Таблиця 2

**Характер мікросоціального оточення осіб, що захворіли на психічні розлади під час проведення
судово-слідчих дій**

Склад сім'ї:			Сприятливе оточення (n=97, 66,7 %)		Несприятливе оточення (n=52, 33,3 %)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Батько і мати	100	64,2	68	68,0	32	32,0
Тільки мати	40	25,6	22	55,0	18	45,0
Тільки батько	4	2,6	3	75,0	1	25,0
Бабуся	3	1,9	2	66,6	1	33,4
Мати і вітчим	3	1,9	3	100,0	0	0,0
Прийомні батьки	1	0,6	1	100,0	0	0,0
Є сиротою	1	0,6	0	0,0	1	100,0
Дані відсутні	4	2,6	—	—	—	—

обставин сім'я не здатна виконувати покладених на неї функцій соціального контролю та забезпечення позитивної поведінки у відносинах між людьми. Як правило, такі діти легко піддаються негативному впливу неформальних та злочинних груп (у нашому дослідженні було виявлено 16 осіб, що піддавалися значному впливові злочинних угруповань; з їх числа, для 9 (56,2%) була характерною наявність негативного впливу сімейного оточення). Найбільш несприятливим, у залежності від складу сім'ї, виявилось родинне оточення, що складалося лише з матері (у 45,0%). Несприятливість оточення у повних сім'ях та в сім'ях, де був наявний лише батько, відповідно склали 32,0% та 25,0%.

Дані літератури свідчать, що негативний характер мікросоціального оточення взаємопов'язаний з частотою скоєння злочинів проти життя членів власної родини. Згідно з дослідженням Є. Г. Горбатовської, в загальному масиві потерпілих жінок, за розглянутими судами справами про умисні вбивства, 85% були вбиті своїми чоловіками, співмешканцями, родичами. Причому приблизно кожна п'ята з них раніше вже піддавалася насильству, побиттям, катуванням з боку майбутнього вбивці, про що раніше повідомлялося правоохоронним органам [4]. Суспільна небезпека «сімейної» агресії, особливо вбивств на ґрунті сімейних та родинних відносин, полягає не лише в настанні тяжких наслідків – нанесенні шкоди здоров'ю або навіть позбавленні життя людини. Насильство в сім'ї завдає величезної шкоди моральності, призводить до руйнування сім'ї, психотравмуючого, деморалізуючого впливу на дітей, що нерідко сприяє скоєнню злочинів у подальшому. Ю. М. Антонян та співавт. [5] детально змальовують соціальний портрет «сімейного» вбивці. Цей портрет визначається такими факторами, що діють, як правило, в комплексі:

- низький професійний, освітній і культурний рівень;
- знецінення значення сім'ї, загальна соціальна відчуженість таких осіб;
- вік складає, як правило, від 18 до 29 років;
- переважання осіб, які раніше вже скоювали злочини, в тому числі були в минулому засуджені за крадіжки, хуліганства, пограбування чи розбійні напади;

- тривале спільне сімейне життя з потерпілим (потерпілою), в ході якого недоброчесні стосунки весь час загострюються і переростають з часом у ворожі;
- глибоко прихований, у тому числі для самого суб'єкта, несвідомий характер мотивів більшості з цих злочинів, їх особистісного сенсу;
- значне поширення зловживань алкогольними напоями та наявність у переважної більшості злочинців психічних аномалій різного характеру.

У проведеному нами дослідженні злочини агресивного характеру склали серед загальної кількості 83,3% (серед яких нараховувалось 81,5% осіб, які скоїли вбивства). Внаслідок злочинних дій 106 досліджених осіб загинули 115 осіб. У 44 випадках подібні злочини було скоєно проти близьких родичів (41,5% скоєних вбивств). Аналіз мікросоціального оточення осіб, які скоїли вбивства близьких родичів, продемонстрував, що його характер не має суттєвої відмінності від мікросоціального оточення досліджуваних, що скоїли вбивства осіб, які не були їм родичами (в 34,1% та 38,7% відповідно мало місце несприятливе оточення в сім'ї). Варто звернути увагу на наявність суттєвого зв'язку між негативним характером мікросоціального оточення та видом скоєного злочину, що спостерігався у разі скоєння особою згвалтування з наступним вбивством жертви (несприятливе оточення в сім'ї було характерним для всіх 4 досліджених осіб, що скоїли такі тяжкі злочини).

Наявність та кількість сибсів, разом з якими росте і розвивається певна особа, може впливати не лише на об'єм уваги, що приділяється їй батьками (обернено пропорційний зв'язок між кількістю дітей в сім'ї та об'ємом персональної батьківської уваги, яку отримує кожна дитина), але й на рівень соціалізації особи (прямо пропорційний зв'язок між кількістю дітей в сім'ї та засвоєнням правил співжиття у суспільстві). Дослідження стосовно кількості дітей у сім'ях, де вирости особи, які скоїли злочини та захворіли на психічні захворювання під час проведення судово-слідчих дій (табл. 3), виявило найменші рівні показників несприятливого оточення у разі наявності у сім'ї 2-х, а також 5-х дітей (відповідні

Таблиця 3

Залежність характеру сімейного оточення від кількості дітей в сім'ї, де виросла досліджувана особа, а також від кількості дітей у її власній сім'ї

Кількість дітей:	Кількість дітей в сім'ї, де виріс (виросла) досліджуваний (-а)				Кількість дітей в сім'ї досліджуваного (ої)			
	Кількість спостережень		Несприятливе оточення (n=52, 33,3 %)		Кількість спостережень		Несприятливе оточення (n=52, 33,3 %)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0	—	—	—	—	95	60,9	37	38,9
1	44	28,2	17	38,6	36	23,1	10	27,8
2	60	38,5	16	26,7	21	13,5	5	23,8
3	25	16,0	9	36,0	2	1,3	0	0,0
4	9	5,8	4	44,4	1	0,6	0	0,0
5	8	5,1	2	25,0	0	0,0	—	—
6	5	3,2	2	40,0	1	0,6	0	0,0
9	1	0,6	1	100,0	0	0,0	—	—
Дані відсутні	4	2,6	—	—	0	0,0	—	—

значення наявності несприятливого мікросоціального середовища – 26,7% та 25,0%).

Аналіз наявності та кількості дітей у власних сім'ях досліджуваних продемонстрував обернено пропорційний зв'язок з рівнем несприятливого сімейного оточення (табл. 3): у разі відсутності власних дітей, негативне мікросоціальне оточення відзначалось в 38,9%, а за наявності власних дітей, рівень несприятливого сімейного оточення зменшувався, зі збільшенням кількості дітей у сім'ї (у разі наявності 1 дитини негативне мікросоціальне оточення відзначалось в 27,8%; 2 дітей – в 23,8%; у сім'ях, де кількість дітей складала 3 і більше, випадків несприятливого сімейного оточення нами відзначено не було).

Аналіз наявності власних сімей у осіб, що скоїли злочини та захворіли на психічні захворювання до винесення вироку, виявив, що 66,1% досліджених на момент скоєння злочину не перебували у шлюбі (з них 77,7% ніколи не перебували у шлюбі). Аналіз взаємозв'язку сімейного стану таких осіб з характером їх мікросоціального оточення виявив, що стосовно осіб, у яких на момент скоєння злочину була відсутня власна сім'я, можна відзначити наявність більш високого рівня несприятливого оточення, ознаки якого було нами виявлено у 45,0% осіб, які ніколи не перебували у шлюбі,

та у 36,8% осіб, які були на момент скоєння злочину у розлученні (табл. 4).

Отримані результати співвідносяться з даними літератури про найбільш суттєвий короткостроковий вплив на рівень злочинності соціально-економічних та демографічних індикаторів, які тісно пов'язані з економікою, – рівня вживання алкогольних напоїв та кількості самотніх чоловіків у суспільстві [6, с. 18].

Серед осіб, які скоїли злочини та під час проведення судово-слідчих дій захворіли на психічні захворювання, 69 осіб (44,2%); служили в армії (серед них 11 осіб, що складає 7,9% від всієї кількості осіб, було комісовано).

Характеристика рівня освіти злочинця має важливе кримінологічне значення, оскільки він пов'язаний з культурою особистості, її соціальним статусом, колом контактів у суспільстві, життєвими планами і можливостями їх реалізації. Дослідження цього фактора дає можливість простежити залежність злочинної поведінки від отриманої освіти та інтелектуального розвитку особи, які водночас впливають на потреби й інтереси людини. Адже низький освітній рівень впливає на самосвідомість, погляди, а досить часто – на бажання особистості та форми їх реалізації. Дані літератури переконливо свідчать, що вагомим стримуючим фактором попередження злочинності є високий рівень освіти:

Таблиця 4

Наявність власної сім'ї у осіб, що захворіли на психічні розлади під час проведення судово-слідчих дій

Наявність сім'ї:			Сприятливе оточення (n=97, 66,7 %)		Несприятливе оточення (n=52, 33,3 %)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Немає	80	51,3	44	55,0	36	45,0
У шлюбі	40	25,6	32	80,0	8	20,0
Громадянський шлюб	13	8,3	12	92,3	1	7,7
Розлучений (-а)	19	12,2	12	63,2	7	36,8
Вдівець (вдова)	4	2,6	4	100,0	0	0,0

додатковий рік освіти населення призводить до падіння рівня злочинності на 8-11%; таким чином, високий рівень освіти спричиняє негативний ефект як на кількість агресивних злочинів, так і на злочини проти власності [6, с. 17]. Рівень освіти має двосторонній вплив на рішення скоєння злочину. З одного боку, більш освічена людина може краще спланувати злочин, з іншого боку, у неї може бути більш високий бар'єр, який необхідно перетнути, аби скоїти злочинне діяння, та більше можливостей вирішення конфлікту інтересів за допомогою альтернативних способів. Як саме вплине освітній фактор на здійснення злочинного діяння, буде залежати від того ефекту високого рівня освіти, що переважає [6, с. 10]. Але необхідно також відзначити, що саме лише отримання вищої освіти не обов'язково передбачає наявність належного рівня культури у людини в цілому.

У результаті проведеного нами дослідження було з'ясовано розподіл рівнів освіти серед осіб, які скоїли злочини та під час проведення судово-слідчих дій захворіли на психічні захворювання, внаслідок чого до вказаних осіб були застосовані ПЗМХ у психіатричному закладі із суворим наглядом. Серед досліджених повну вищу освіту отримали лише 6,4% осіб, неповну вищу освіту – 9,0%. Натомість переважали особи з середньою спеціальною освітою: 30,1% досліджених закінчили професійно-технічні заклади, 10,3% навчались у професійно-технічних закладах, але не закінчили їх, 10,3% закінчили технікуми, а 3,2% навчались в технікумах, але не закінчили їх. Кінцевим рівнем освіти для 45,5% досліджених осіб виявились різні кількості класів загальноосвітньої школи. В 1 випадку (0,6%) особа взагалі не навчалась у школі (табл. 5).

Працевлаштованими на постійному робочому місці серед досліджених осіб на момент скоєння злочину були 39 осіб (25,0%); 19 осіб (12,2%) працювали періодично, 5 (3,2%) – на сезонних роботах. На пенсії знаходились 4 особи (2,6%). Кількість безробітних серед досліджених складала 89 осіб (57,1%).

Серед осіб, які захворіли на психічні захворювання під час проведення судово-слідчих дій, 91 особа (58,3%) проживала в місті, 65 (41,7%) – були сільськими жителями.

Вивчення соціально-демографічних характеристик особистості злочинця є обов'язковим елементом з'ясування соціально обумовлених причинно-наслідкових зв'язків правопорушень, а також тих суспільних факторів, що можуть потенціювати кримінальну активність. Деякі автори виділяють окремий вид сучасної кримінології, «соціально-демографічну кримінологію» [2, с. 499]. Така об'ємна та кропітка робота проводиться, в першу чергу, не суто зі статистичних та теоретичних причин, але для впровадження в практику ефективної системи попередження злочинів.

У системі попередження злочинності виділяються три структури – види попередження: загальне, спеціальне та індивідуальне. Критерієм їх розмежування є масштаб попереджувальної діяльності [2, с. 442]. «Краще попереджувати злочини, ніж карати за них. Це становить мету будь-якого гарного законодавства, яке, по суті, є мистецтвом вести людей до найвищого щастя чи до можливо меншого нещастя, якщо міркувати з точки зору співвідношення добра і зла в нашому житті», – писав Чезаре Беккарія [7].

Проведене нами дослідження охоплювало соціально-демографічні характеристики осіб, які скоїли злочини та захворіли на психічні розлади після скоєння злочину, під час проведення судово-слідчих дій, тому, стосовно обраного контингенту, головне завдання кримінології – попереджувати злочини – поєднується з основним завданням судово-психіатричної профілактики – попереджувати суспільно небезпечні діяння психічно хворих. Інтеграція досвіду, накопиченого цими галузями знань, дозволить наблизитись до єдиної мети – контролювати та стримувати скоєння суспільно небезпечних діянь (як винних, так і скоєних у стані неосудності), долати найбільш руйнівні тенденції, причини та умови скоєння суспільно небезпечних діянь, захищати громадян та інтереси суспільства від суспільно небезпечних посягань.

Аналіз соціально-демографічних характеристик особистості осіб, які захворіли на психічні захворювання під час проведення судово-слідчих дій, внаслідок чого до них були застосовані ПЗМХ у психіатричному закладі із суворим наглядом, до виходу з хворобливого стану, виявив:

Таблиця 5

Кінцевий рівень освіти серед осіб, що захворіли на психічні розлади під час проведення слідства

Навчальний заклад:	Закінчили вказаний рівень освіти (n=118, 75,6%)		Не закінчили вказаний рівень освіти (n=38, 24,4%)	
	Абс.	% (від заг. кільк.)	Абс.	% (від заг. кільк.)
Шкільна освіта відсутня	1	0,6	–	–
Початкова загальна освіта	5	3,2	1	0,6
Базова загальна середня освіта	12	7,7	2	1,3
Повна загальна середня освіта	22	14,1	0	0,0
Інтернат	5	3,2	0	0,0
Професійно-технічний заклад	47	30,1	16	10,3
Технікум	16	10,3	5	3,2
Повна вища освіта	10	6,4	14	9,0

1. Найбільш кримінально-активною віковою групою серед чоловіків виявилась група осіб, що скоїли злочини у віковому інтервалі 20–39 років (64,7% досліджених), серед жінок – у віці 40–59 років (60,0% досліджених). Було встановлено високий відсоток чоловіків, що скоїли злочини у молодому віці (42,9% чоловіків знаходились на час скоєння злочину у віці 20–29 років).
2. Переважна більшість осіб серед дослідженого контингенту (64,2%) виховувались у повній сім'ї; в 25,6% випадків досліджені росли лише з матір'ю, а в 2,6% випадків – лише з батьком.
3. Серед досліджених осіб, які захворіли на психічні розлади під час слідства, 33,3% виховувались у сім'ях з несприятливим оточенням, де мали місце зловживання батьків спиртними напоями та ігнорування дитини у процесі виховання.
4. Найбільш несприятливим, в залежності від складу сім'ї, виявилось сімейне оточення, що складалось лише з матері (у 45,0%). Несприятливість оточення у повних сім'ях та в сім'ях, де був наявний лише батько, відповідно склали 32,0% та 25,0%.
5. У проведеному нами дослідженні вбивства були скоєні 106 дослідженими особами (67,9% всіх злочинів), внаслідок чого загинули 115 осіб. У 41,5% скоєних вбивств жертвами ставали близькі родичі.
6. У разі відсутності власних дітей у родині особи, яка захворіла на психічний розлад під час слідства, негативне мікросоціальне оточення відзначалось в 38,9%, а за наявності власних дітей, рівень несприятливого сімейного оточення зменшувався, зі збільшенням кількості дітей у сім'ї.
7. Не перебували у шлюбі на час скоєння злочину 66,1% досліджених (з них 77,7% ніколи не перебували у шлюбі). Стосовно осіб, у яких на момент скоєння злочину була відсутня власна сім'я, можна відзначити наявність більш високого рівня несприятливого оточення у 45,0% осіб, які ніколи не перебували у шлюбі, та у 36,8% осіб, які знаходились на момент скоєння злочину у розлученні.
8. Серед осіб, які під час проведення судово-слідчих дій захворіли на психічні захворювання, 69 осіб (44,2%) служили в армії (серед них 11 осіб, що складає 7,9% від всієї кількості осіб, було комісовано). Не служили в армії 55,8% досліджених осіб.
9. Серед досліджених повну вищу освіту отримали 6,4% осіб, 9,0% – неповну вищу освіту – 40,4 % досліджених навчалися в професійно-технічних закладах, 13,5% – у технікумах. Кінцевим рівнем освіти для 45,5% осіб, які захворіли на психічні захворювання під час проведення судово-слідчих дій, виявились різні кількості класів загальноосвітньої школи.
10. Постійне робоче місце серед досліджених мали 39 осіб (25,0%), 19 осіб (12,2%) працювали періодично, 5 (3,2%) – на сезонних роботах. Кількість безробітних серед досліджених складала 89 осіб (57,1%).
11. Серед осіб, які захворіли на психічні хвороби під час проведення судово-слідчих дій, 91 особа (58,3%) проживала в місті, 65 (41,7%) – були сільськими жителями.

Література:

1. Криминология: учебник для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция» / А. И. Гуров и др.; науч. ред. Н. Ф. Кузнецова, В. В. Лунеев. М.: «Волтерс Клувер», – 2005. – 645 с.
2. Криминология / под ред. А. И. Долговой. 3-е изд., перераб. и доп. М.: «НОРМА», – 2005. – 910 с.
3. Антонян Ю. М., Эминов В. Е., Еникеев М. И. Психология преступления и наказания. М.: «Юрист», – 2000. – 123 с.
4. Горбатовская Е. Г. Характеристика потерпевших от убийств (опыт конкретного криминологического исследования) // Криминологическая характеристика убийств. М., 1997. – С. 39–52.
5. Антонян Ю. М., Горшков И. В., Зулкарнеев Р. М. Проблемы внутрисемейной агрессии. М.: НИИ МВД России, – 1999.
6. Андриенко Ю. В. Что определяет преступность в российских регионах? / Российская программа экономических исследований. Исследовательский проект № 99-2521. – 2002. – 24 с.
7. Беккариа Ч. О преступлениях и наказаниях. М., – 1995. – С. 233.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, КОТОРЫЕ ЗАБОЛЕЛИ ПСИХИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ, ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕГО К НИМ БЫЛИ ПРИМЕНЕНЫ ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ СО СТРОГИМ НАБЛЮДЕНИЕМ

С. С. Шум, І. В. Руденко, О. О. Суховий

В статье представлены результаты исследования социально-демографических характеристик 156 преступников, которые заболели психическими заболеваниями в период проведения следствия. Продемонстрировано влияние указанных характеристик на совершение правонарушений данным контингентом. Анализ социально-демографических характеристик повышает эффективность не только предупреждения преступного поведения, но и профилактики общественно опасных деяний психически больных.

Ключевые слова: социально-демографические характеристики, преступления, судебно-следственные действия, психические заболевания, принудительные меры медицинского характера

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PERSONS WHO BECAME MENTALLY ILL DURING THE COURT INVESTIGATION, WHEREUPON TO THEM WERE APPLIED COMPULSORY MEDICAL MEASURES IN THE HOSPITAL WITH STRICT SUPERVISION

S. SHUM, I. RUDENKO, A. SUKHOVEY

The article presents the results of a study on sociodemographic characteristics of 156 offenders who became mentally ill during the court investigation. It is demonstrated the influence of described characteristics on committing the crimes by above-mentioned contingent. Analysis of the sociodemographic characteristics improves not only the efficiency of prevention of criminal behavior, but also prevention of socially dangerous acts of the mentally ill.

Key words: sociodemographic characteristics, crimes, court investigations, mental illnesses, compulsory medical measures

УДК 159.922.1-055.2

О. А. Божук

МАТЕРИНСТВО ЯК ОСОБЛИВИЙ ПРОЯВ НУЖДИ ТА ПОТРЕБНІСНО-МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ ЖІНКИ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: материнська ідентичність, материнство, нужда, онтогенез особистості, репродуктивні мотивації, репродуктивна поведінка

У ХХІ столітті до вивчення психологічної сторони материнства звертаються все більше науковців, оскільки дана тематика стає все більш актуальною. Відомо, що вагітність, пологи та післяпологовий період є кризовим етапом для жінки, оскільки попри усвідомлення того, що вона вагітна, її уявна дитина, з якою весь період гестації знаходились у симбіотичному зв'язку, відокремлюється у нову окрему істоту, що вже стає індивідом і представником нашого виду [4]. У зв'язку з цим суттєво змінюються стосунки у родині, жінка починає відчувати нові емоції до дитини та переосмислювати стосунки з іншими членами родини. Безумовно, нова соціальна роль, статус та обов'язки позначаються на особистості жінки. Для з'ясування глибини особистісних змін і причинно-наслідкових зв'язків материнства та особистісної трансформації звернемось до психології особистості [8].

Теоретико-методологічну основу дослідження склали роботи К. Г. Юнга, К. Роджерса, Е. Еріксона («Про материнство і дитинство»), З. Фрейда, В. С. Айвоханова («Виховання до народження»), А. І. Захарова («Як попередити відхилення в поведінці дітей»), С. Грофа, Л. Хей, Т. М. Титаренка, С. Д. Максименка, що досліджували фундаментальні проблеми психічного розвитку людини, організації її психічної діяльності, аспекти перинатальної психології, реагування на психотравмуючі ситуації та способи виходу з них. Роботи зарубіжних психологів, таких як Д. Я. Райгородського, І. Г. Малкіна-Пих, Е. Г. Ейдемилера, І. В. Добрякова, І. М. Нікольської, що працюють у напрямках сімейної, перинатальної психотерапії та консультування, розкривають вплив усвідомленого батьківства на формування тріади «батько-пренейт-мати», роль гаптономії у формуванні батьківської та материнської ідентичності, необхідність допологової підготовки, знань психофізіологічних особливостей вагітності та роль партнерських пологів для сприятливого розвитку батьківсько-дитячих стосунків.

Матеріал і результати дослідження. Особистість – біопсихосоціальна істота, в розвитку якої велику роль відіграють як генетичні, спадкові чинники, так і умови навколишнього середовища, вплив соціуму. Людина

народжується індивідом, представником свого біологічного виду. Існує безліч теорій щодо розвитку особистості, проте їх можна згрупувати за основними джерелами розвитку дитини – біологічним та соціальним. Біогенетичні концепції припускають, що провідним є спадкове, яке наперед визначає всі особливості розвитку особистості. Прихильники такої концепції вважають, що виховання дітей має бути вільним, оскільки людина вже народжується із потрібним набором індивідуально-психологічних якостей, які самі по собі проявляються. Згідно з соціогенетичною концепцією, людина народжується “tabula rasa”, а її розвиток визначається соціальними умовами [11].

Існує декілька наукових поглядів на особистість. Поєднання індивідуальності та базових конституційно-типологічних особливостей формує особистість, яка разом із накопиченням досвіду перетворюється на зрілу одиницю соціуму. Як і всі психічні процеси, особистість має основні змістовні ознаки: унікальність, активність, цілісність, відкритість, саморегуляція, вираження, саморозвиток. Кожна ознака має певні властивості, ступінь вираження та певні етапи для свого прояву та розвитку. З точки зору генетичної психології, для розуміння особистості в контексті «тут і зараз» необхідно пояснити і показати процес її становлення, визначити, які саме процеси, механізми та закономірності формують її цілісність, тобто треба простежити виникнення і становлення [12]. Як зазначає С. Д. Максименко: «...витоком саморозвитку (а отже, і особистості в цілому) є нужда як енергетично-інформаційна сутнісна якість, що забезпечує експансію життя в онто- і філогенезі. Нужда виступає як єдина вихідна інтенційна сила, діяльність якої «запускає» складну систему «особистість» і забезпечує її розвиток як саморозвитку» [7]. Розвиток особистості розпочинається тоді, коли людина починає звертатися до свого власного світу та інтегрувати здобутий попередньо досвід. Раніше вважалося, що онтогенез особистості бере свій початок із фізичним народженням, хоча відомий вираз «особистість не народжується, нею стають» суперечить попередньому. С. Д. Максименко виділив етапи онтогенезу особистості, перший з яких бере початок при взаємодії двох люблячих осіб протилежної

статі. Особлива соціальна ситуація спрямована на продовження себе кожним із учасників, що веде за собою появу нової людини. Другим етапом онтогенезу є запліднення, суто біологічний процес, у результаті розвитку якого з'явиться нове соціальне. Третій етап онтогенезу – ембріо- та органогенез, коли розвивається ембріон, а пізніше – плід. Даний проміжок часу прийнято називати пренатальним періодом, під час якого відбувається пренатальний розвиток. Описані вище етапи являють собою процес взаємодії філо- та онтогенії, де можна простежити перехід однієї в іншу завдяки нужді. Після народження дитини починається етап накопичення соціального, який триває до початку статевого дозрівання. В пубертатному періоді знову виявляється цілісність нужди в синхронізації біологічного та соціального. Завдяки статевому розвитку особистість здобуває можливість вийти на сутнісний етап свого розвитку – з'являється можливість до самовідтворення. Через любовні стосунки з іншою людиною нужда опредметнюється в інший, новий організм. Таким чином, рушійною силою особистості є нужда, яка сприяє саморозвитку, саморуху, який виявляється у взаємодії біологічного та соціального, завдяки чому з'являється нова особистість як біопсихосоціальна істота. Автором підходу виділяється три лінії розвитку та п'ять етапів онтогенезу особистості, які відповідають ідеям генетико-моделюючого методу [7]. Першим етапом онтогенезу особистості прийнято вважати таку особливу ситуацію взаємодії двох люблячих людей протилежної статі, під час якої вони прагнуть продовжити себе у новому житті, у народженні нової істоти. Такі взаємовідносини є проявом нужди як генетичної «одиниці» існування людської істоти. Такі стосунки двох закоханих осіб проявляють опредметнення нужди, яка є продовженням себе у новій істоті. Другим етапом онтогенезу особистості є запліднення, яке автор розглядає не лише як біологічний процес, а і як прояв соціального, що виявляється на рівні клітин, бо взаємодіють дві «одиниці» життя – чоловіча і жіноча. Для того, щоб утворилась зигота, необхідне злиття двох статевих клітин – яйцеклітини та сперматозоїда; цікавим є те, що для цього дві особистості мають поєднатися як фізично, так і психологічно. Третій етап онтогенезу пов'язаний із ембріо- та органогенезом, відбувається пренатальний розвиток. Цей етап є унікальний тому, що нужда проявляється в індивідуальній формі, що дає початок саморозвитку нової окремої істоти. З'являється нове життя, яке абсолютно залежить і знаходиться у постійній взаємодії з материнським організмом. Це є своєрідним першим соціальним контактом і першим соціальним досвідом, хоча і не усвідомлюється плодом. З шостого місяця плід реагує на голос матері і розрізняє його інтонації. Це слугує підґрунтям подальшої взаємодії матері та дитини (мікрорівень) та із соціумом взагалі (макрорівень). Четвертий етап онтогенезу С. Д. Максименко символічно називає «соціальним» заплідненням. На даному етапі нужда виходить на інший рівень – за допомогою неї цей чужий світ певним чином привласнюється і переводиться у власне, з своїми потребами,

об'єктами та суб'єктами взаємодії. Даний етап триває до підліткового віку, де його змінює наступний, п'ятий етап. Він пов'язаний із статевим дозріванням. С. Д. Максименко зазначає, що на цьому етапі відбувається завершення формування готовності особистості до власного продовження шляхом створенням стосунків із коханою людиною і опредметненням нужди у нову особистість. Таким чином, наступний етап знову приводить нас до першого етапу онтогенезу, тобто відбувається логічне замкнення цього кола [7].

Для досягнення самоактуалізації та самореалізації необхідна чітка ідентифікація себе як особистості, своїх мотивів, прагнень, формування певного емоційного забарвлення щодо цього та створення відповідної системи домагань. Ідентичність особистості реалізовує потребу належності до певної групи, отже, є механізмом формування самореалізації. В результаті процесу ідентифікації формується ідентичність, в якій виявляються характеристики особистості: хто вона і якою є. Глобальний поділ ідентичностей зводиться до виокремлення особистісної та соціальної. Для вивчення соціальної ідентичності використовується генетичний підхід (С. Д. Максименко). Генетична психологія покликана вивчати об'єктивні процеси зародження нових психічних явищ, становлення нових психічних механізмів і знання про них на основі знайдених перспектив і (або) проєктів розвитку. Для генетико-психологічної теорії особистості характерним є вивчення не тільки передумов розвитку, тобто чогось, що було у минулому, але й інтерес до майбутнього особистості. Материнська ідентичність – це психологічний конструкт, який виражає цілісне прийняття, усвідомлення і переживання жінкою себе як матері та своєї особистісної самореалізації в материнстві [2]. Материнська ідентичність є центральним утворенням материнської потребнісно-мотиваційної сфери, соціально-психологічним результатом когнітивно-емоційних та ціннісних процесів ідентифікації жінки з роллю матері. Враховуючи, що питання материнства є найбільш актуальним для жінок раннього та середнього зрілого віку, можна вважати, що материнська ідентичність є центральною серед матриці ідентичностей [3].

Ставлення жінок до материнства змінилося під впливом соціально-психологічної ситуації, яка неодмінно позначається на материнській ролі та функціонуванні [6]. Подовження відпустки по догляду за дитиною, активна пропаганда і підтримка грудного вигодовування до двох років. Годування за вимогою замість чіткого погодинного є результатом позитивних зрушень. Ці зміни мали суттєво вплинути на характер материнської поведінки, проте цінність знаходження матері в перші роки розвитку дитини досі усвідомлюють не всі [5]. Це проявляється у тому, що слабшає статева диференціація у соціальному функціонуванні, замість маскулінного та фемінного з'являється андрогінність як прояв взаємної інтеграції. З цього можна зробити висновок про протиріччя у теперішній соціальній ситуації, через що і виникають проблеми щодо становлення материнської ідентичності. Сучасні жінки знаходяться у стресовій

ситуації через конфлікт соціального та особистісного. Будь-який вибір соціального функціонування несе за собою психічне перенапруження під час вагітності, це затягує процес адаптації та становлення материнської ідентичності [1]. Материнство – складне біопсихосоціальне явище, розвиток якого проходить ряд етапів [9]. Безумовним підґрунтям є біологічні та фізіологічні процеси в поєднанні з генетичними, соціальними та психологічними факторами, проте кінцева ціль одна – продовження роду. Закладений природою материнський інстинкт поєднується із інтеріорізованими соціальними нормами, які були засвоєні, починаючи із нуклеарної сім'ї та інших соціальних інститутів. Феномен материнства має свою специфіку в залежності від культурного середовища, історичної епохи тощо [10]. Г. Г. Філіппова як предмет дослідження материнства розглядає потребнісно-мотиваційну сферу, яка складається із трьох блоків: потребнісно-емоційного, операціонального та ціннісно-смыслового [13].

Для досягнення поставленої мети в дослідженні були використані такі психодіагностичні методики: Фрайбурзький особистісний опитувальник, методика FACES-III, шкала прив'язаності матері до плоду М. Кранлі, анкета «Моя вагітність», тест ставлень вагітної та проєктивна методика – сімейна соціограма. Завдяки обраним психодіагностичним методикам вдалося оцінити репродуктивну сферу респондентів, особистісні особливості та психосоціальну підтримку. Для вивчення психоемоційного стану досліджуваних були обрані методика диференційної діагностики депресивних станів У. Цунге, методика діагностики самооцінки рівня тривожності Спілбергера – Ханіна. Досліджувані – вагітні жінки, що спостерігаються в амбулаторних умовах. Наводимо один із клінічних випадків нашого дослідження. Пацієнтка М., 23 роки – заміжня, вагітність І, 14 тижнів, небажана. Діагностовано гіпогестогнозичний тип ПКГД, домінують шкали FI (невротичність), FII (спонтанна агресивність), FIII (депресивність), що співвідноситься з показниками легкої депресії невротичного чи ситуативного генезу, легкий ступінь тривожності, деструктивні репродуктивні мотивації разом із небажанням мати дитину, відсутність прив'язаності до майбутньої дитини та емоційну віддаленість у подружніх стосунках. З пацієнткою була проведена психокорекційна робота як у групі, так індивідуально, а також заплановано відвідування «Школи усвідомленого батьківства» разом з партнером у третьому триместрі. Як проміжні результати, на 24 тижні вагітності, ми отримали зміну типу ПКГД на тривожний, легкий ступінь тривожності без ознак депресії, виявлена позитивна динаміка у ставленні до пренейта. Особистісні характеристики залишилися без змін, проте наявна позитивна динаміка стосовно психосоціальної підтримки. Робота із пацієнткою продовжується згідно установлених етапів дослідження.

Висновок. Аналіз літературних джерел дозволяє стверджувати, що вагітність являється кризовим моментом щодо усвідомлення своє жіночої ідентичності, визначає кінець існування жінки як незалежної

соціальної одиниці та сприяє початку новим стосункам у діаді «мати–дитина» [15]. Вагітність являється останнім етапом онтогенезу нужди особистості та насамперед і першим етапом, оскільки відбувається пренатальний розвиток майбутньої нової особистості. Кожна жінка по-своєму відчуває свою вагітність, тому можливий як нормальний, так і патологічний її перебіг. При патологічному перебігу деякі її заперечують завдяки захисним механізмам, трапляються випадки гестозів, невиношування вагітності без будь-яких органічних підстав. Така клінічна картина можлива при дисгармонійному сприйнятті жінкою свого нового положення через неготовність до опрідметнення нужди в нове окреме життя. Материнська ідентичність жінки репродуктивного віку залежить як від її життєвих цінностей, знань, досвіду та поведінки, так і від досвіду взаємодії з власною матір'ю [14]. На основі власного досвіду може сформуватися як сприятливий сценарій для побудови материнської ідентичності, так і несприятливий, у результаті чого материнська ідентичність або формується, або існує лише на формальному рівні, і жінка не здатна виконати роль матері попри факт народження дитини. Мають значення стосунки з матір'ю як у минулому, так і теперішній взаємодії. В разі наявності несприятливих соціально-психологічних чинників материнська ідентичність може не сформуватися взагалі. Д. В. Віннікотт вважає, що психічне здоров'я дитини залежить від материнської поведінки та турботи з перших днів внутрішньоутробного існування. Знання психологами всіх фактів щодо онтогенезу особистості та материнства сприяє наданню більш якісної та необхідної кваліфікованої допомоги вагітним жінкам та молодим матерям задля збереження фізичного та психічного здоров'я майбутнього покоління.

Література:

1. *Акушерство: Підручник / За ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, М. Є. Яроцького. // — К.: ВСВ «Медицина», 2012. — 648с.*
2. *Боровикова Н. В. Психологические аспекты трансформации Я-концепции беременной женщины / Боровикова Н. В. // Тезисы конференции “Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей” (27 мая 1998 года). — С. 7-8.*
3. *Дольто Катрин На путях рождения: о гомономическом сопровождении человека / Катрин Дольто. // - Издательство: ERGO, 2008. - 188 с. (Серия «Vade tecum»)*
4. *Іщук О. Ю. Психологічна підготовка вагітної жінки до перших пологів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. н.: спец. 19.00.04 “Медицина психологія” / О. Ю. Іщук. // — Івано-Франківськ, 2008. — 20с.*
5. *Князева А. П. Сравнительный анализ аффективного и поведенческого компонентов материнской идентичности матерей здоровых детей и детей с патологией развития / Князева А. П. // Ярославский педагогический вестник. — 2009, №4 (61) — С. 173-177.*
6. *Магденко О. В. Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности / Магденко О. В. // — Новосибирск: Полиграфическая компания, ИП Малыгин А. М., 2012. — 224с.*
7. *Максименко С. Д. Основы генетичної психології / Максименко С. Д. // — К., НІПЦ Перспектива, 1998. — 220 с.*
8. *Маслоу А. Г. Мотивация и личность / Маслоу А. Г. // — СПб.: Евразия, 1999. — 478 с.*
9. *Перун М. Стадії розвитку материнства: психосоціальний аспект / Перун М. // Вісник Львів. УН-ТУ. — 2009, №12 — С. 225-234.*
10. *Проскурняк О. П. Чинники та етапи становлення материнства / Проскурняк О. П. // Журнал “Практична психологія та соціальна робота”. — 2007, №3 — С. 13-16.*

11. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти / Реан А. А. // - СПб.: Прайм-Еврознак, 2002 - 656 с. (Серия «Психологическая энциклопедия»).
12. Рибалко В. В. С. Д. Максименко: генетико-психологічна теорія народження, зростання та існування особистості / Рибалко В. В. // Журнал "Практична психологія та соціальна робота". - 2009, №4 - С. 26-33.
13. Филиппова Г. Г. Психология материнства / Филиппова Г. Г. // - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 240 с.
14. Шевчук Г. С. Материнська ідентичність у структурі Я-концепції жінки / Шевчук Г. С. // Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України. - 2010, №9 - С. 765-777.
15. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. // - СПб.: Речь, 2006. - 352 с.

МАТЕРИНСТВО ЯК ОСОБЛИВИЙ ПРОЯВ ПОТРЕБИ І ПОТРЕБНОСНО-МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ ЖІНКИ О. А. Божук

Стаття розкриває основний зміст материнства в межах онтогенезу окремих жінок. У сучасному суспільстві відбувається трансформація репродуктивної поведінки жінок, домінують пріоритети професійного і матеріального благополуччя на відміну від ролі матері і мотивації мати дітей.

Ключові слова: материнська ідентичність, материнство, нужда, онтогенез особистості, репродуктивні мотивації, репродуктивна поведінка

MOTHERHOOD AS DISTINCT FORMS OF HARDSHIP AND NEEDS-MOTIVATIONAL SPHERE PERSONALITY WOMEN O. Bozhuk

Article reveals the essential meaning of motherhood as part of the ontogeny of the individual woman. In modern society, the transformation of the reproductive behavior of women, increasing priorities professional and material well-being, as opposed to the role of mother and motivation to have children.

Keywords: maternal identity, motherhood, poverty, ontogeny of personality, motivation reproductive, reproductive behavior

УДК:616.895: 344.988

О. В. Гришина, О. О. Хаустова ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ЖІНОК-ПОВІЙ Український НДІ соціальної і судової психіатрії МЗ України, м. Київ

Ключові слова: саморуйнуюча поведінка, психологічні захисти, повій

Секс-індустрія (або секс-бізнес, проституція) представляє собою один із поширених феноменів більшості країн світу насамперед і в Україні. Категорія жінок, працюючих у сексуальному бізнесі, традиційно вважається як найбільш уразливою в інфікуванні захворювань, що передаються статевим шляхом (ВІЛ, сифіліс, гепатити В, С, та ін.) [6], так і до соматичних та психічних розладів, що зумовило ряд нових досліджень сексуальної поведінки і чинників ризику серед цього контингенту. Проведені дослідження моделей життя зафіксували позитивну кореляцію між персональною щоденною практикою «здорової поведінки» і сприйнятливості індивіда до захворювань та передчасної смерті. Отже, на думку авторів, персональна уразливість до хвороб зростає пропорційно кількості та регулярності нездорової поведінки індивідуума [11].

Актуальність. Проституція є ризикованою поведінкою, небезпечною для фізичного і психічного здоров'я, яке, на нашу думку, можна розглядати як схильність до саморуйнування, а супутні захворювання (ВІЛ, сифіліс, гепатити В, С, та ін.) як одна з її складових. Епідемічна ситуація, незважаючи на неухильні зусилля держави, міжнародних і національних неурядових організацій у контексті профілактики поширення ВІЛ/СНІД та ЗПСШ серед вразливих груп населення, немає тенденції до стабілізації. Таким чином, зберігається висока актуальність досліджень медико-психологічних (зокрема психіатричних) феноменів порушення психічного здоров'я у жінок комерційного сексу, сексуальна поведінка яких визначається медико-психологічними властивостями

особистості, її установками і поведінковими патернами. Тому ми вважаємо доречним, у рамках дослідження детермінантів саморуйнуючої поведінки, провести діагностику психологічних захисних механізмів та висунули гіпотезу, що жінкам, які займаються проституцією, притаманні деструктивні форми психологічного захисту. Важливість вивчення механізмів психологічного захисту обумовлена розвитком психокорекції та психотерапії, їх впровадженням практично у всі галузі медицини і профілактичної роботи, пошуком змістовних «мішеней» для психологічної корекції патогенних поведінкових стереотипів.

Проблема психологічного захисту містить в собі сутнісне протиріччя, а саме, з одного боку, безумовна користь від використання усіх видів психологічних захистів, покликаних знижувати накопичування в душі напруженості, шляхом спотворення вхідної інформації і відповідної зміни поведінки. З іншого боку, їх надмірна актуалізація не дозволяє усвідомлювати об'єктивну ситуацію, адекватно і творчо взаємодіяти зі світом. З. Фрейд першим вивчав та описав у роботі «Нейропсихологія захистів» та «Толкование снов» численні механізми захисту, які дозволяють психіці підтримувати стан внутрішнього психологічного комфорту шляхом спотворення погляду на себе, на власну поведінку. Захисним механізмом називається специфічна заміна змісту свідомості, що у ситуації внутрішнього конфлікту; захисний механізм спрямовано на зниження тривожності [13]. Психологічний захист переважно розглядається з такими функціями психіки як пристосування, урівноваження

11. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти / Реан А. А. // - СПб.: Прайм-Еврознак, 2002 - 656 с. (Серия «Психологическая энциклопедия»).
12. Рибалко В. В. С. Д. Максименко: генетико-психологічна теорія народження, зростання та існування особистості / Рибалко В. В. // Журнал "Практична психологія та соціальна робота". - 2009, №4 - С. 26-33.
13. Филиппова Г. Г. Психология материнства / Филиппова Г. Г. // - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 240 с.
14. Шевчук Г. С. Материнська ідентичність у структурі Я-концепції жінки / Шевчук Г. С. // Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України. - 2010, №9 - С. 765-777.
15. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. // - СПб.: Речь, 2006. - 352 с.

МАТЕРИНСТВО ЯК ОСОБЛИВИЙ ПРОЯВ ПОТРЕБИ І ПОТРЕБНОСНО-МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ ЖІНКИ О. А. Божук

Стаття розкриває основний зміст материнства в межах онтогенезу окремих жінок. У сучасному суспільстві відбувається трансформація репродуктивної поведінки жінок, домінують пріоритети професійного і матеріального благополуччя на відміну від ролі матері і мотивації мати дітей.

Ключові слова: материнська ідентичність, материнство, нужда, онтогенез особистості, репродуктивні мотивації, репродуктивна поведінка

MOTHERHOOD AS DISTINCT FORMS OF HARDSHIP AND NEEDS-MOTIVATIONAL SPHERE PERSONALITY WOMEN O. Bozhuk

Article reveals the essential meaning of motherhood as part of the ontogeny of the individual woman. In modern society, the transformation of the reproductive behavior of women, increasing priorities professional and material well-being, as opposed to the role of mother and motivation to have children.

Keywords: maternal identity, motherhood, poverty, ontogeny of personality, motivation reproductive, reproductive behavior

УДК:616.895: 344.988

О. В. Гришина, О. О. Хаустова ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ЖІНОК-ПОВІЙ Український НДІ соціальної і судової психіатрії МЗ України, м. Київ

Ключові слова: саморуйнуюча поведінка, психологічні захисти, повій

Секс-індустрія (або секс-бізнес, проституція) представляє собою один із поширених феноменів більшості країн світу насамперед і в Україні. Категорія жінок, працюючих у сексуальному бізнесі, традиційно вважається як найбільш уразливою в інфікуванні захворювань, що передаються статевим шляхом (ВІЛ, сифіліс, гепатити В, С, та ін.) [6], так і до соматичних та психічних розладів, що зумовило ряд нових досліджень сексуальної поведінки і чинників ризику серед цього контингенту. Проведені дослідження моделей життя зафіксували позитивну кореляцію між персональною щоденною практикою «здорової поведінки» і сприйнятливості індивіда до захворювань та передчасної смерті. Отже, на думку авторів, персональна уразливість до хвороб зростає пропорційно кількості та регулярності нездорової поведінки індивідуума [11].

Актуальність. Проституція є ризикованою поведінкою, небезпечною для фізичного і психічного здоров'я, яке, на нашу думку, можна розглядати як схильність до саморуйнування, а супутні захворювання (ВІЛ, сифіліс, гепатити В, С, та ін.) як одна з її складових. Епідемічна ситуація, незважаючи на неухильні зусилля держави, міжнародних і національних неурядових організацій у контексті профілактики поширення ВІЛ/СНІД та ЗПСШ серед вразливих груп населення, немає тенденції до стабілізації. Таким чином, зберігається висока актуальність досліджень медико-психологічних (зокрема психіатричних) феноменів порушення психічного здоров'я у жінок комерційного сексу, сексуальна поведінка яких визначається медико-психологічними властивостями

особистості, її установками і поведінковими патернами. Тому ми вважаємо доречним, у рамках дослідження детермінантів саморуйнуючої поведінки, провести діагностику психологічних захисних механізмів та висунули гіпотезу, що жінкам, які займаються проституцією, притаманні деструктивні форми психологічного захисту. Важливість вивчення механізмів психологічного захисту обумовлена розвитком психокорекції та психотерапії, їх впровадженням практично у всі галузі медицини і профілактичної роботи, пошуком змістовних «мішеней» для психологічної корекції патогенних поведінкових стереотипів.

Проблема психологічного захисту містить в собі сутнісне протиріччя, а саме, з одного боку, безумовна користь від використання усіх видів психологічних захистів, покликаних знижувати накопичування в душі напруженості, шляхом спотворення вхідної інформації і відповідної зміни поведінки. З іншого боку, їх надмірна актуалізація не дозволяє усвідомлювати об'єктивну ситуацію, адекватно і творчо взаємодіяти зі світом. З. Фрейд першим вивчав та описав у роботі «Нейропсихологія захистів» та «Толкование снов» численні механізми захисту, які дозволяють психіці підтримувати стан внутрішнього психологічного комфорту шляхом спотворення погляду на себе, на власну поведінку. Захисним механізмом називається специфічна заміна змісту свідомості, що у ситуації внутрішнього конфлікту; захисний механізм спрямовано на зниження тривожності [13]. Психологічний захист переважно розглядається з такими функціями психіки як пристосування, урівноваження

і регуляція. А. Фрейд дає їм розгорнуте визначення: «Це засоби, за допомогою яких «Я» захищається проти невдоволення і страху і намагається затвердити своє панування над імпульсивною поведінкою, афектами і потягами» [7]. Таким чином, можна сказати, що захисні механізми – система регуляторних механізмів, які служать для усунення негативних, травмуючих особистість переживань. Ці переживання здебільшого пов'язані з внутрішніми або зовнішніми конфліктами, станами тривоги чи дискомфорту. Механізми захисту спрямовані на збереження стабільності самооцінки особистості, її образу «Я» і образу світу.

Усі захисні механізми мають спільні характеристики, а саме ті, що не усвідомлюються та спотворюють, заперечують або фальсифікують сприйняття реальності, щоб знизити рівень тривоги, і тому є засобами самообману. У книзі «Психоаналітична діагностика» Ненсі Мак-Вільямс розглядає основні захисти, які представлені як первинні (примітивні, незрілі чи захисти «нижчого порядку») і вторинні (зрілі, більш розвинені чи захисти «вищого порядку»). До примітивних форм психологічного захисту належать: ізоляція, заперечення, надконтроль, примітивна ідеалізація та обезцінювання, проекція, інтроекція, розщеплення, дисоціація; а до вищого порядку захистів належать: репресія (витіснення), регресія, інтелектуалізація, раціоналізація, моралізація, анулювання, поворот проти себе, зсув, реактивне формування, реверсія, ідентифікація, відреагування, сексуалізація [9, ст. 130–188].

Результатом психоеволюційної теорії емоцій Р. Плутчика (емоції як пристосувальні засоби, які відіграють важливу роль у виживанні індивідів на всіх еволюційних рівнях) і структурної теорії особистості Г. Келермана стала психодіагностична система, яка лягла в основу психодіагностичної методики «Індекс життєвого стилю» (Life Style Index) [2]. Р. Плутчик вказував, що вісім первинних емоцій дають двадцять вісім парних комбінацій та п'ятдесят шість потрібних комбінацій, це усього вісімдесят чотири різноманітних емоцій одного рівня інтенсивності. Р. Плутчик вважав, що розуміння способу змішування емоцій допомагає аналізу багатьох важливих емоційних феноменів. Індеси життєвого стилю є захисні механізми, «прийоми», за допомогою яких Его намагається захистити цілісність особистості від загрози. Авторами було виділено вісім его-захисних процесів, а саме: заперечення, витиснення, регресію, проекцію, зсув, компенсацію, інтелектуалізація, реактивне формування.

Огляд наукової літератури свідчить про різноманітність у поглядах на природу психологічних захисних механізмів, підходів їх вивчення, неоднозначність визначень та відсутність консенсуальної класифікації. Тому ми вважаємо доречним, у рамках дослідження детермінантів саморуйнуючої поведінки, провести діагностику психологічних захисних механізмів для дослідної перевірки гіпотези, що жінкам, які займаються проституцією, притаманні деструктивні форми психологічного захисту.

Метою даного дослідження є вивчення специфіки використання психологічних захисних механізмів, які

дають змогу жінкам підтримувати саморуйнуючу сексуальну поведінку шляхом заняття проституцією.

Методи і матеріали дослідження. Надавши інформацію згоду, у дослідженні прийняли участь 100 жінок, мешканки міста Києва. Дослідження проводилось у «Комюніті центрі для робітниць комерційного сексу» на базі ВБФ «Дроп ін Центр».

Основну групу дослідження склали 50 жінок, які займаються проституцією, віком від 18 до 38, середній стаж заняття комерційним сексом $3,05 \pm 2,15$ років. Середній вік початку сексуального життя $16,02 \pm 2,87$ років, що не є тотожним віку отримання першого сексуального досвіду, бо більшість жінок розповідали про наявність сексуального насильства у дитинстві та суб'єктивно не сприймали як початок сексуального життя. Серед них 43,0% мають вищу освіту, 57,0% – середню/середньо-спеціальну освіту. Для виявлення та верифікації специфіки і форм психологічного захисту досліджено 50 жінок, які не мають ні якого відношення до комерційного сексу, віком від 18 до 40 років, з яких 64% мають вищу освіту, 36% – середньо-спеціальну освіту, середній вік початку сексуального життя – 17 років, які склали групу порівняння.

Нами було використано психодіагностичну методику «Індекс життєвого стилю» (Р. Плутчик в адаптації Л. І. Вассермана, О. Ф. Єришева, Е. Б. Клубовой), за допомогою якої можна дослідити вісім основних психологічних захисних механізмів, а саме: заперечення, витиснення, регресію, проекцію, зсув, компенсацію, інтелектуалізація, реактивне формування та їх рівень напруженості. Методика містить дев'яносто сім тверджень, з яких досліджуваний повинен відмітити лише ті, що відповідають його поведінці чи стану. Для аналізу і статистичної обробки отриманих даних були застосовані критерії Колмогорова-Смірнова, для перевірки норми розподілу та Манна-Уїтні, який дає змогу встановити достовірні відмінності показників у двох вибірках. Математична обробка даних здійснювалась за допомогою комп'ютерної статистичної програми IBM SPSS Statistics 21.

Результати досліджень. Серед жінок основної групи діагностовано наднормований, дуже високий рівень напруженості таких психологічних захистів, а саме: проекції та інтелектуалізація у 100%, регресії та реактивного формування у 92%, заперечення у 84%, зсув у 76%, витиснення у 60% повій і які проявляються у несвідомому «віддаленні» загрози від себе, що дозволяє вважати власні неприпустимі чи неприйнятні почуття чужими і не відчувати за них відповідальність. Вони аналізують, розмірковують про засуджувану суспільством проституцію і проблеми пов'язані з цим заняттям, в спробах знайти втішні логічні пояснення, як: «дуже давню професію», «ця послуга має попит, тому ми цим і займаємося», «це така ж робота, як і інші», при цьому вони ігнорують свої емоції і почуття, мають схильність до оперативного мислення та хронічного витиснення травматичного матеріалу і як наслідок специфічні психосоматичні розлади. Наднормовану напруженість усіх психологічних захистів мають 100%

Таблиця 1

Розподіл досліджених по напруженості психологічних захистів

ПЗ	Основна група n=50		Контрольна група n=50	
	Вище норми n	%	Вище норми n	%
A Заперечення	38	76	0	0
B Витіснення	30	60	0	0
C Регресія	46	92	0	0
D Компенсація	42	84	0	0
E Проекція	50	100	0	0
F Зсув	38	76	0	0
G Інтелектуалізація	50	100	0	0
H Реактивне формування	46	92	0	0
ALL Усі захисти	50	100	0	0

жінок основної групи. У порівняльній групі виявлена відсутність наднормованої напруженості по всіх психологічних захистах у 100% досліджених жінок (табл. 1).

Результати, отримані в ході вивчення напруженості окремих психологічних захистів, не лише засвідчують особливості їх вираження, але й надали змогу побудувати узагальнений профіль використання психологічних захистів, ще один важливий критерій визначення типології психологічних захистів.

Узагальнений профіль захистів жінок основної групи, які займаються проституцією (рис. 1) свідчить про переважання таких типів психологічного захисту за питомою вагою середньої напруженості, а саме: проекція (81,66%); реактивне формування (67,80%), регресія (65,42%);

заперечення (65,09%); компенсація (61,40%), тобто за допомогою яких підтримується саморуйнуюча поведінка. Меншим був рівень напруженості таких психологічних захистів, як інтелектуалізація (60,47%), зсув (47,62%) та витіснення (45,02%). Зовсім інша картина у порівняльній групі, а саме: проекція (15,45%), яка найбільш напружена у жінок контрольної групи, знаходиться на 5-му рейтинговому місці, а на 1-му рейтинговому місці – заперечення (24,54%); далі за зменшенням напруженості розподілились інтелектуалізація (21,12%), компенсація (19,80%), зсув (18,53%), регресія (11,50%), реактивне формування (11,40%). Таке ранжирування вказує на суттєві відмінності типів використання психологічних захистів жінками основної групи в порівнянні з групою контролю.

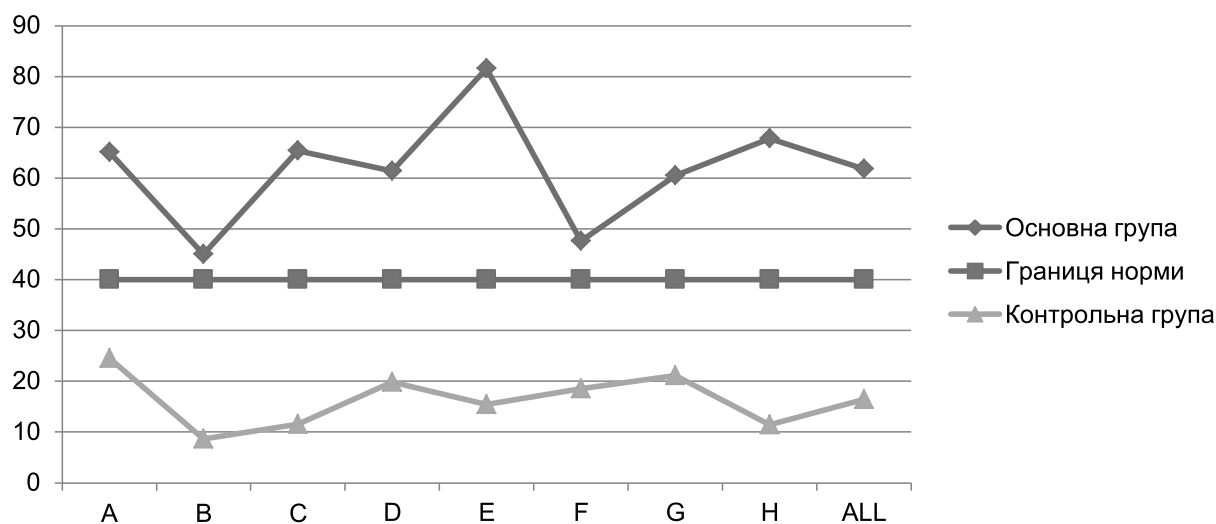


Рис. 1. Усереднений профіль напруженості психологічних захистів обстежених жінок

Результат статистичного аналізу даних загальної вибірки, при застосуванні критерію Колмогорова-Смірнова для визначення рівня схильності до подолання норм та правил, виявив суттєве відхилення від нормального розподілу показників ($p < 0,05$) за шкалами заперечення, витиснення, регресію, проєкцію, зсув, інтелектуалізація, реактивне формування (табл. 2), тому розподіл даних не є нормальним.

Для з'ясування достовірності відмінностей між основною і порівняльною групами була проведена статистична обробка даних при застосуванні критерію Манні-Уїтні для непараметричних вибірок. Визначено достовірні значущі відмінності ($,000 = p < 0,05$) за шкалами: заперечення, витиснення, регресія, проєкція, компенсація, зсув, інтелектуалізація, реактивне формування, та показниками напруженості усіх шкал (табл. 3).

Висновки. На підставі вищенаведених результатів та їх аналізу можна зробити висновки, що достовірно частіше повії використовують деструктивні форми психологічних захистів, а саме: проєкцію, реактивне формування, регресія, заперечення та компенсація, які ускладнюють усвідомлення внутрішньоособистісних та міжособистісних проблем, внаслідок чого подовжується реалізація саморуйнуючої ризикованої сексуальної поведінки шляхом заняття проституцією. Тобто переважають психологічні захисні механізми примітивного рівня, а саме: проєкція, реактивне формування, регресія.

Література:

1. Антонян Ю. М. Проституція глазами психолога // Ю. М.

Антонян – *Общественные науки и современность*. – 1993. - №2. – С.129- 130с.

2. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненно-го стиля // Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова – Спб.: Издательство: СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. – 50 с.
3. Глинский Я. И. Девантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений» // Я. И. Глинский – Спб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004 – 287с.
4. Грановская Р. М. Психологическая защита // Р. М. Грановская. – Спб.: Издательство: Речь, 2007. – 476 с.
5. Змановская Е. В. Девантология: (Психология отклоняющегося поведения) // Е. В. Змановская - учебник для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
6. Змешення шкоди: Концепція, практика, досвід України // Кучерук О., Пилипчук Н., Протопопов А. – К.: ВАСВ, 2002, – 112 с.
7. Куттер П. Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов // Петер Куттер - Рекомендовано в качестве учебного пособия для дополнительного образования Министерством образования Российской Федерации Б.С.К. Санкт-Петербург 1997. – 203с.
8. Ломброзо Ч. Женица преступница и проститутка // Чезаре Ломброзо - ООО «Попурри». Минск-2000, – 123 с.
9. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе // Н.Мак-Вильямс. – [пер. с англ.]— М.: Независимая фирма «Класс», 2006.— 480 с. – (Библиотека психологи и психотерапии, вып.49)
10. Пайнз Д. «Бессознательное использование своего тела женщиной» // Д. Пайнз. - [Пер. с англ. Е.И. Замфир под ред. проф. М. М. Решетникова]. - СПб.: совместное издание Восточно-Европейского института психоанализа и Б.С.К., 1997 г. – 198с.
11. Проблемы секс- бизнеса в контексте общественного здравоохранения / Сост. Ю. Саранков. – Киев: «СПИД Фонд Восток – Запад», 2009. – 128с.
12. Романова Е. С. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика // Е.С. Романова, Л. Р. Гребенников

Таблица 2

Описові статистики загальної вибірки, показники розподілу даних за критерієм Колмогорова-Смірнова

		A	B	C	D	E	F	G	H	ALL
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Нормальні параметри	Середні	44,8150	26,8290	38,4640	40,6000	48,5600	33,0800	40,7996	39,6000	39,1222
	Стд. відхилення	25,3573	22,7762	30,4662	25,0179	35,4297	19,6613	21,9954	33,2094	23,8208
Разниці екстремумів	Модуль	,220	,202	,297	,154	,218	,177	,204	,222	,209
	Позитивні	,220	,202	,297	,154	,193	,177	,204	,222	,209
	Негативні	-,122	-,126	-,152	-,140	-,218	-,106	-,150	-,140	-,186
Статистика Z Колмогорова-Смірнова		2,199	2,020	2,971	1,541	2,181	1,771	2,037	2,225	2,090
Асимпт. значимість. (двохстороння) p		,000	,001	,000	,017	,000	,004	,000	,000	,000

Примітки: N – кількість досліджених

Таблица 3

Показники статистичної обробки визначення достовірності значущих відмінностей за U-критерієм

	A	B	C	D	E	F	G	H	ALL
Манна-Уїтні, U	79,000	9,500	40,500	82,000	,000	208,000	,000	,000	,000
Вілкенсона W	1,354E	1,284E3	1,316E3	1,357E3	1,275E	1,483E	1,275E	1,275E3	1,275E
Z	-8,215	-8,654	-8,524	-8,165	-8,686	-7,267	-8,775	-8,774	-8,651
Асимпт. знач. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

- Митици: Талант, 1996.
13. Фрейд З. Толкование сновидений // Зигмунд Фрейд; [пер.Я. М. Коган, науч. Ред. пер. Л. В. Марицук] – М.: АСТ,Мн.: Харвест, 2005. – 480с.
 14. Herman JL, Introduction: hidden in plain sight: clinical observations on prostitution. In: Prostitution, Trafficking and Traumatic Stres // Herman JL Farley M, ed. Binghamton, N.Y.: Haworth Press.
 15. Farley M., Ph. D. Prostitution Is Sexual/Melissa Farley – Times Violence Psychiatric – Times October 2004 Vol. XXI Issue 12.
 16. Flexsner, A. Prostitution in Europe/A. Flexsner. New York: Century, 1914. P.18. 17. Winick, Ch. Kinsir, P. The Lively Commerce: Prostitution in the US/Ch. Winick, P. Kinsir. Chicago: Quadrangle Books, 1971. P. 3.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ЖІНОК-ПОВІЙ

О. В. ГРИШИНА, Е. А. ХАУСТОВА

На основі обстеження 50 жінок, які надають сексуальні послуги за гроші в квартирних умовах, вивчено психологічні захисні механізми. Підтверджено гіпотези про використання деструктивних форм психологічного захисту та їх високий рівень напруженості. Установлено, що повіям притаманно використання деструктивних форм психологічних захистів як проекція, реактивне формування, регресія, заперечення.

Ключові слова: саморуйнуюча поведінка, психологічні захисти, повії

SPECIFICITY OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS UTILIZATION IN WOMEN ENGAGED IN PROSTITUTION

O. GRISHINA, E. KHAUSTOVA

Psychological defense mechanisms have been learned on the basis of examination of 50 women providing paid sexual services in apartments. Hypothesis on destructive forms of psychological defense utilization and its high tension have been confirmed. It has been set that it is typical for prostitutes to use destructive forms of psychological defense as projection, regression, reactive formation, objection.

Keywords: self-destructive behavior, psychological defense, prostitutes

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

О. В. Піонтковська

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДИТИНИ КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1, м. Харків

Ключові слова: психоемоційний стан, родина хворого, дитяча онкологія, медико-психологічна допомога

Рівень дитячої онкологічної захворюваності в Україні становить 10–11 випадків на 100 тисяч дитячого населення. На обліку в онкологічних установах перебуває близько 5,5 тисяч дітей [4].

Встановлення онкологічного захворювання у дитини і лікування онкопатології постає не тільки в медичному, але і психологічному та психосоціальному аспектах [1; 5; 9]. Онкологічне захворювання дитини має психотравматичний вплив на батьків [3; 6–8], що проявляється різноманітною психопатологічною симптоматикою під час лікування, порушеннями сімейних, подружніх та міжособистісних відносин, зміною соціального статусу. Особливо гостро психологічні проблеми маніфестують у разі рецидиву чи продовження хвороби у дитини.

Враховуючи, що стан психологічної адаптації батьків до захворювання дитини, одним з відображень якого є їх психоемоційний стан, значуща складова психологічної та психосоціальної адаптації дитини, вищесказане обумовлює актуальність та важливість вивчення станів і чинників дезадаптації членів їх сім'ї.

З метою вивчення актуального психоемоційного стану батьків онкохворих дітей протягом 2011–2012 рр. на базі дитячого онкологічного відділення КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1 м. Харкова на основі інформованої згоди було проведено психологічне обстеження 339 родин, з яких у дітей з 214 сімей (група 1) було встановлено діагноз злоякісного та у 125 – доброякісного новоутворення (група 2). Обстеження проводилось на момент первинної госпіталізації онкохворої дитини

до стаціонару для лікування. У 86 дітей групи 1 та 53 – групи 2 було заплановано хірургічне втручання.

Психоемоційний стан батьків онкохворої дитини визначався за допомогою методики діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна [9] та диференційної діагностики депресивних станів Зунге [9], тоді як вивчення змістовних аспектів стресової ситуації проводилося шляхом клініко-психологічного інтерв'ю.

Під час інтерв'ю усі батьки (100%) наголошували на психотравматичному характері самого діагностування новоутворення у дитини, незалежно від доброякісності чи злоякісності процесу. Так, навіть визначення утворення як доброякісного не могло повністю нівелювати такі переживання батьків з групи 2, як: чи може утворення стати злоякісним, виникнути знову, чи вплине хвороба і лікування, зокрема й оперативне, на подальший фізичний та психічний розвиток дитини, з'являлися страхи виникнення іншої невиліковної хвороби у дитини або інших членів родини, зростала увага до питань здоров'я. Вітальна загроза провокувала появу переживань, пов'язаних з життєвими пріоритетами, цінностями, сенсом життя. Батьки з групи 1 реагували на ситуацію більш гостро. Описуючи період діагностики, батьки відзначали виникнення інтенсивних переживань, що на початку виражалися у хаотичному переживанні небезпеки та краху. У подальшому зміст переживань ставав більш конкретним та відображав психологічні та психосоціальні труднощі, з якими зіштовхувалися батьки хворої

- Митици: Талант, 1996.
13. Фрейд З. Толкование сновидений // Зигмунд Фрейд; [пер.Я. М. Коган, науч. Ред. пер. Л. В. Маришук] – М.: АСТ,Мн.: Харвест, 2005. – 480с.
 14. Herman JL, Introduction: hidden in plain sight: clinical observations on prostitution. In: Prostitution, Trafficking and Traumatic Stres // Herman JL Farley M, ed. Binghamton, N.Y.: Haworth Press.
 15. Farley M., Ph. D. Prostitution Is Sexual/Melissa Farley – Times Violence Psychiatric – Times October 2004 Vol. XXI Issue 12.
 16. Flexsner, A. Prostitution in Europe/A. Flexsner. New York: Century, 1914. P.18. 17. Winick, Ch. Kinsir, P. The Lively Commerce: Prostitution in the US/Ch. Winick, P. Kinsir. Chicago: Quadrangle Books, 1971. P. 3.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ЖІНОК-ПОВІЙ

О. В. ГРИШИНА, Е. А. ХАУСТОВА

На основі обстеження 50 жінок, які надають сексуальні послуги за гроші в квартирних умовах, вивчено психологічні захисні механізми. Підтверджено гіпотези про використання деструктивних форм психологічного захисту та їх високий рівень напруженості. Установлено, що повіям притаманно використання деструктивних форм психологічних захистів як проекція, реактивне формування, регресія, заперечення.

Ключові слова: саморуйнуюча поведінка, психологічні захисти, повії

SPECIFICITY OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS UTILIZATION IN WOMEN ENGAGED IN PROSTITUTION

O. GRISHINA, E. KHAUSTOVA

Psychological defense mechanisms have been learned on the basis of examination of 50 women providing paid sexual services in apartments. Hypothesis on destructive forms of psychological defense utilization and its high tension have been confirmed. It has been set that it is typical for prostitutes to use destructive forms of psychological defense as projection, regression, reactive formation, objection.

Keywords: self-destructive behavior, psychological defense, prostitutes

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

О. В. Піонтковська

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДИТИНИ

КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1, м. Харків

Ключові слова: психоемоційний стан, родина хворого, дитяча онкологія, медико-психологічна допомога

Рівень дитячої онкологічної захворюваності в Україні становить 10–11 випадків на 100 тисяч дитячого населення. На обліку в онкологічних установах перебуває близько 5,5 тисяч дітей [4].

Встановлення онкологічного захворювання у дитини і лікування онкопатології постає не тільки в медичному, але і психологічному та психосоціальному аспектах [1; 5; 9]. Онкологічне захворювання дитини має психотравматичний вплив на батьків [3; 6–8], що проявляється різноманітною психопатологічною симптоматикою під час лікування, порушеннями сімейних, подружніх та міжособистісних відносин, зміною соціального статусу. Особливо гостро психологічні проблеми маніфестують у разі рецидиву чи продовження хвороби у дитини.

Враховуючи, що стан психологічної адаптації батьків до захворювання дитини, одним з відображень якого є їх психоемоційний стан, значуща складова психологічної та психосоціальної адаптації дитини, вищесказане обумовлює актуальність та важливість вивчення станів і чинників дезадаптації членів їх сім'ї.

З метою вивчення актуального психоемоційного стану батьків онкохворих дітей протягом 2011–2012 рр. на базі дитячого онкологічного відділення КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1 м. Харкова на основі інформованої згоди було проведено психологічне обстеження 339 родин, з яких у дітей з 214 сімей (група 1) було встановлено діагноз злоякісного та у 125 – доброякісного новоутворення (група 2). Обстеження проводилось на момент первинної госпіталізації онкохворої дитини

до стаціонару для лікування. У 86 дітей групи 1 та 53 – групи 2 було заплановано хірургічне втручання.

Психоемоційний стан батьків онкохворої дитини визначався за допомогою методики діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна [9] та диференційної діагностики депресивних станів Зунге [9], тоді як вивчення змістовних аспектів стресової ситуації проводилося шляхом клініко-психологічного інтерв'ю.

Під час інтерв'ю усі батьки (100%) наголошували на психотравматичному характері самого діагностування новоутворення у дитини, незалежно від доброякісності чи злоякісності процесу. Так, навіть визначення утворення як доброякісного не могло повністю нівелювати такі переживання батьків з групи 2, як: чи може утворення стати злоякісним, виникнути знову, чи вплине хвороба і лікування, зокрема й оперативне, на подальший фізичний та психічний розвиток дитини, з'являлися страхи виникнення іншої невиліковної хвороби у дитини або інших членів родини, зростала увага до питань здоров'я. Вітальна загроза провокувала появу переживань, пов'язаних з життєвими пріоритетами, цінностями, сенсом життя. Батьки з групи 1 реагували на ситуацію більш гостро. Описуючи період діагностики, батьки відзначали виникнення інтенсивних переживань, що на початку виражалися у хаотичному переживанні небезпеки та краху. У подальшому зміст переживань ставав більш конкретним та відображав психологічні та психосоціальні труднощі, з якими зіштовхувалися батьки хворої

дитини. Спектр психологічних проблем, які виникали у батьків з групи 1 у зв'язку з онкологічним захворюванням, включав:

- появу інтенсивних негативних емоцій (тривоги, дратівливості, зниження настрою) та складність справлятися з ними;
- значний об'єм нової інформації щодо діагнозу, обстежень та лікування;
- необхідність прийняття рішень, пов'язаних з лікуванням дитини;
- занепокоєння впливом лікування, зокрема оперативного, на фізичний та психічний розвиток дитини;
- переживання, пов'язані із запланованим оперативним втручанням;
- складність спілкування з дитиною на тему хвороби, потреби у лікуванні та болісних і неприємних процедур;
- труднощі у спілкуванні з оточенням (друзями, колегами, знайомими) з приводу важкого захворювання дитини (соціальна стигматизація);
- зрушення у сімейному функціонуванні – зміна ролей, обов'язків, навантаження та ін.;
- загострення сімейних, дитячо-батьківських, подружніх, міжособистісних та внутрішньоособистісних конфліктів;
- потреба у психологічній підтримці дитини протягом діагностики та лікування;
- потреба у адаптації до перебування у лікувальному закладі: медичні процедури, побутовий аспект (харчування, гігієнічні процедури);
- вилучення з професійної діяльності члена родини, який доглядає хворого – відпустка, зміна графіку роботи, звільнення;
- дистанціювання від соціуму самовільне або внаслідок стигматизації;
- зміни у психоемоційному стані та поведінці інших дітей у родині (при їх наявності).

Поява страху захворіти на онкологію чи іншу хворобу з потенційно несприятливим прогнозом.

Отже, основними джерелами психологічного та психосоціального дистресу для батьків онкохворих дітей були:

- встановлення онкологічного діагнозу у дитини;
- госпіталізація та перебування у стаціонарі;
- оперативне втручання та курси хіміотерапії;
- загострення сімейних, дитячо-батьківських, подружніх, міжособистісних та внутрішньоособистісних конфліктів;
- зміни соціальної активності (робота, спілкування з оточенням).

Таким чином, батьки з групи 1 та 2 переживали інтенсивний стрес, який на психоемоційному рівні проявлявся психопатологічною симптоматикою у вигляді проявів тривоги та депресивному стані. У табл. 1 наведено показники особистісної та ситуативної тривожності у батьків онкохворих дітей.

У жінок групи 1, незалежно від того, чи було заплановано оперативне втручання, чи призначено хіміотерапевтичне лікування, високий рівень особистісної тривожності виявлено у $26,7 \pm 4,4\%$ та $29,7 \pm 4,6\%$ опитуваних, тоді як у чоловіків показник становив $11,6 \pm 3,2\%$ та $4,7 \pm 2,1\%$ відповідно. Серед матерів з групи 2 високі рівні тривожності виявлено у $18,9 \pm 3,9\%$ обстежених, дітям яких було призначено оперативне лікування, та $26,4 \pm 4,4\%$ жінок, у яких діти лікувалися терапевтичними методами. У чоловіків з групи 2 виявлено високий рівень особистісної тривожності відповідно у $9,4 \pm 2,9\%$ та $8,3 \pm 2,8\%$ осіб. Таким чином, у чоловіків обох груп показники особистісної тривожності були нижчими, ніж у жінок.

Щодо ситуативної тривожності було отримано наступні результати. Високий рівень ситуативної тривожності було виявлено у $84,9 \pm 3,6\%$ матерів і $34,9 \pm 4,8\%$ батьків дітей із запланованим хірургічним втручанням, та $93,8 \pm 2,4\%$ матерів і $30,5 \pm 4,6\%$ батьків з лікувальним планом без операції. У групі 2 висока ситуативна тривожність була діагностована відповідно у $79,2 \pm 4,1\%$ та $15,1 \pm 3,6\%$ опитуваних підгрупи з оперативним

Таблиця 1

Показники тривожності у батьків онкохворої дитини з груп 1 та 2 ($\% \pm m$)

Рівень	Груп 1, n=214				Група 2, n=125			
	ОВ, n=86		Без ОВ, n=128		ОВ, n=53		Без ОВ, n=72	
	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч
	Особистісна тривожність							
Н	$19,8 \pm 4,0$	$47,7 \pm 5,0$	$21,1 \pm 4,1$	$43,8 \pm 5,0$	$26,4 \pm 4,4$	$58,5 \pm 4,9$	$22,2 \pm 4,2$	$50,0 \pm 5,0$
С	$53,5 \pm 5,0$	$40,7 \pm 4,9$	$49,2 \pm 5,0$	$51,6 \pm 5,0$	$54,7 \pm 5,0$	$32,1 \pm 4,7$	$51,4 \pm 5,0$	$41,7 \pm 4,9$
В	$26,7 \pm 4,4$	$11,6 \pm 3,2$	$29,7 \pm 4,6$	$4,7 \pm 2,1$	$18,9 \pm 3,9$	$9,4 \pm 2,9$	$26,4 \pm 4,4$	$8,3 \pm 2,8$
Рівень	Ситуативна тривожність							
	Н	-	-	-	-	$7,5 \pm 2,6$	-	$37,5 \pm 4,8$
	С	$15,1 \pm 3,6$	$65,1 \pm 4,8$	$6,3 \pm 2,4$	$69,5 \pm 4,6$	$20,8 \pm 4,1$	$77,4 \pm 4,2$	$19,4 \pm 4,0$
	В	$84,9 \pm 3,6$	$34,9 \pm 4,8$	$93,8 \pm 2,4$	$30,5 \pm 4,6$	$79,2 \pm 4,1$	$15,1 \pm 3,6$	$80,6 \pm 4,0$

Примітки: ОВ – оперативне втручання, Н – низький, С – середній, В – високий, ж – жінки, ч – чоловіки

втручанням і $80,6 \pm 4,0\%$ та $9,7 \pm 3,0\%$ осіб без нього. Отже, показники ситуативної тривожності як серед жінок, так і чоловіків були вищими у порівнянні з особистісною. Серед жінок була більшою кількість осіб з високою ситуативною тривожністю у порівнянні з чоловіками. Серед батьків групи 1 кількість опитуваних з високою ситуативною тривожністю була більшою, ніж у групі 2, тоді як серед матерів суттєвих відмінностей не виявлено.

Таким чином, аналізуючи результати обстеження, виявлено, що опитувані обох підгруп переживали дистрес, однак були різними його джерела. У батьків дітей, яким було заплановано хірургічне лікування, більшість переживань на етапі первинної госпіталізації зосереджувалися навколо операції. Особливістю психологічного стану у передопераційному періоді було очікування післяопераційного статусу, що супроводжувалося передопераційною та післяопераційною тривогою. Тривога проектувалася у майбутнє та відображала очікування батьків хворої дитини щодо ефективності лікування і впливу операції на фізичний і психічний розвиток дитини. Переживання батьків у передопераційному періоді стосувалися власне операції; появи у дитини неприємних відчуттів, болю; переживання за результат операції, її наслідки; страх анестезії, її побічних ефектів; виключення з соціального функціонування (робота, догляд за іншими дітьми в сім'ї) та необхідність догляду за дитиною у післяопераційному періоді, перерозподіл обов'язків на час лікування. У післяопераційному періоді найбільш сильне занепокоєння викликали догляд, можливості реабілітації та необхідність справлятися з психологічною реакцією дитини на наявність соматичного дистресу, адаптація до зміни «образу тіла» внаслідок інвалідизуючих операцій, подальша тактика лікування у разі наявного злоякісного новоутворення.

Для батьків дітей, яким було призначено хіміотерапію чи інші види лікування, джерела стресу були такими: власне факт госпіталізації як для дітей, так і батьків займав перше місце у ряді психотравматичних подій, пов'язаних з хворобою, та часто супроводжувався тривогою, зниженням настрою, а часом і порушеннями поведінки. Батькам хворої дитини необхідно було пристосуватися до умов стаціонару та адаптувати до нього дитину. Найбільш неприємними для дітей були

діагностичні та лікувальні процедури, в особливості інвазивні (ін'єкції, пункції). Поряд з медичними працівниками батьки мали пояснювати їх користь, незважаючи на дискомфортність, та виступати буфером, який би гасив негативні емоційні реакції дітей.

У сфері дитячо-батьківських відносин порушення найчастіше виражалися у гіперопіці, рідше відкидання дитини з наступним дистанціюванням, що провокувало виникнення інтенсивного почуття провини та самоосуду. При наявності у родині інших дітей, яким приділялося менше уваги, у батьків з'являлося відчуття власної некомпетентності та провини. Наростання негативних емоцій у родині могло виливатися у пошук винних у хворобі дитини, що діяло дестабілізуюче на родину та робило її більш уразливою до стресів. Ускладнювало психологічну адаптацію батьків, незадовільний стан їх фізичного та психічного здоров'я, наявність «не пережитого горя чи втрати», що резонувало з ситуацією хвороби дитини.

Потреба у догляді за хворою дитиною зазвичай обумовлювали перерозподіл ролей у родині: найчастіше залишалися з дитиною у стаціонарі матері, тоді як батьки зосереджувалися на фінансових аспектах. Напруження виникало також і у подружніх стосунках, що проявлялося непорозуміннями та виникненням конфліктів, дистанціюванням один від одного, скороченням або повною відсутністю сексуальних стосунків.

На відміну від батьків групи 2, у яких діагноз дитячого захворювання був сприятливий, опитувані 1 групи в цілому усвідомлювали тяжкість та необхідність тривалого лікування, що провокувало появу різноманітних психологічних реакцій, які потенційно мали вищий ризик трансформації у психічні порушення.

У табл. 2 наведені дані вивчення показників депресивного стану у опитуваних. Істинний депресивний стан було виявлено лише у матерів дітей з групи 1: $9,3 \pm 2,9\%$ жінок, в яких діти мали отримати хірургічне лікування та $12,5 \pm 3,3\%$ – терапевтичне. У жінок групи 1 обох підгруп була більшою кількість осіб з субдепресивним станом $32,6 \pm 4,7\%$ і $36,7 \pm 4,8\%$ у порівнянні з матерями групи 2 відповідно $18,9 \pm 3,9\%$ та $4,2 \pm 2,0\%$ опитуваних. Для чоловіків були притаманні легкі депресивні стани $88,4 \pm 3,2\%$ і $87,5 \pm 3,3\%$ у групі 1 та стан без депресії у групі 2 $71,7 \pm 4,5\%$ і $90,3 \pm 3,0\%$ осіб.

Таблиця 2

Показники депресивного стану у батьків онкохворої дитини з груп 1 та 2 ($\% \pm m$)

Рівень	Груп 1, n=214				Група 2, n=125			
	ОВ, n=86		Без ОВ, n=128		ОВ, n=53		Без ОВ, n=72	
	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч
Відсутня	-	-	-	-	$9,4 \pm 2,9$	$71,7 \pm 4,5$	$75,0 \pm 4,3$	$90,3 \pm 3,0$
ЛДС	$58,1 \pm 4,9$	$88,4 \pm 3,2$	$50,8 \pm 5,0$	$87,5 \pm 3,3$	$71,7 \pm 4,5$	$28,3 \pm 4,5$	$20,8 \pm 4,1$	$9,7 \pm 3,0$
СубДС	$32,6 \pm 4,7$	$11,6 \pm 3,2$	$36,7 \pm 4,8$	$12,5 \pm 3,3$	$18,9 \pm 3,9$	-	$4,2 \pm 2,0$	-
ІДС	$9,3 \pm 2,9$	-	$12,5 \pm 3,3$	-	-	-	-	-

Примітка. ОВ – оперативне втручання, ЛДС – легкий депресивний стан, СубДС – субдепресивний стан, ІДС – істинний депресивний стан, ж – жінки, ч – чоловіки

Таким чином, у жінок депресивний стан був більш виражений, ніж у чоловіків, та у матерів групи 1 був вищим за інтенсивністю у порівнянні з опитуваними жінками групи 2.

Обстежені з вираженими депресивними проявами описували психічні та соматичні кореляти депресивного стану у вигляді гіпотимії, відчуття безнадії та краху планів, бажання усамітнитися, відсутність інтересу до будь-чого, виражали скарги на погіршення фізичного самопочуття, порушення сну та зниження апетиту, неможливість сконцентруватися, розгубленість.

Отже, психоемоційний стан батьків дітей з діагностованим новоутворенням характеризувався різними за інтенсивністю проявами тривоги та депресивного стану, які потенційно можуть трансформуватися у клінічно виражені психічні порушення, що обумовлює необхідність організації та важливості надання медико-психологічної допомоги. В даному аспекті завданням медико-психологічної допомоги є нормалізація психоемоційного стану батьків онкохворої дитини, навчання методам саморегуляції психічного стану, підвищення стресостійкості та формування навиків протидії стресу.

Література:

1. Курс лекцій по паллиативної допомоги онкологическим больным

// Под ред. Новикова Г. А., Чиссова В. И., Модникова О. П. – М., 2004. – Т.2. – 486 с.

2. 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.
3. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.
4. Рак в Україні, 2010 – 2011 / 3. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, О. Л. Гулак [та ін.] // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – 2012. - № 13. - 118 с.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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. Altou [and othr.] // Support Care Cancer. – 2011. – Vol. 19. – Issue 5. – P. 591 – 598.
9. Psycho-Oncology / Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. [and oth.]. – Oxford University press, 2010. – 745 p.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДИТИНИ

О. В. ПОНТКОВСЬКА

Психоемоційний стан батьків дітей з доброякісними та злоякісними новоутвореннями характеризується різними за інтенсивністю проявами тривоги та депресії. Психоемоційне напруження у батьків дітей зі злоякісними пухлинами є вищим. Поширеність тривожних та депресивних станів серед батьків онкохворих дітей обумовлює необхідність у організації та проведенні заходів медико-психологічної допомоги.

Ключові слова: психоемоційний стан, родина хворого, дитяча онкологія, медико-психологічна допомога

PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER PATHOLOGY IN PRIMARY HOSPITALIZATION

O. PIONTKOVSKAYA

Psycho-emotional state of parents of children with benign and malignant neoplasms characterized by varying intensity of anxiety and depression. Emotional stress in parents of children with malignant tumors is higher. The prevalence of anxiety and depression among parents of children with cancer necessitates in organizing and conducting activities of psychological care.

Keywords: psycho-emotional state, the family of the patient, pediatric oncology, psychological care

УДК 616.89-021-07-085+614.253

О. О. Хаустова¹, С. Г. Сахно²

МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'Ю В ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії і наркології¹

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця²

Ключові слова: терапевтичний альянс, комплаєнс, психосоматичні захворювання, діагностично-лікувальний континуум, модифікація способу життя

Актуальність. Психосоматичні захворювання (ПСЗ) є групою хворобливих станів, що клінічно проявляються екзацербациєю соматичної патології; формуванням певних симптомокомплексів унаслідок взаємодії соматичних і психічних чинників з представленістю соматизованих психічних порушень; психічними розладами, які віддзеркалюють реакцію людини на появу соматичного

захворювання. В сучасній класифікації захворювань (МКХ-10) ПСЗ виявлені в F45 («соматоформні розлади»), F50 («розлади прийому їжі»), F52 («сексуальна дисфункція»), F54 («психологічні і поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, кваліфікованими в інших розділах»). Хворі із ПСЗ спостерігаються практично лікарями усіх спеціальностей. [1]. Клінічний

Таким чином, у жінок депресивний стан був більш виражений, ніж у чоловіків, та у матерів групи 1 був вищим за інтенсивністю у порівнянні з опитуваними жінками групи 2.

Обстежені з вираженими депресивними проявами описували психічні та соматичні кореляти депресивного стану у вигляді гіпотимії, відчуття безнадії та краху планів, бажання усамітнитися, відсутність інтересу до будь-чого, виражали скарги на погіршення фізичного самопочуття, порушення сну та зниження апетиту, неможливість сконцентруватися, розгубленість.

Отже, психоемоційний стан батьків дітей з діагностованим новоутворенням характеризувався різними за інтенсивністю проявами тривоги та депресивного стану, які потенційно можуть трансформуватися у клінічно виражені психічні порушення, що обумовлює необхідність організації та важливості надання медико-психологічної допомоги. В даному аспекті завданням медико-психологічної допомоги є нормалізація психоемоційного стану батьків онкохворої дитини, навчання методам саморегуляції психічного стану, підвищення стресостійкості та формування навиків протидії стресу.

Література:

1. Курс лекцій по паллиативної допомоги онкологическим больным

// Под ред. Новикова Г. А., Чиссова В. И., Модникова О. П. – М., 2004. – Т.2. – 486 с.

2. 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.
3. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.
4. Рак в Україні, 2010 – 2011 / 3. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, О. Л. Гулак [та ін.] // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – 2012. - № 13. - 118 с.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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. Altou [and othr.] // Support Care Cancer. – 2011. – Vol. 19. – Issue 5. – P. 591 – 598.
9. Psycho-Oncology / Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. [and oth.]. – Oxford University press, 2010. – 745 p.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДИТИНИ

О. В. ПОНТКОВСЬКА

Психоемоційний стан батьків дітей з доброякісними та злоякісними новоутвореннями характеризується різними за інтенсивністю проявами тривоги та депресії. Психоемоційне напруження у батьків дітей зі злоякісними пухлинами є вищим. Поширеність тривожних та депресивних станів серед батьків онкохворих дітей обумовлює необхідність у організації та проведенні заходів медико-психологічної допомоги.

Ключові слова: психоемоційний стан, родина хворого, дитяча онкологія, медико-психологічна допомога

PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER PATHOLOGY IN PRIMARY HOSPITALIZATION

O. PIONTKOVSKAYA

Psycho-emotional state of parents of children with benign and malignant neoplasms characterized by varying intensity of anxiety and depression. Emotional stress in parents of children with malignant tumors is higher. The prevalence of anxiety and depression among parents of children with cancer necessitates in organizing and conducting activities of psychological care.

Keywords: psycho-emotional state, the family of the patient, pediatric oncology, psychological care

УДК 616.89-021-07-085+614.253

О. О. Хаустова¹, С. Г. Сахно²

МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'Ю В ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії і наркології¹

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця²

Ключові слова: терапевтичний альянс, комплаєнс, психосоматичні захворювання, діагностично-лікувальний континуум, модифікація способу життя

Актуальність. Психосоматичні захворювання (ПСЗ) є групою хворобливих станів, що клінічно проявляються екзацербациєю соматичної патології; формуванням певних симптомокомплексів унаслідок взаємодії соматичних і психічних чинників з представленістю соматизованих психічних порушень; психічними розладами, які віддзеркалюють реакцію людини на появу соматичного

захворювання. В сучасній класифікації захворювань (МКХ-10) ПСЗ виявлені в F45 («соматоформні розлади»), F50 («розлади прийому їжі»), F52 («сексуальна дисфункція»), F54 («психологічні і поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, кваліфікованими в інших розділах»). Хворі із ПСЗ спостерігаються практично лікарями усіх спеціальностей. [1]. Клінічний

поліморфізм ПСЗ відображений в етіологічних чинниках різних захворювань (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба, бронхіальна астма, цукровий діабет, ревматоїдний артрит, ожиріння, онкологічні захворювання тощо).

Саме тому поширеність ПСЗ за даними різних дослідників коливається в дуже широких межах, а показники хворобливості зазвичай занижені: пацієнти нерідко випадають з поля зору лікарів (звертаються до знахарів, цілителів тощо). За даними А. Б. Смулевича, висока поширеність ПСЗ складає тільки в загальномедичній практиці – 30,7% серед пацієнтів територіальної поліклініки і 44,8% у стаціонарних відділеннях загальносоматичних лікарень. Отже, висока частота ПСЗ спостерігається серед пацієнтів, що звертаються до лікарів різних спеціальностей.

Психосоматичний характер цих захворювань детермінований багатьма взаємопов'язаними чинниками – біологічними (гемодинамічними, нейрогуморальними, метаболічними), соціальними (якість життя, соціальна забезпеченість) і психологічними (депресивні стани, типологічні особливості реагування на стрес). Останніми роками посилюється інтерес до вивчення особливостей стресорного реагування в сучасному соціумі і проблем емоційного інтелекту, підвищилась якість діагностики прихованих депресивних і тривожних розладів у загальній медичній практиці. Відпрацьовані нові алгоритми і методи терапії таких розладів, але їх розповсюдженість продовжує зростати, що тягне за собою зростання рівня прямих та непрямих економічних витрат: на діагностику і лікування захворювань, на опосередковані наслідки депресій і стресового впливу на здоров'я (втрата працездатності, інвалідизація, утримання членами сім'ї і піклування про хворих, затрати соціальних служб тощо) [2].

Різноманітні ПСЗ об'єднує спільна ознака – поєднання порушень психічної і соматичної сфери. Це обумовлює певні особливості надання медичної допомоги, а саме: тісну співпрацю психіатрів і лікарів загального профілю насамперед у загальносоматичних медичних закладах. Саме тому останнім часом приділяється увага розробці адекватних моделей комунікації лікарів з психосоматичними пацієнтами.

Ефективний лікувальний процес неможливий без досягнення високого рівня взаємного порозуміння і партнерства між лікарем і пацієнтом («терапевтичний альянс») [3]. Якість терапевтичного альянсу безпосередньо впливає на ефективність лікування пацієнтів із ПСЗ. Сучасним показником терапевтичного альянсу є комплаєнс пацієнта. Низький комплаєнс при проведенні терапії відноситься до найважливіших причин розвитку ускладнень соматичних захворювань [4].

Виконання пацієнтом медичних рекомендацій, особливо стосовно медикаментозної терапії, було визнане серйозною проблемою ще у часи Гіппократа, 2400 років назад, [5] а в наш час, у зв'язку із зміною структури патології, ця проблема стала ще більш актуальною [3]. Комплаєнс відображає ступінь, до якого поведінка пацієнта відповідає призначеним медичним рекомендаціям.

Під поведінкою пацієнта розуміється прийом медикаментів, дієта та виконання певних призначених змін способу життя [6].

Відносно медикаментозної терапії комплаєнс визначається, зокрема як ступінь відповідності актуальних дозувань призначеному медикаментозному режиму [3]. Окрім дотримання медикаментозного режиму, комплаєнс може включати своєчасний візит до лікаря і модифікацію способу життя (МСЖ). Було помічено, що підвищення комплаєнсу може вплинути більш позитивно на здоров'я населення, аніж будь-яке вдосконалення методів лікування. [3]

У сучасній медичній літературі існують ще два терміни для позначення правильності виконання хворим рекомендацій лікаря: адхеренс (англ. «adherence» – дотриманість, прихильність) – самостійне рішення пацієнта на узгодження з лікарем призначень і дотримання рекомендованої терапії (Barofsky, 1978). Конкорданс (англ. «concordance» – узгодженість, відповідність) – згода щодо того, коли і як пацієнт має приймати медикаменти, враховуючи особистісні переконання і побажання пацієнта (Medicines Partnership, 2001). Пошук інформації і розробка адекватних моделей комунікації в системі лікар-пацієнт є перспективною темою для кожного фахівця системи охорони здоров'я, практика якого передбачає консультації із пацієнтами.

Враховуючи значимість встановлення терапевтичного альянсу із пацієнтами із ПСЗ для підвищення рівня комплаєнсу і МСЖ, запропоновані різні моделі комунікації з пацієнтами. Однією з таких моделей є мотиваційне інтерв'ю (МІ) – це сучасний клінічний метод, який доцільно використовувати з метою швидкого встановлення терапевтичного альянсу, підвищення рівня комплаєнсу пацієнта, сприянню лікаря і пацієнта до МСЖ. За допомогою використання МІ, лікар здатний забезпечити максимальну адаптацію пацієнта до лікувального процесу за всіма параметрами, що характеризують правильність виконання рекомендацій лікаря (комплаєнс, адхеренс, конкорданс).

Чим швидше та якісніше буде верифіковано відношення пацієнта до лікування – тим швидше можна вплинути і скоректувати його, сформувавши певний емоційний та поведінковий патерн. Тому використання МІ є доцільним при наданні консультацій саме на початку діагностично-лікувального континууму. В своєму арсеналі різних технік і методик, МІ пропонує відкриті запитання, емпатію, рівноправний обмін інформацією, солідарність, автономію, усвідомлення, можливості вибору тощо).

Беручи до уваги існуючі дослідження особливостей комплаєнсу, на прикладі хворих на артеріальну гіпертензію, низький рівень комплаєнсу асоціюється з інтернальним типом суб'єктивного контролю (у 86,8%), низькою особистісною тривожністю (у 68,4%) та неконформними типами особистості (у 81,6%) [7].

Можна зробити висновок, що для підвищення рівня комплаєнсу має сенс організації екстарнального контролю, підвищення рівня тривожності пацієнта: що

часто можна спостерігати під час консультації: коли лікар залякує пацієнта наслідками захворювання. Але низький рівень комплаєнсу також може приймати іншу форму: не тільки, наприклад, як зменшення дозування, аї навпаки, збільшення дозування медикаментів або зменшення інтервалів прийому ліків тощо [3]. Саме перевищення зобов'язань щодо виконання рекомендацій може бути наслідком високої особистісної тривожності і конформним типом особистості. У випадках, якщо хворий усвідомлює небезпеку захворювання, на перших етапах терапії може проявляти високий рівень комплаєнсу, незважаючи на побічні ефекти, тривалість лікування, складність лікувального режиму та економічні витрати. Але за таких умов прихильність до призначеної терапії обумовлена тиском складних психобіологічних обставин, проявів хвороби і страхом інвалідизації або смерті, і може визначатися як патологічний комплаєнс, що не передбачає свідомого рішення щодо МСЖ, і впливатиме на пацієнта таким чином, що буде виснажувати психологічний ресурс. За таких умов залишається висока вірогідність того, що при будь-якому покращенні самопочуття і зменшенні симптомів, нормалізації соматичного стану комплаєнс може знизитись, і подальший процес діагностики, лікування і реабілітації може бути недостатнім. Тому питання адекватного системного підходу у спілкуванні для досягнення оптимального рівня комплаєнсу залишається відкритим.

Пошук такої моделі комунікації, яка буде визначена як не директивна (не підвищує тривожність) і достатньо мотивуюча (усвідомлення небезпеки від захворювання) приводить до МІ.

МІ дає можливість лікарю поєднати три базові стилі комунікації (директивний, підтримуючий, супровід), для досягнення високого терапевтичного альянсу і оптимального рівня комплаєнсу для даної особистості. За методом МІ ми використовуємо три вербальні інструменти: вислуховування, запитування і інформування. В залежності від комбінації трьох вербальних інструментів (вислуховування, запитування і інформування) визначається стиль, який використовує лікар: директивний (більше запитування та інформування), підтримуючий (більше вислуховування та інформування) і супровід (збалансовано інформування, запитування і вислуховування). Здатність правильно, в залежності від ситуації, комбінувати ці стилі й утримання в рамках супровідного стилю комунікації доводить свою ефективність у МІ для підвищення рівня прихильності до терапії хворих із психосоматичними аспектами захворювань. [8]

Мета роботи – встановлення ефективного рівня комунікації із пацієнтами, підвищення рівня прихильності до терапії, МСЖ шляхом впровадження МІ в клінічну практику.

Матеріали і методи. Нами було проведено дослідження психологічного статусу пацієнтів за допомогою «Мультимодальної карти обстеження пацієнтів із ПСЗ»; 4-пунктова шкала прихильності до лікування DARN; таблиця нехтувань здоров'ям. [9]; метод мотиваційних сценаріїв [10]. На основі сформованої моделі

терапевтичних зустрічей з пацієнтом для проведення МІ проводились консультування пацієнтів, що зверталися до лікарні і мали ознаки психосоматичного генезу захворювань [11]. Дослідження проводилось на базі ДКЛ №1 ст. Київ.

Результати. При апробації моделі комунікації «мотиваційна бесіда» виявлена позитивна динаміка у підвищенні рівня прихильності до терапії (у середньому 26,6%). Порівнявши рівень комплаєнсу пацієнтів відзначено, що МІ значно впливає на прихильність пацієнтів до терапії і засвоєння конструктивної поведінки для подолання проблем здоров'я. Це стало підставою для подальшого впровадження розробленої програми на базі для підвищення ефективності терапії шляхом впливу на рівень комплаєнсу пацієнтів. Різні рівні готовності до лікування пацієнтів можуть виявлятися на рівні визнання наявності захворювання (підміна понять і перевищення діагнозу), визнання причин для проведення діагностики і лікування (особисті причини, а не ті, які диктуються ззовні, можуть бути відсутні) і особистої здібності до лікування (зневіра у власні сили). [9]

Другим етапом було застосування МІ із пацієнтами, що мають психосоматичні прояви захворювання безпосередньо в діагностично-лікувальному континуумі з метою встановлення терапевтичного альянсу і МСЖ. На основі власного досвіду і роботи з п'ятьма пацієнтами вироблено базову модель для підвищення мотивації пацієнта на різних рівнях психологічної готовності до лікування. Результати отриманих даних в окремих клінічних випадках вказують на те, що розробка індивідуальних програм з МІ підвищує ефективність і якість лікування пацієнтів із ПСЗ.

Клінічний випадок. Хвора Н., 48 років. Клінічний діагноз: дисциркуляторні зміни в головному мозку (енцефалопатія 2 ступеня з вестибуло-атактичним синдромом, лівостороння пірамідна недостатність, астеноіпохондричний синдром), запалення лівої вії (ячмінь).

Анамнез захворювання: самопочуття погіршилось на фоні стресу (чоловік зловживає алкоголем). Хвора скаржиться на тремтіння в ногах, біль у спині, швидку втомлюваність, запаморочення, підвищений тиск, нудоту, поганий апетит, безсоння. П'ять років тому лікувалася в неврологічному відділенні з діагнозом дисциркуляторні зміни в головному мозку (енцефалопатія 1 ступеня), скаржилась на шум у вухах, погіршення слуху. Для полегшення самопочуття хвора приймає гідазепам, ремекс, барбовал.

Анамнез життя: проживає в місті Бровари. В дитинстві не відставала у розвитку від однолітків. Спадковість не обтяжена. Займається сільським господарством. Проживає із чоловіком і донькою (21 рік). Чоловік зловживає алкоголем і інколи веде себе агресивно. Вважає, що в неї «нервовий зрив» і вона має потребу у відновленні нервової системи.

Соматичний статус: Загальний стан середньої тяжкості. Гармонійна тіло будова, розвиток підшкірно-жирової клітковини в межах норми. Шкірні покриви чисті, звичайної вологості. Набряків немає.

Характеристика проведеного мотиваційного інтерв'ю:

1. Виявлення мішені для лікування, з якої пацієнтка бажала почати терапію. В результаті прояснення, пацієнтка Н. усвідомила, що має в першу чергу вилікувати запалення вії (ячмінь). Після визнання необхідності зняти джерело запалення Н. відмовилась йти до окуліста навіть попри те, що на фоні самостійного лікування запалення залишалося на вії.
2. З метою мотивувати Н. на відвідування офтальмолога і відмови від самостійного лікування застосовано чотирьох-етапну схему опитування (бажання, здатність, наявність об'єктивної причини, прояснення особистої потреби у лікуванні).
3. Після опитування пацієнтка визначила особисті причини мотивації для негайного лікування запалення. Попередньо обговорено, які саме наміри (вилікувати запалення на вії) має пацієнтка після опитування і які перші кроки вона зробить для здійснення цих намірів.

На початку співбесіди пацієнтка виявляла активне протистояння необхідності термінового лікування запалення вії, спираючись на відсутність часу для відвідування кабінету офтальмолога і негативне ставлення до традиційної медицини і медикаментозних препаратів. Важливим зауваженням, Н. було те, що вона втомилася від спілкування з лікарями.

Наступного разу Н. прийшла без запалення на вії (була вилікувана офтальмологом) і налаштована на здійснення подальших кроків діагностики і терапії.

Отже, з пацієнткою був встановлений терапевтичний альянс шляхом недирективного впливу на мотивацію до терапії. Надалі процедура спілкування з пацієнткою займала менше часу. Використовуючи методики МІ з прояснення потреб пацієнта щодо діагностики і лікування, підвищення конкордатності лікування і мотивації на МСЖ сприяло подальшому ходу терапії.

Подальша робота з цією пацієнткою включала проведення додаткових психокорекційних тренінгів. Через 1 рік пацієнтка регулярно спостерігається у терапевта, продовжує трудову діяльність, психоемоційний стан стабілізований, займається улюбленими справами.

Таким чином МІ може однаково успішно використовуватись у системі охорони здоров'я як самостійний метод і як підготовка або доповнення до інших методів терапії. Застосування процедури МІ на початку діагностично-лікувального процесу створює підґрунтя для високого рівня прихильності пацієнта із ПСЗ до терапії. Використовуючи метод МІ, лікар інвестує час в контакт із хворим і сприяє усуненню психологічних факторів, які в майбутньому можуть негативно впливати на лікування пацієнта. Перспективним напрямом є залучення до роботи хворими на ПСЗ медичних психологів, а також розробка та впровадження спеціальних тренінгових програм з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей пацієнта [12], а саме: типу особистості, локусу контролю та рівня тривожності.

Досягнення оптимального рівня комплаєнсу і МСЖ формується на базі опитування пацієнта в рамках

комунікаційного стилю МІ «слідкування» (не директивний і не підтримуючий певних специфічних рішень пацієнта). Розроблена схема проведення консультування має такий вигляд:

1. Визначення мішені для корекції (готовність до діагностики, МСЖ, призначення лікування, регулярність медичних обстежень, готовність лікувати супутні захворювання);
2. Формування терапевтичного альянсу, дотримуючись методу МІ (супровідний стиль комунікації з пацієнтом);
3. Ініціювання розмови з пацієнтом про план діагностики лікування і реабілітації (на основі чотирьох-етапної схеми опитування DARN);
4. Формування адекватного поведінкового патерну пацієнта (наміри і перші кроки);
5. Підвищення рівня комплаєнсу і МСЖ.

Висновки. Впровадження мотиваційної бесіди в процес надання комплексної медико-психологічної допомоги для пацієнтів із психосоматичним захворюванням з метою підвищення рівня прихильності до терапії є доцільним і дієвим. Перспективним напрямом є залучення до роботи з хворими на ПСЗ медичних психологів, а також розробка та впровадження спеціальних тренінгових програм з урахуванням особистісної мотивації пацієнта, яку можна дослідити за допомогою МІ. Впровадження МІ на початку діагностично-лікувального континууму з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів сприяє досягненню оптимальної прихильності до лікування, ефективному контролю захворювання та покращенню прогнозу одужання.

Література:

1. «Классификация болезней в психиатрии и наркологии». Пособие для врачей. Под редакцией М. М. Милевского. М.: Издательство «Триада-X», 2009 – 184 стр.
2. Dawson A, Tylee A. Depression – Social and economic timebomb. London: BMJ Publishing Group, 2001.
3. Табачников А. Е., Абдрахимова Ц. Б., Основы клинической психологии (учебное пособие). – Донецк: ДонГУЭТ, 2006. – 266 с.
4. С. Глузман Основні причини високого рівня смертності в Україні // *Новості медицини і фармації в Україні*. – №22 (350) декабрь 2010. – С. 8-11.
5. Compliance in Health Care/ R. B. Haynes, D. W. Taylor, D. L. Sackett // *The Johns Hopkins University Press: Baltimore*, 1979. – p. 1-7
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
7. К. М. Амосова, Л. Є. Трачук, Н. В. Береза, Ю. В. Руденко Зв'язок комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії з психологічними чинниками особистості // *Серце і судини*. – 2012. – №1 (37). – с. 85-92
8. Rollnik, S. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior / S. Rollnik, W.R. Miller, C. C. Butler. – London: Galford Press, 2008. – 210 p. – ISBN 13978-1-59385-613-7
9. Mellor, K. Discounting / K. Mellor, E. Sigmund // *Transactional Journal*. – 1975. № 5 (3). p. 295-302.
10. Метод определения мотивационных сценариев для выбора оптимального взаимодействия психотерапевта и пациента и планирования психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах (методические рекомендации). – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2011. – с. 31
11. Хаустова О. О., Сахно С. Г., Мотиваційне інтерв'ю у практиці лікаря-психолога // *Український науково-медичний молодіжний*

МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'Ю В ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

О. О. Хаустова, С. Г. Сахно

Розробка моделей комунікації для підвищення комплаєнсу обумовлена тим, що низький комплаєнс – одна з головних причин розвитку ускладнень захворювань і інвалідизації населення.

Мета роботи – впровадження мотиваційного інтерв'ю (МІ) в клінічну практику лікаря-психолога для встановлення ефективного рівня комунікації із пацієнтами, підвищення рівня прихильності до терапії, модифікації способу життя (МСЖ).

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі ДКЛІ №1. Використовувались базові методи дослідження: 4-пунктова шкала прихильності до лікування DARN; таблиця нехтувань здоров'ям Discounting; метод мотиваційних сценаріїв.

Результати та обговорення. При застосуванні мотиваційної бесіди в діагностично-лікувальному континуумі виявлена позитивна динаміка у підвищенні рівня прихильності до терапії (у середньому 26,6%). Вироблено базову модель для підвищення мотивації пацієнта на різних рівнях психологічної готовності до лікування, яка значно впливає на прихильність пацієнтів до терапії і засвоєння конструктивної поведінки для подолання проблеми.

Висновки. Впровадження МІ сприяє досягненню оптимальної прихильності до лікування, ефективному контролю захворювання та покращенню прогнозу одужання. МІ може однаково успішно використовуватись у системі охорони здоров'я як самостійний метод і як підготовка або доповнення до інших методів терапії.

Ключові слова: терапевтичний альянс, комплаєнс, психосоматичні захворювання, діагностично-лікувальний континуум, модифікація способу життя

MOTIVATIONAL INTERVIEW IN DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS WITH PSYCHOSOMATIC PATIENTS

Е. КHAUSTOVA, S. SACHNO

Development of models of communication to improve compliance is due to the fact that the low compliance is one of major cause of mcomplications of diseases and disability of population. Purpose – to integrate motivational interview (MI) in clinical practice medical psychologists to establish an effective level of communication with patients, improve adherence to therapy, to change patients behavior.

Materials and methods. The study was conducted at the Railway Hospital №1. The basic methods used: 4-items scale adherence to treatment DARN; Table of health neglect Discounting; method of motivational scenarios communication. Results and discussion. Using motivational interview in diagnostic and therapeutic process revealed a positive dynamic – increasing adherence to therapy (average 26.6%). Developed basic model for increasing patient motivation at different levels of psychological readiness for therapy, which significantly affects patients' adherence to therapy and learning constructive behavior to overcome the health problem.

Conclusions. Integrating MI contributes to optimal treatment compliance, effective control of the disease and improve the prognosis of recovery. MI can be used in the health care system as an independent method and as to prepare and supplement to other therapies.

Keywords: therapeutic alliance, compliance, psychosomatic diseases, diagnostic and therapeutic process, changing behavior

УДК 616.89

Н. М. Степанова

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ

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

Ключові слова: геронтологія, старіння, похилий вік, соціально-психологічна робота

Актуальність дослідження. В Україні, як і в багатьох інших розвинутих країнах, зберігається тенденція до вікових змін у бік зростання частки літніх людей. За даними інституту демографії в Україні нараховується 11 млн. людей похилого віку, тобто кожний п'ятий житель України досяг 60-річного віку (20,4%), а у 2025 році передбачається збільшення до 21%. Для порівняння, у 1994 році число людей 65 років і старше становило 14% [2]. Збільшення кількості людей похилого віку нині та подовження тривалості їх життя вимагає підвищеної уваги до даної категорії громадян та вирішення різноманітних проблем, які пов'язані з їх життєдіяльністю, а саме: зростання хронічних та психічних захворювань, а звідси, періоду їх безпомічного існування; проблем соціального та психологічного характеру тощо.

Аналіз літературних джерел свідчить про те, що проблемі підвищення ефективності соціально-психологічної роботи з людьми похилого віку приділяється велика увага з боку науковців, серед яких можна зазначити:

М. П. Лукашевича, І. Г. Зайнишева, Л. Т. Тюптю, Є. І. Холостову, В. М. Шахрая та ін. [5; 7; 10–12]. Однак, незважаючи на значну діяльність спеціалістів у даному напрямі, питання належної організації соціально-психологічної роботи для людей похилого віку і досі залишається до кінця не вирішеним. Люди похилого віку потребують підтримки, захисту, допомоги та піклування для того, щоб повноцінно функціонувати в суспільстві, не бути ізольованими від суспільства і не стати тягарем для оточуючих. Саме тому необхідно працювати і вдосконалювати діяльність у сфері соціально-психологічної роботи з людьми похилого віку, розробляти нові принципи, форми та методи роботи з цією категорією українського суспільства.

Метою нашого огляду літературних джерел було вивчити, теоретично обґрунтувати найбільш актуальні аспекти соціально-психологічної роботи з людьми похилого віку.

Виклад основного матеріалу. Підвищений інтерес до глибокого усвідомлення процесу старіння і

МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'Ю В ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

О. О. Хаустова, С. Г. Сахно

Розробка моделей комунікації для підвищення комплаєнсу обумовлена тим, що низький комплаєнс – одна з головних причин розвитку ускладнень захворювань і інвалідизації населення.

Мета роботи – впровадження мотиваційного інтерв'ю (МІ) в клінічну практику лікаря-психолога для встановлення ефективного рівня комунікації із пацієнтами, підвищення рівня прихильності до терапії, модифікації способу життя (МСЖ).

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі ДКЛІ №1. Використовувались базові методи дослідження: 4-пунктова шкала прихильності до лікування DARN; таблиця нехтувань здоров'ям Discounting; метод мотиваційних сценаріїв.

Результати та обговорення. При застосуванні мотиваційної бесіди в діагностично-лікувальному континуумі виявлена позитивна динаміка у підвищенні рівня прихильності до терапії (у середньому 26,6%). Вироблено базову модель для підвищення мотивації пацієнта на різних рівнях психологічної готовності до лікування, яка значно впливає на прихильність пацієнтів до терапії і засвоєння конструктивної поведінки для подолання проблеми.

Висновки. Впровадження МІ сприяє досягненню оптимальної прихильності до лікування, ефективному контролю захворювання та покращенню прогнозу одужання. МІ може однаково успішно використовуватись у системі охорони здоров'я як самостійний метод і як підготовка або доповнення до інших методів терапії.

Ключові слова: терапевтичний альянс, комплаєнс, психосоматичні захворювання, діагностично-лікувальний континуум, модифікація способу життя

MOTIVATIONAL INTERVIEW IN DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS WITH PSYCHOSOMATIC PATIENTS

Е. КHAUSTOVA, S. SACHNO

Development of models of communication to improve compliance is due to the fact that the low compliance is one of major cause of mcomplications of diseases and disability of population. Purpose – to integrate motivational interview (MI) in clinical practice medical psychologists to establish an effective level of communication with patients, improve adherence to therapy, to change patients behavior.

Materials and methods. The study was conducted at the Railway Hospital №1. The basic methods used: 4-items scale adherence to treatment DARN; Table of health neglect Discounting; method of motivational scenarios communication. Results and discussion. Using motivational interview in diagnostic and therapeutic process revealed a positive dynamic – increasing adherence to therapy (average 26.6%). Developed basic model for increasing patient motivation at different levels of psychological readiness for therapy, which significantly affects patients' adherence to therapy and learning constructive behavior to overcome the health problem.

Conclusions. Integrating MI contributes to optimal treatment compliance, effective control of the disease and improve the prognosis of recovery. MI can be used in the health care system as an independent method and as to prepare and supplement to other therapies.

Keywords: therapeutic alliance, compliance, psychosomatic diseases, diagnostic and therapeutic process, changing behavior

УДК 616.89

Н. М. Степанова

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ

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

Ключові слова: геронтологія, старіння, похилий вік, соціально-психологічна робота

Актуальність дослідження. В Україні, як і в багатьох інших розвинутих країнах, зберігається тенденція до вікових змін у бік зростання частки літніх людей. За даними інституту демографії в Україні нараховується 11 млн. людей похилого віку, тобто кожний п'ятий житель України досяг 60-річного віку (20,4%), а у 2025 році передбачається збільшення до 21%. Для порівняння, у 1994 році число людей 65 років і старше становило 14% [2]. Збільшення кількості людей похилого віку нині та подовження тривалості їх життя вимагає підвищеної уваги до даної категорії громадян та вирішення різноманітних проблем, які пов'язані з їх життєдіяльністю, а саме: зростання хронічних та психічних захворювань, а звідси, періоду їх безпомічного існування; проблем соціального та психологічного характеру тощо.

Аналіз літературних джерел свідчить про те, що проблемі підвищення ефективності соціально-психологічної роботи з людьми похилого віку приділяється велика увага з боку науковців, серед яких можна зазначити:

М. П. Лукашевича, І. Г. Зайнишева, Л. Т. Тюптю, Є. І. Холостову, В. М. Шахрая та ін. [5; 7; 10–12]. Однак, незважаючи на значну діяльність спеціалістів у даному напрямі, питання належної організації соціально-психологічної роботи для людей похилого віку і досі залишається до кінця не вирішеним. Люди похилого віку потребують підтримки, захисту, допомоги та піклування для того, щоб повноцінно функціонувати в суспільстві, не бути ізольованими від суспільства і не стати тягарем для оточуючих. Саме тому необхідно працювати і вдосконалювати діяльність у сфері соціально-психологічної роботи з людьми похилого віку, розробляти нові принципи, форми та методи роботи з цією категорією українського суспільства.

Метою нашого огляду літературних джерел було вивчити, теоретично обґрунтувати найбільш актуальні аспекти соціально-психологічної роботи з людьми похилого віку.

Виклад основного матеріалу. Підвищений інтерес до глибокого усвідомлення процесу старіння і

осмислення його наслідків для сфер життєдіяльності, включаючи сфери політики, економіки, медицини, суспільно соціальних інститутів привернув увагу до зародження соціальної геронтології [1]. Геронтологи вважають, що період старості є заключним періодом вікового індивідуального розвитку, що настає закономірно. Тому період старості часто називають геронтогенезом (грец. *geron* – стара людина і *genesis* – походження). Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я до похилого віку відноситься населення у віці від 60 до 74 років, від 75 до 89 років – до старого, а 90 років і більше – до довгожителів [2]. В Україні під визначенням «людина похилого віку» часто розуміють особу, яка досягла пенсійного віку.

Характерною ознакою цього періоду є генетично зумовлений процес старіння, який проявляється в змінах в організмі та психіці, послабленні їх функціонування. Ці перетворення, а також соціально-психологічні фактори суттєво впливають на особистісну сферу, поведінку, спосіб життя старої людини [8].

Слід зауважити, що до проблем старості та її визначення вчені і практики підходили і підходять з різних точок зору: біологічної, фізіологічної, психологічної, функціональної, хронологічної, соціологічної та ін. А звідси і специфіка рішення проблем суспільного й соціального стану, ролі і місця в родині, в організації соціального забезпечення й обслуговування, соціальної реабілітації, соціального піклування над людьми похилого віку. Зміна соціального статусу людини в старості, як показує практика насамперед негативно позначається на її моральному та матеріальному становищі, негативно впливає на психічний стан, знижує опірність до захворювань і адаптацію до змін навколишнього середовища.

Таким чином, старість як період життя людей вбирає в себе багато основних проблем як медичної сфери, так і соціально-психологічної. Це пояснюється тим, що люди похилого віку належать до категорії «мало мобільного» населення і є найменш захищеною, соціально вразливою частиною суспільства. Насамперед це пов'язано з фізичним станом, із захворюваннями, зі зниженою руховою активністю. Крім цього, соціальна незахищеність людей похилого віку пов'язана з наявністю у багатьох із них психічних розладів, що позначається на їхньому ставленні до суспільства, й ускладнює адекватний контакт з ним [9].

Звичайно, з віком потреба в медичній допомозі збільшується. В період природного старіння організму проявляється ряд хронічних захворювань, зростає кількість людей, які потребують постійного медичного нагляду, допомоги кардіологів, невропатологів, геронтологів. Цивілізованість суспільства визначається, зокрема, і тим, наскільки широка мережа спеціальних поліклінік, лікарень, будинків відпочинку й санаторіїв для людей похилого віку [2; 7].

У вітчизняній науковій літературі традиційні форми соціальної роботи з людьми похилого віку зводились до реабілітації (медичної чи соціальної, яку часто надають

у великих стаціонарних закладах) та соціальної допомоги. При цьому соціальна допомога людям похилого віку досить часто була спрямована на задоволення потреб у самообслуговуванні, здійснення якого неможливе або ускладнене внаслідок втрати людиною чи обмеження тих або інших функцій [8].

На основі вивчення зарубіжного досвіду різних структур соціальної сфери з надання допомоги людям похилого віку дало змогу створити в Україні розгалужену мережу соціальних служб, перепрофілювати діяльність структурних підрозділів Міністерства праці та соціальної політики України, розширити компетенції інших відомств цієї сфери, зокрема, органів Міністерства охорони здоров'я. Органи охорони здоров'я надають людям похилого віку лікувально-профілактичну допомогу, забезпечують встановлення відповідних груп інвалідності, а також надання медичних та лікарських засобів.

В останні роки медико-соціальна робота розглядається як новий вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, соціально-психологічного, педагогічного і правового характеру, спрямованої не тільки на відновлення, але і збереження, і зміцнення здоров'я. Вона принципово змінює існуючий підхід до охорони здоров'я, тому що припускає системний медико-соціальний вплив на більш ранніх етапах розвитку хворобливих процесів, що потенційно ведуть до важких ускладнень, інвалідизації і летального результату. Таким чином, медико-соціальна робота набуває не тільки виражену реабілітаційну, але і профілактичну спрямованість, що має особливе значення для літніх людей. Метою медико-соціальної роботи є досягнення оптимально можливого рівня здоров'я, функціонування й адаптації осіб літнього віку, осіб з фізичною і психічною патологією, а також соціально несприятливих.

Належна медична допомога являється основою для організації ефективної соціально-психологічної роботи, яка спрямована на підтримку та покращення психологічного стану літньої людини.

Соціально-психологічна робота з людьми похилого віку – багатопланова і багатоаспектна. Вона торкається таких сфер життєдіяльності, як здоров'я, фінансів, організації дозвілля, подолання криз, формування «Я-концепції», і тут вирішального значення для соціальних працівників набувають знання про психологічні особливості людей даного віку, їх потреби та можливості.

Ряд авторів вважають, що при організації соціально-психологічної роботи з особами даної вікової категорії слід використовувати концепцію селективної оптимізації життєдіяльності людей похилого віку з компенсацією соціальних амортизаторів [6; 7; 11]. Вона базується на розрізненні нормального, патологічного і оптимального процесу старіння.

На основі названої концепції з людьми похилого віку практична діяльність складається з трьох основних елементів.

По-перше, селекції, що розуміється як пошук основних чи стратегічно важливих елементів життєдіяльності людини похилого віку, які були втрачені з віком.

Йдеться про те, щоб індивідуальні потреби були приведені у відповідність із реальною дійсністю, що дало б змогу індивіду отримувати відчуття задоволення від свого повсякденного життя та контролювати його.

По-друге, виходячи з оптимізації, яка полягає в тому, що людина похилого віку, завдяки сприянню кваліфікованого спеціаліста з соціальної роботи, знаходить для себе нові резервні можливості, оптимізує своє життя як у кількісному, так і в якісному відношеннях.

По-третє, виходячи із компенсації, яка полягає у створенні додаткових джерел, що компенсують вікову обмеженість в адаптивному процесі, у використанні нових сучасних технологій, які поліпшують пам'ять, компенсують втрату слуху [5].

У старості, як і в будь-якому віці, життя людини не усвідомлюється без суспільних відносин. Зміст існування в цьому суспільстві зводиться до того, щоб бути йому корисним. Бездіяльність у старості сприймається як відмова від індивідуальності. Обмеження з віком фізичних можливостей, відповідно відображається і в психічній сфері похилої людини, визначаючи таким чином власну точку зору на своє місце в суспільстві. Цей фактор є важливою умовою формування в старості нової життєвої позиції, яка направлена на відмову від минулих спрямувань, соціальної активності та затвердження у новій соціальній ролі. Формування нової життєвої позиції має свій активний початок.

Для даної вікової категорії можна виокремити три групи завдань: природно-культурні (збереження життєвої активності й здорового способу життя); соціально-культурні (збереження й переорієнтація соціальної активності та пізнавальних інтересів), соціально-психологічні (прояв почуття задоволення прожитим життям, почуття виконаного обов'язку), які покладені в основу практичної діяльності соціальної роботи [4].

Соціально-психологічна робота виконує такі функції:

- діагностична: вивчення, аналіз та оцінка життєвого поля клієнта (індивіда, групи, громади), оцінка результатів, досягнутих у процесі роботи;
- прогностична: розробка послідовного плану розв'язання проблеми клієнта або соціальної проблеми в суспільстві з урахуванням можливих альтернатив, перспектив і варіантів змін;
- організаторська: діяльність соціальної служби та її працівників щодо забезпечення взаємодії всіх учасників та установ, залучених до роботи з клієнтом;
- комунікативна: встановлення, продовження й припинення необхідних професійних контактів, обмін інформацією;
- правозахисна: використання законів та правових норм для забезпечення прав і інтересів клієнтів;
- превентивна: запобігання виникненню негативних життєвих колізій у окремих індивідів і груп ризику;
- коригуюча: конструктивні зміни в мікросоціумі та системі життєзабезпечення людини;
- соціально-економічна – задоволення матеріальних інтересів і потреб бідних клієнтів [3].

Соціально-психологічна робота з людьми похилого віку завжди вважалась і вважається однією з найважливіших

у психологічному плані. Тому соціальні працівники повинні мати універсальну підготовку щодо всіх аспектів життя людей похилого віку, усвідомлювати величезну кількість психологічних, психопатологічних, соматичних, морально-етичних проблем, особливості психіки літньої людини, матеріальні та духовні потреби, і в цій роботі спиратися на науку, дані соціологічних, соціально-психологічних, соціально-економічних та інші дослідження.

Точне і повне знання особливостей впливу соціально-психологічних і біологічних факторів на процес старіння особистості дасть змогу цілеспрямовано змінити умови, спосіб життя людей похилого віку таким чином, аби сприяти оптимальному функціонуванню їх особистості і формами та методами соціальної роботи здійснювати стримуючий вплив на процес їх старіння.

Нині, піклуючись про людей похилого віку, держава створює системи соціального забезпечення в Україні (будинки-інтернати для людей похилого віку, геріатричні пансіонати, пансіонати для ветеранів війни та праці). Основними видами соціального забезпечення в Україні є пенсії, соціальні допомоги, соціальне обслуговування.

Люди похилого віку мають право на повноцінне життя. І це стає можливим лише в тому випадку, якщо вони самі беруть активну участь у вирішенні питань, що їх безпосередньо стосуються. Важливу роль у вирішенні подібного роду завдань у нинішній час відіграють групи взаємодопомоги. Це невеликі, прив'язані до певного місця проживання групи, члени яких, маючи загальні проблеми, допомагають один одному. Такі групи, як свідчить практика, складаються з 5–7 осіб, які живуть поблизу і мають періодичні контакти [5].

Таким чином, при існуючій динаміці зростання числа людей похилого віку в суспільстві, соціально-психологічна робота з цієї категорією є необхідною для їх повноцінного функціонування та запобігання розвитку економічних, побутових, психологічних та духовних проблем. Тому варто, щоб соціально-психологічна робота в даному напрямі розвивалась, удосконалювалась та набувала більших обсягів, які охоплювали б усі сфери життєдіяльності людини похилого віку, а це дало б змогу підвищити активність цієї вікової групи, зменшити їх ізоляцію від суспільства та деградацію як суспільно корисних громадян, які можуть розвиватися. Саме тому соціально-психологічна робота має бути спрямована на підтримку, супровід, захист, допомогу та піклування про людей похилого віку.

Література:

1. Александрова М. Д. Старение: социально-психологический аспект // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М.: Академия, 2003. – С. 177-182.
2. Безруков В. В., Чайковська В. В. та ін. Шляхи підвищення якості і доступності надання первинної медичної допомоги людям літнього і старечого віку (огляд літератури та власних досліджень) // «Журн. АМН України». – 2007. – Т. 13, № 2. – С. 291-305.
3. Буряя Н. П. Соціальна робота: Навч. посіб. – Х.: Ун-т внутр. справ, 1996. – 104 с.
4. Бурлака В. В. Введення у соціальну роботу / К.: 2001 р., 321 с.
5. Зайнішиєв І. Г. Технология социальной работы: учеб. пособие. [для студ. ВУЗ.] / М., 2002. – 215 с.

6. Коленіченко Т. І. Соціальна робота з людьми похилого віку (форми соціальної допомоги; обов'язки соціального працівника) / Соціальна педагогіка: теорія та практика 2011 р. № 4 Т. І. – С. 20-25
7. Лукашевич М. П., Семігіна Т. В. Соціальна робота (теорія та практика) [Текст]: підруч. для студ. вищ. навч. закл. / К.: Каравела, 2011. – 367 с.
8. Макаренко О. М. та ін. Психологічні особливості роботи з людьми похилого віку / Архів психіатрії. – 2012 р. Т. 18. № 3 – С. 86-91.
9. Пинчук І. Я. К вопросу об организации медико-социальной помощи людям с психическими расстройствами / Журнал психіатрії та медичної психології. – 2009. – № 1 (21). – С. 40-43
10. Тюптя Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота: теорія і практика : навч. посібн. [для студ. вищ. навч. закл.] / Л. Т. Тюптя. І. Б. Іванова. – К. : Знання, 2008. – 574 с.
11. Холостова Є. І. Соціальна робота, теорія та практика: навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / М. : 2001. – 175 с.
12. Шахрай В. М. Технології соціальної роботи: навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / К: Центр навчальної літератури, 2006. – 464 с.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Н. М. СТЕПАНОВА

В статье рассматривается социально-психологическая работа с людьми пожилого возраста. Анализируются некоторые аспекты, сопровождающие жизнь людей пожилого возраста. Описываются принципы и формы социально-психологической работы, которые направлены на эту категорию украинского общества.

Ключевые слова: геронтология, старение, преклонный возраст, социально-психологическая работа

ACTUAL ASPECTS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL WORK WITH ELDERLY AGE PEOPLE

N. M. STEPANOVA

The article discusses of social and psychological work with older people. Some aspects are analyzed to that accompany the life of older people. Characterized by the principles and forms of social and psychological work aimed at this category of Ukrainian society.

Keywords: gerontology, senescence, declining years, social and psychological work.

УДК 616.89-03705.192-05.47

И. С. Рыткис

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРАТЕГИЙ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ, ДОМИНИРУЮЩИХ МОТИВОВ КУРЕНИЯ И НЕКОТОРЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ С ПРИВЫЧНЫМ КУРЕНИЕМ И НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

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

Ключевые слова: студенты, табакокурение, копинг-стратегии, личностные особенности, мотивы курения, табачная зависимость

Состояние здоровья студентов ВУЗов привлекает все большее внимание специалистов различных областей медицины. Напряженный темп жизни и учебы предъявляет повышенные требования к компенсаторным механизмам психики, срыв которых приводит к возникновению стресса [1; 3].

Юношеский возраст, в котором находится большинство студентов, является кризисным, так как ставит перед индивидом наиболее сложные из возникающих проблем в течение жизни. Они заключаются в совладании с происходящими соматическими, психологическими, социальными изменениями в их организме, а также с реакциями социума на них и в адаптации к ним [2; 4-5]. Кризис возраста осложняется для студентов особенностями их жизненной ситуации и деятельности – ломкой привычных стереотипов жизни и учебы, сочетающейся с частой материальной и бытовой неустроенностью, неопределенностью социального статуса, интенсивной умственной работой и периодическими экзаменационными стрессами [4]. Умение успешно справляться с состоянием стресса, сведение к минимуму его негативного влияния, формирование устойчивых способов защитного поведения именно в этот жизненный период, выступают в качестве ресурсов психологического преодоления трудностей [5; 9].

В современной психологии и психиатрии все большее внимание уделяется не только патогенным, но и защитным факторам, противодействующим заболеванию или дезадаптации. К ним относятся механизмы «совладания» или копинг-поведение. Согласно подходу, разработанному R. Lazarus и S. Folkman [10], «копинг» – индивидуальный осознанный способ совладания субъекта с затруднительной ситуацией в соответствии с ее значимостью в жизни индивида и его личностно-средовыми ресурсами, направленными на ослабление влияния стресса.

Ситуация с употреблением сигарет в среде студенческой молодежи высших учебных заведений является катастрофичной – курят большинство молодых людей до 25 лет, и эта цифра с каждым годом только увеличивается

[6], что, в свою очередь, дает основание предположить наличие взаимосвязи между неумением личности совладать со стрессом и развитием дезадаптивного копинг-поведения, одним из вариантов которого является курение.

Решение задач по психопрофилактике, психокоррекции и психотерапии табакокурения и табачной зависимости невозможно без глубокого и всестороннего изучения особенности личности курящего, структуры его психологической защиты, стилей и стратегий совладающего со стрессом поведения, что обуславливает важность настоящего исследования.

Целью нашей работы явилось изучение стилей и стратегий совладающего со стрессом поведения курящих студентов, а также влияние некоторых личностных особенностей на формирование копинг-поведения.

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 Фагерстрема [11]; для уточнения мотивации курения – методика Д. Хорна (D. Horn, 1969) [12].

Для реализации цели исследования нами использован комплекс психодиагностических методик: самооценка психического состояния по Г. Айзенку [8], определение стрессоустойчивости и социальной адаптации по Холмсу и Page [8], а также «Опросник о способах копинга» (Lazarus R. S., Folkman S., адаптация Л. П. Вассермана, 1988) [10].

При исследовании курящих студентов с помощью «Опросника о способах копинга» оценивали степень использования курящими студентами таких стратегий преодоления стрессовых ситуаций, как конфронтационный копинг, дистанцирование, стратегия на принятия ответственности самоконтроля, поиск социальной поддержки, стратегия избегания, стратегия планирования решения проблемы, самоактуализации.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась в пакетах статистического анализа MedStat (Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, 2004) [7], Statistica Neural Networks 4.0 (StatSoft Inc., 1999).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что 1449 (из 2500 чел.) студентов ($57,9 \pm 0,9\%$) Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького и Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова подтвердили табакокурение, которое представлено в двух различных клинических разновидностях: привычное курение 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 его контролировать и повышением переносимости дозы 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 были глубокими и более продолжительными по времени.

Анализируя типы поведения курильщиков, нами получены следующие результаты: у большинства из них диагностировали смешанный тип ($72,1 \pm 1,5\%$), при этом у $50,5 \pm 1,7\%$ молодых людей доминировал мотив «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 никотина, выявленный у $50,5 \pm 1,7\%$ студентов, указывает на тот факт, что курение в молодом возрасте тесно связано со стрессовыми ситуациями: для того, чтобы справиться с раздражением, гневом, преодолеть застенчивость, снизить эмоциональное напряжение, а также получить поддержку и одобрение окружающих. 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 ($63,5 \pm 1,2\%$).

При исследовании конституционально-обусловленных особенностей эмоционального состояния курящих студентов – тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности – с помощью методики Г. Айзенка нами было выявлено, что высокий уровень тревожности ($18 \pm 0,2$ баллов) был характерен для $54,6 \pm 2,8\%$ и средний ($11 \pm 0,3$ баллов) – для $34,5 \pm 2,7\%$ курящих студентов с начальным этапом формирования табачной зависимости. Для них было свойственно: демонстративность, мнительность, впечатлительность, повышенная 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 ($72,3 \pm 2,1\%$) нами выявлен 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 начальными проявлениями табачной зависимости, в то время как у лиц с привычным курением он оказался средним ($9 \pm 0,6$ баллов, $72,4 \pm 2,3\%$). У курящих студентов с выраженным состоянием фрустрации чаще встречали депрессивное поведение, тревожность, фрустрационную агрессию, которая была направлена и на самих себя, и на окружающих. Более высокий уровень агрессивности демонстрировали молодые курильщики на 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 у курящих лиц на начальном этапе формирования никотиновой зависимости. Так, высокого уровня ригидность ($19 \pm 0,3$ баллов) наблюдалась у $33,5 \pm 2,8\%$ исследуемых 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 он 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 были характерны высокий уровень тревожности и фрустрации, которые свидетельствуют о низком уровне у них адаптации. Повышение тревоги сопровождалось нарастанием внутреннего напряжения и необходимости выхода из него. 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 начальными проявлениями табачной зависимости ($60,5 \pm 1,3\%$) выявлен значительно сниженный уровень стрессоустойчивости.

Исследование ситуационно-специфических копинг-стратегий, представляющих собой актуальные ответы личности на повседневные стрессовые ситуации, проводилось нами с помощью «Опросника о способах копинга». Так, среди преобладающих стратегий

преодоления стресса у студентов с привычным курением оказались конструктивные копинг-стратегии: «Принятие ответственности» ($78,5 \pm 1,3\%$), отражающая определенную степень зрелости и самостоятельности личности; «Положительная переоценка» ($73,2 \pm 1,7\%$) - отражающая способность личности путем когнитивной переработки актуальной стрессовой (негативной) ситуации увидеть в ней положительные стороны, найти приемлемые способы существования в неприятных жизненных обстоятельствах и «Планирование решения проблемы» ($63,8 \pm 1,1\%$).

В группе курящих студентов с инициальным этапом формирования никотиновой зависимости среди предпочитаемых оказались неконструктивные дезадаптивные копинг-стратегии, а именно: «Дистанцирование» ($83,4 \pm 1,3\%$ студентов), «Конфронтативный копинг» ($62,5 \pm 1,7\%$), а также «Бегство» ($57,6 \pm 1,9\%$), что отражает склонность к мысленным стремлениям и поведенческим усилиям, направленным на избегание или бегство от решения проблем, а также показывает стремление к когнитивным усилиям по отделению от ситуации и уменьшению ее значимости. Кроме того, использование «Конфронтативного копинга» у курящих студентов с инициальным этапом формирования никотиновой зависимости свидетельствует о наличии агрессивных тенденций, направленных на изменение ситуации, что предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску.

Менее популярной в репертуаре копинг-стратегий у курящих студентов с инициальным этапом формирования никотиновой зависимости является адаптивный копинг-механизм – «Поиск социальной поддержки» ($17,8 \pm 3,3\%$), который предполагает и находит подтверждение в отечественных исследованиях: преодоление проблемы с помощью усилий в поиске информационной и эмоциональной поддержки социальных сетей. Выявленные нами копинг-стратегии «Самоконтроль» ($12,3 \pm 4,2\%$) и «Принятие ответственности» ($7,8 \pm 4,3\%$) у этой группы курящих студентов являются также редко используемыми, что свидетельствует о снижении и перераспределении активности студентов и склонности снимать с себя ответственность в решении своих проблем.

Проведенное исследование механизмов совладания со стрессом подтверждает гипотезу о том, что несмотря на достаточно широкий репертуар таких механизмов, студенты с привычным курением преимущественно используют адаптивные формы копинг-стратегии («Принятие ответственности», «Самоконтроль», «Планирование решения проблемы», «Поиск социальной поддержки»). Эти формы копинг-стратегий являются успешными и направлены на анализ возникших проблем и путей выхода из них, на повышение самоконтроля и самооценки, усиливающих уверенность в возможности совладания с ситуацией угрозы и психологическое благополучие индивида. Кроме того, студенты с привычным курением наиболее часто используют проблемно-решающее поведение в стрессовых ситуациях, что ведет к более успешной адаптации. Анализируя результаты, полученные

в группе курящих студентов с инициальным этапом формирования никотиновой зависимости, мы обнаружили, что они крайне редко используют адаптивную копинг-стратегию «Планирование решения проблемы» и относительно адаптивный копинг «Положительная переоценка», что обусловлено их низкой способностью этих лиц к положительной переоценке ситуации с фокусированием на росте собственной личности, несостоятельностью к планированию решения проблемы, а также низкой способностью к мобилизации проблемно-ориентированных усилий по изменению ситуации. Преобладание в репертуаре этой группы курящих студентов дезадаптивных копинг-стратегий приводит не к разрешению проблем, а к накоплению и постепенной хронизации внутреннего напряжения, что способствует общему снижению толерантности к стрессу.

С целью уточнения взаимосвязи доминирующих копинг-стратегий с мотивами инициации и продолжения курения среди студенческой молодежи, а также некоторыми конституционально-обусловленными особенностями эмоционального состояния курящих студентов нами был проведен корреляционный анализ. Он позволил выявить достоверно значимые связи между выраженностью табачной зависимости, типом курительного поведения и уровнем стрессоустойчивости, доминирующими стратегиями совладающего со стрессом поведения и показателями методики самооценки психических состояний по Г. Айзенку.

Нами выявлена значимая положительная корреляционная связь между выраженностью табачной зависимости на инициальном этапе ее формирования у студентов и преобладанием дезадаптивных копинг-стратегий («Дистанцирование» ($r=0,263$ при $p=0,0005$), «Конфронтативный копинг» ($r=0,282$ при $p=0,003$) и «Бегство» ($r=0,338$ при $p=0,008$), 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 такими копинг-стратегиями, как «Конфронтативный копинг» ($r=0,318$ при $p=0,0239$) и «Бегство» ($r=0,371$ при $p=0,0014$), 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, для большинства курящих студентов характерны высокий уровень тревожности и фрустрации, которые свидетельствуют о низком уровне их адаптации. Повышение тревоги сопровождается

нарастанням внутрішнього напруження, необхідність вихода з якого веде до зацікавленості психологічних захисних механізмів (витеснення, заміщення, раціоналізації, проєкції і др.). Причому, курячі студенти з ініціальними проявами формування нікотинної залежності майже ніколи використовують адаптивні копінг-стратегії, що свідчить про низку їх здатності до позитивної переоцінки стресових ситуацій, неспроможності в плануванні рішення проблеми та мобілізації проблемно-орієнтованих зусиль на зміну ситуації. Переважання ж в репертуарі цієї групи курячих студентів дезадаптивних копінг-стратегій призводить не до вирішення проблем, а до накопичення та поступової хронізації внутрішнього напруження, що в свою чергу сприяє ще більшому зниженню спротивності стресу.

Література:

1. Евдокимова Я. Г. Вираженість емоційного неблагополуччя у студентів в умовах екзаменаційного стресу / Я. Г. Евдокимова, М. В. Москова // Молоді вчені – московському освіті. Матеріали V міської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів вищої та середньої освіти міського підпорядкування. – М.: МГППУ, 2006. – С. 65–66.
2. Гаранян Н. Г. Передікзаменаційний стрес та емоційні порушення у студентів молодших курсів / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Я. Г. Евдокимова та ін. // Соціальна та клінічна психіатрія. – 2007. – № 2. – С. 38–42.
3. Карякина С. Н. Характеристика навчального стресу студентів молодших та старших курсів вищої навчальної заклади / С. Н. Карякина // Вчені записки Орловського державного університету. Серія: Гуманітарні та соціальні науки. – 2010. № 2–3. С. 210–215.
4. Москова М. В. Личнісні фактори емоційної дезадаптації студентів в передікзаменаційний період / М. В. Москова // Вісник Російського державного педагогічного університету імені А. І. Герцена. Аспірантські тетради. – 2007. – №20(49). – С. 136–141.
5. Москова М. В. Личнісні фактори емоційної дезадаптації студентів / М. В. Москова // Психологічна наука та освіта. – 2007. – № 5. – С. 82–91.
6. 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 та співавт. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – № 2. – С. 44–58.
7. Лях Ю. Е. Основи комп'ютерної біостатистики. Аналіз інформації в біології, медицині та фармації статистичним пакетом MedStat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко та співавт. // – Д.: Папакіца Е.К., 2006. – 214 с.
8. Райгородський, Д. Я. Практична психодіагностика. Методи та тести. Навчальний посібник / Д. Я. Райгородський. – Самара: «Білагра-М», 2001. – 533 с.
9. Чехлатий, Е. І. Дослідження копінг-механізмів у студентів вузів в зв'язі з завданнями первинної психогігієни та психопрофілактики. / Е. І. Чехлатий // Огляд психіат. та мед. психол. ім. В. М. Бехтерева. – 2006. – Т. 3. – № 2. – С. 78–82.
10. Folkman, S. Coping as a mediator of emotion / S. Folkman, R. S. Lazarus // Journal of Personality and Social Psychology. 1984. Vol. 54. P. 466–475.
11. 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.
12. 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.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТРАТЕГІЙ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ, ДОМІНУЮЧИХ МОТИВІВ КУРІННЯ І ДЕЯКИХ ОСОБИСТИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТУДЕНТІВ ІЗ ЗВИЧНИМ КУРІННЯМ І НА ІНІЦІАЛЬНИХ ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

І. С. РИТКІС

У статті наведені дані про взаємозв'язок між рівнем агресивності, фрустрації, стресостійкості, ступеня тютюнової залежності за Фагерстромом і типом копінг-поведінки у студентів зі звичним курінням та на ініціальних етапах формування тютюнової залежності.

Ключові слова: студенти, тютюнопаління, тютюнова залежність, копінг-стратегії, особистісні особливості, мотиви паління

RELATIONSHIP COPING BEHAVIOR STRATEGIES, THE DOMINANT MOTIVES OF SMOKING AND SOME PERSONAL STUDENTS FEATURES WITH HABITUAL SMOKING AND THE INITIAL STAGES OF FORMATION OF TOBACCO DEPENDENCE

I. RITKIS

The paper presents data on the relationship between the level of aggression, frustration, stress, degree of tobacco dependence by Fagerstrom and type coping behavior of students with habitual smoking and the initial stage of formation of tobacco dependence.

Keywords: students, tobacco smoking, tobacco dependence, coping strategies, personality traits, motives addiction

УДК 616.89-008.441.33-085:612.822.1

С. І. Табачников¹, Є. М. Харченко¹, Г. А. Пріб¹, А. М. Вієвський¹,

Т. В. Синіцька¹, К. А. Власова¹, Ю. А. Войтенко¹, Д. А. Судья²

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ АДДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ УКРАЇНИ, ЩО ПРИЙМАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

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

Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк²

Ключові слова: психоактивні речовини, залежність, підлітки, молоді особи, медико-соціальна допомога, профілактика

Проблема споживання психоактивних речовин (ПАР) серед населення різних країн світу, зокрема в Україні, є однією з найбільш значущих серед провідних

медико-соціальних питань сучасності [3; 5; 7; 23; 28]. Особливо важливими низка соціально-економічних властивостей у тому числі пов'язаних зі змінами

нарастанням внутрішнього напруження, необхідність вихода з якого ведєт к задействию психологічних захисних механізмів (витеснення, заміщення, раціоналізації, проєкції і др.). Причому, курячі студенти з ініціальними проявленнями формування нікотинової залежності крайнє рідко використовують адаптивні копінг-стратегії, що свідчить про низку їх здатності к позитивній переоцінці стресових ситуацій, неспроможності в плануванні рішення проблеми та мобілізації проблемно-орієнтованих зусиль по зміні ситуації. Переважання ж в репертуарі цієї групи курячих студентів дезадаптивних копінг-стратегій призводить не к разрешенню проблем, а к накопленню та поступовій хронізації внутрішнього напруження, що в свою чергу сприяє ще більшій знизженню спротивляемості стресу.

Література:

1. Евдокимова Я. Г. Выраженность эмоционального неблагополучия у студентов в условиях экзаменационного стресса / Я. Г. Евдокимова, М. В. Москва // Молодые ученые – московскому образованию. Материалы V городской научно-практической конференции молодых ученых и студентов учреждений высшего и среднего образования городского подчинения. – М.: МГППУ, 2006. – С. 65–66.
2. Гараян Н. Г. Предэкзаменационный стресс и эмоциональные нарушения у студентов младших курсов / Н. Г. Гараян, А. Б. Холмогорова, Я. Г. Евдокимова и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – № 2. – С. 38–42.
3. 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.
4. Москва М. В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов в предэкзаменационный период / М. В. Москва // Известия Российского государственного педагогического университета имени А. И. Герцена. Аспирантские тетради. – 2007. – №20(49). – С. 136–141.
5. Москва М. В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов / М. В. Москва // Психологическая наука и образование. – 2007. – № 5. – С. 82–91.
6. 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 та співавт. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – № 2. – С. 44–58.
7. 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.: Папаница Е.К., 2006. – 214 с.
8. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 533 с.
9. Чехлатый, Е. И. Исследование копинг-механизмов у студентов вузов в связи с задачами первичной психогигиены и психопрофилактики. / Е. И. Чехлатый //Обозр. психиат. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. –2006. – Т. 3.– № 2.– С. 78–82.
10. Folkman, S. Coping as a mediator of emotion / S. Folkman, R. S. Lazarus // Journal of Personality and Social Psychology. 1984. Vol. 54. P. 466–475
11. 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.
12. 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.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТРАТЕГІЙ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ, ДОМІНУЮЧИХ МОТИВІВ КУРІННЯ І ДЕЯКИХ ОСОБИСТИСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТУДЕНТІВ ІЗ ЗВИЧНИМ КУРІННЯМ І НА ІНІЦІАЛЬНИХ ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

I. С. РИТКІС

У статті наведені дані про взаємозв'язок між рівнем агресивності, фрустрації, стресостійкості, ступеня тютюнової залежності за Фагерстромом і типом копінг-поведінки у студентів зі звичним курінням та на ініціальному етапі формування тютюнової залежності.

Ключові слова: студенти, тютюнопаління, тютюнова залежність, копінг-стратегії, особистісні особливості, мотиви паління

RELATIONSHIP COPING BEHAVIOR STRATEGIES, THE DOMINANT MOTIVES OF SMOKING AND SOME PERSONAL STUDENTS FEATURES WITH HABITUAL SMOKING AND THE INITIAL STAGES OF FORMATION OF TOBACCO DEPENDENCE

I. RITKIS

The paper presents data on the relationship between the level of aggression, frustration, stress, degree of tobacco dependence by Fagerstrom and type coping behavior of students with habitual smoking and the initial stage of formation of tobacco dependence.

Keywords: students, tobacco smoking, tobacco dependence, coping strategies, personality traits, motives addiction

УДК 616.89-008.441.33-085:612.822.1

С. І. Табачников¹, Є. М. Харченко¹, Г. А. Пріб¹, А. М. Вієвський¹,

Т. В. Синіцька¹, К. А. Власова¹, Ю. А. Войтенко¹, Д. А. Судья²

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ АДДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ УКРАЇНИ, ЩО ПРИЙМАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

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

Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк²

Ключові слова: психоактивні речовини, залежність, підлітки, молоді особи, медико-соціальна допомога, профілактика

Проблема споживання психоактивних речовин (ПАР) серед населення різних країн світу, зокрема в Україні, є однією з найбільш значних серед провідних

медико-соціальних питань сучасності [3; 5; 7; 23; 28]. Особливо важливими низка соціально-економічних властивостей у тому числі пов'язаних зі змінами

психологічного клімату у суспільстві. Характерним при цьому стає низка особливостей як соціально-економічного, так і пов'язаних з цими змінами психологічного клімату серед населення. Особливо серйозно ці явища руйнують ще несформовану особистість підлітків та молоді. Негативна варіабельність морально-етичних критеріїв, практична доступність навколо різних видів ПАР (алкоголю, наркотиків, тютюнових виробів) стали реальною причиною активного зростання та розповсюдження споживання ПАР серед підлітків і молоді. Безумовно, ця проблема має схожі підґрунтя стану залежності від ПАР серед країн близького та далекого зарубіжжя, тому і можливості моделі медико-соціальної допомоги в даному питанні мають спільні коріння. Як свідчать усередненні за останні роки епідеміологічні данні, захворювання на психічні та поведінкові розлади (ППР), внаслідок вживання ПАР, Україна стала перевищувати захворюваність на вказані вище розлади іншого походження. Нині наркологічна ситуація в Україні характеризується домінуванням хімічної, алкогольної та тютюнової аддикції, далі йдуть наркотики та інші ПАР [8; 9; 12; 29]. Ситуація виглядає ще більш загрозливою у зв'язку з поступовим переважанням серед споживачів ПАР категорій дитячо-підліткового та молодого віку [13; 14; 15; 30]. За даними ВООЗ, алкоголь є найбільш широко вживаною ПАР серед дітей та підлітків в Україні. Кожен четвертий українець, який страждає на алкогольну залежність, є особою у віці до 35 років [16; 17]. За результатами досліджень Українського НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України (2012 р.) – 22% школярів та студентів середніх і вищих навчальних закладів вживають спиртні напої практично щодня або щонайменше кілька разів на тиждень [18; 19]. За даними ВООЗ Україна займає перше місце за масштабами розвитку підліткового алкоголізму. Згідно з дослідженнями науковців серед підлітків 13–15 років вживають алкоголь біля 90%; палять тютюн – майже 63%; досвід вживання наркотичних речовин – мають понад 14%. Причиною смертності двох третин молоді від 15 до 20 років є отруєння алкогольними напоями або нещасні випадки внаслідок сп'яніння від ПАР [20; 21; 31]. За даними Інституту соціологічних досліджень України, алкогольні напої коли-небудь вживали 36% десятирічних дітей, 49% і 54% відповідно одинадцяти та дванадцятирічних; 78% – 14-річних, 85% – 15-річних. Більшість опитаної молоді 16 та 22 років вживали алкоголь (відповідно 93% та 98%) [18; 19; 22]. Дослідженнями фахівців Національної медичної академії післядипломної освіти МОЗ України ім. П. Л. Шупика та Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України, вказується, що вже у семирічному віці досвід вживання алкоголю діти набувають у сім'ях у присутності батьків (тобто з їх ініціативи) в середньому від 11% до 16% випадків. Одним з найпоширеніших видів споживання ПАР є тютюнопаління. За даними статистики кількість осіб, які щодня викурюють цигарки, становить 10,2 млн. осіб, більш ніж 500 тис. нових споживачів приєднується до тютюнопаління кожен рік. Найпоширеніший вік

початку куріння серед дітей в Україні 12–15 років. Тих, хто починає курити раніше 11 років, близько чверті. За останніми даними серед підлітків 14–17 років помітне збільшення курців тютюну з 3,3% до 4,3%. Дівчата в основному починають курити дещо пізніше хлопців за віком, поступово «наздоганяють» їх у старших класах та по закінченню середньої школи. Безумовно, об'єктивні дані значно вищі офіційних за причиною приховування факту тютюнопаління значної кількості школярів (особливо дівчат). На жаль, придбання сигарет для підлітків у наш час не проблема, оскільки, незважаючи на офіційну заборону продавати тютюнові вироби дітям та підліткам, цього правила звичайно не дотримуються в соціальному колі. Одним з факторів, який збільшує вживання тютюну є алкоголь та наркотики. 37% підлітків, які курять, зауважили, що курять тютюн значно більше після вживання алкоголю та наркотиків [3; 5; 8]. Дослідження «Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти», проведені у 2010 р. [12; 14; 15] показали, що 9 % респондентів, віком 15–34 роки, мали досвід вживання будь-яких наркотичних речовин протягом життя. Значно поширеними серед молоді є каннабіоїди, опіоїди, психостимулятори. Перше вживання наркотичних речовин у 32% респондентів відбулось у віці 12–16 років, ще у 32% від 17 до 18 років, а у віці 19–28 років – 30% осіб молодого віку. Серед чоловіків – 34,4% спробували вперше наркотичні речовини у віці 12–16 років, а серед жінок – 44,4% (у віці 19–28 років). Як вказують автори протягом останніх 30 днів перед опитуванням найбільший відсоток споживання наркотиків виявився серед підлітків 15–17 років – 22,2%, значно менший серед молоді 26–30 років – 9,6%. Наведені дані підтверджують небезпечний період у щодо приймання наркотичних ПАР – підлітковий вік. Результати дослідження серед шкільної молоді «Здоров'я та поведінкові орієнтації дітей шкільного віку (HBSC) (2010)» [4; 8; 9; 20] показали, що 16% всіх учнів мали досвід вживання, окрім алкоголю, марихуани або гашишу. Найбільший відсоток спостерігався серед учнів професійно-технічних навчальних закладів та ВНЗ I-III рівня акредитації – по три відсотки, значно менші – 1,5%, серед учнів 10–11 класів загальноосвітніх шкіл. Хлопці вживають наркотичні речовини у два рази частіше за дівчат. Стосовно ін'єкційного вживання наркотичних речовин серед дітей та підлітків, проведене дослідження встановило значно меншу кількість споживачів, але й у цих випадках вік початку коливався від 11 до 18 років. Дані досліджень (2011) та ESPAD Україна (2011 р.) [1–3; 26] свідчать про високий рівень споживання ПАР серед старшого віку та молоді з аддиктивною поведінкою. Зокрема, рівень алкоголізації та інших видів ПАР підростаючого покоління є своєрідним індикатором психічного здоров'я нації. Тому зловживання прийманням підлітками різних ПАР являє собою гостру медико-психологічну та соціальну проблему яка, на жаль, до нині не одержала належного вирішення. Особливо важливим є вивчення психічних та поведінкових аддиктивних розладів у підлітків, коли індивідуальна залежність

від ПАР ще не сформована. Треба зазначити, що рання діагностика і терапія розладів психіки та поведінки є досить складним питанням, тісно пов'язаним з дестигматизацією психіатричної допомоги, успішністю психоосвітніх проектів на мікросоціальному (сімейному) і макросоціальному (персонал навчальних закладів, соціальних служб, лікарської загальної практики) рівнях. Саме рання діагностика та допомога в переважній більшості випадків визначають прогноз перебігу психічного захворювання і соціальні наслідки. Звісно, що психічні розлади у дітей та підлітків рідко закінчуються спонтанною ремісією. Вони, зазвичай, стають причиною порушень соціальної адаптації та психічних розладів у дорослому житті. Рівень споживання ПАР серед підлітків показує низьку ефективність профілактичних заходів, щодо вживання ПАР серед цієї цільової групи. Різниця між хлопцями та дівчатами простежувалась лише серед учнів 6 клас. Починаючи з 13-річного віку така тенденція практично повністю нівелювалась і вживання ПАР серед них ставало фактично на одному рівні. Більшість опитаних підлітків починали вживати ПАР у віці 13–15 років. Однак 15% респондентів вперше спробували ПАР в 11 років і раніше. Згідно з дослідженнями, найризикованіший вік – 15 років, з погляду першої спроби вживання ПАР. 21% учнів 10–11 класів відчували цей стан. Цікаво, що дані фахівців ближнього зарубіжжя, зокрема Росії, Білорусії, підтверджують аналогічну ситуацію серед населення тієї ж вікової групи. Так, у роботі С. В. Базильчика, О. Б. Копитова (2012 р.) – відзначається різке зростання наркотичних залежностей на 52,5% за останні роки. При цьому також вбачається зниження вікової категорії до підлітково-молодого віку, збільшення кількості споживання тяжких наркотиків та їх доступу для споживачів. Вказується що загальний продаж алкогольної продукції на душу населення (в перерахунку на абсолютний алкоголь) зріс із 6,7 л. у 1995 р. до 12,3 л. у 2010 р. Досліджені споживачі ПАР серед підлітків та молоді (15–20 років) підтвердили, що 10–15% з них, окрім алкоголю, мають досвід приймання різних видів наркотиків. Серед школярів старших класів 80–90% вже приймали деколи алкоголь. Регулярно вживають 3 і більше разів на місяць кожний 4–5 підліток. Приводяться дані, що споживання ПАР у цьому віці призводять до значного погіршення здоров'я, а також девіантній поведінці, суїцидальним діям, криміногенності та травматизму. Систематичне вживання ПАР, на фоні аддиктивної поведінки, навіть у дорослому віці, може призвести до суттєвого погіршення стану здоров'я й інших соціальних, психологічних та фінансових негативних наслідків. Якщо розглянути питання, стосовно дітей і підлітків, то ризик виникнення таких негативних наслідків суттєво підвищується, як за часом, так і за силою дії і характером патології. Результати досліджень як вітчизняних науковців (Е. А. Кошкіна, А. В. Погосов 2009; С. І. Табачников, К. В. Аймедов 2011; А. Н. Вієвський 2012), так й іноземних (А. KertszC. et al. 2009; С. S. Rosen et al. 2010; T Lang. 2011) показують не тільки великий рівень аддиктивної поведінки у вживаючих

ПАР, негативні уподобання, а й свідчать про високий рівень їх доступності. Звісно, що нині для будь-якої вікової категорії покупців, зокрема дітей та підлітків, є практично доступний широкий спектр ПАР, які на превеликий жаль, представлені і легкодоступні на ринку України в різну пору доби та місця споживання. Омолодження аддиктів, які приймають ПАР, за рахунок його ранніх форм погіршує ситуацію тим більше, що залежність підлітків частіше є полісубстантною. Одночасно досліджені вживають алкоголь, психоактивні наркотичні речовини, палять тютюн. Вживання алкоголю та інших ПАР підлітками асоційовано з розладами психіки та поведінки, зокрема кримінальної. Відсутність ефективних систем протидії епізодичному вживанню наркотичних речовин у віці до 18 років, стандартів медичної, зокрема спеціалізованої психіатричної допомоги при коморбідних психічних та поведінкових розладах є складною проблемою, яку потрібно вирішити при реорганізації системи охорони здоров'я дітей. Вживання ПАР і формування наркотичної залежності взаємопов'язана з соматичними і психічними розладами, які в свою чергу також впливають на фізичне і психічне здоров'я. Описаний феномен не тільки проблема охорони здоров'я. Вживання ПАР соціально детерміноване і пов'язано з особистістю споживача, його очікуваннями і мотиваціями як користувача, соціальним оточенням, можливістю або неможливістю отримати соціальну підтримку у родині та соціумі. Вірогідним є зв'язок аддиктивної поведінки із злочинністю, громадським порядком і суспільною безпекою, а також значними фінансовими та економічними наслідками при вживанні наркотичних речовин підлітками і молоддю. Все це дозволяє говорити про споживання ПАР як проблему громадського здоров'я.

У цьому плані рання медико-соціальна допомога та первинна профілактика мають першочергове значення для зменшення впливу факторів ризику і посилення захисту людини, яка є вразливою або належить до групи специфічного ризику і повинна впроваджуватись на самому початку вживання ПАР. Ідеться про випадки, коли потенційні проблеми залежної поведінки лише формуються. Раннє втручання передбачає її виявлення і надання специфічної психологічної та соціальної допомоги у вирішенні проблеми на такій стадії формування залежності, на якій вона нівелює або зменшується. Можливими цільовими групами для цілеспрямованих втручань є не тільки діти, підлітки й молоді люди, а й усі, кого можна вважати вразливими та схильними до відповідного ризику. При плануванні допомоги підліткам, що вживають ПАР, необхідно враховувати взаємодію факторів ризику, формування залежної поведінки і захисних факторів. Слід сказати, що різнопланові методи медико-соціальної допомоги контингенту наркоманічного профілю як раніше, так і в останній період, орієнтовані в основному на хворих зі сформованою наркозалежністю чи то алкоголізм, чи то наркоманія, чи то тютюнопаління. При цьому самі методи лікування коливаються від народних, до різних видів

«кодування», підшивок, детоксикації магнітно-резонансною терапією, транс-краніальною стимуляцією та ін. В останні роки допомога для наркозалежних поширена за рахунок програм замісної терапії; соціальною реабілітацією ВІЧ- інфікованих, релігійних реабілітаційних центрів і центрів, працюючих за Мінесотською моделлю реабілітації [32; 33; 34]. Однак, останнім часом більш ефективним методом є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) [4; 11; 17]. Численні дослідження представили емпіричну доказовість КПТ у лікуванні різних психічних розладів, зокрема депресії, тривожних станів і навіть шизофренії [4; 10; 11]. В основі КПТ лежить корекція помилкових розумових заключень, що дозволяє змінити ставлення індивіда до проблемних реакцій і виправити поведінкові помилки. Вельми позитивну оцінку КПТ дає у своїй роботі О. Б. Карачевський, 2012. За його судженням суттєвість когнітивно-поведінкової терапії заключається в тому, що проблеми людини виникають з викривленням сприйняття реальності, базуючись на помилкових ставленнях, які в свою чергу впливають у результаті негативного навчання у процесі розвитку особистості. Тому сенс психотерапії полягає в пошуку помилкових стратегій мислення, а також в освоєнні альтернативного більш реалістичного способу сприйняття оточуючого середовища. Ціла низка науковців зарубіжжя в своїх дослідженнях також підтверджують високу якість лікувального ефекту у разі наркозалежності за допомогою КПТ [10; 11; 28]. У результаті проведення терапії суттєво поліпшувався загальний стан залежних від ПАР, відмічалася відмова від наркотиків або значне зменшення їх обсягу та запобігання рецидиву. В основі КПТ полягає процес навчання і зміни характеру мислення в позитивному, раціональному стані. В свою чергу когнітивно-поведінкова терапія за розумінням сучасних фахівців може з успіхом (як доповнюючий фактор) поєднуватися з іншими паралельними видами лікування: станів залежностей, зокрема програми дванадцять кроків; сімейної та групової психотерапії; фармакотерапії; замісної та ін. [11; 28]. Як відмічають у своїх роботах автори основною метою КПТ є допомога пацієнтам осмислювати і протидіяти залежності, тобто ясно розуміти ситуацію, в якій вони частіше приймають ПАР, запобігати їй, коли це необхідно, та заважати їй. Більш діючими представляються індивідуальні форми КПТ, з якими можна глибше і значніше донести до індивіда суттєвість питання і його практичне вирішення. Однак групова КПТ теж може бути задіяна, маючи свої позитивні сторони, зокрема моделювання взаємовідносин та створення нових систем підтримки. Значною науко-практичною базою по лікуванню залежностей від ПАР стала в свій час робота А. Бека (1993) «Когнітивна терапія зловживання ПАР», в якій, визнаючи велику роль переконання формування дезадаптивної поведінки, використані основні положення КПТ в лікуванні наркоманії. При цьому КПТ в лікуванні залежних станів (алкоголізму та наркоманії) направлена конкретно на пов'язані з ПАР судження, відповідно автоматичного мислення і спонування, які і формують розвиток патологічної

залежності. Таким чином, конкретизуючи особливості КПТ можна виділити напрямлення на дезадаптивну поведінку, а не на його причини; використання конкретної сформованої мети лікування; вибір метода відповідно проблемам; емпіричну перевірку методів роботи в процесі лікування; виконання принципів навчання з метою зміни дезадаптивної поведінки. В процесі лікування пацієнт повинен активно співпрацювати з спеціалістом, мати високий рівень цілеспрямованості до проблеми позбавлення від залежності, як до технічно виконуваної, бути готовим до змін в мисленнєвих критеріях у плані позитивного стану і відповідної соціалізації. Відзначаючи безумовну позитивність і перспективність вище описаного методу КПТ у лікуванні залежних станів, не можна в той же час не висловити сумніви в його результативності і з контингентом підлітків (не кажучи вже за дітей), а можливо, частини молоді, коли ще когнітивний підхід може не приносити відповідного розуміння та настрою на нього. Безумовно, на фоні лікування станів залежності від ПАР, ще більш значущою є профілактика розвитку залежних станів серед дитячо-підліткового та молодого віку. В цьому плані представляє інтерес робота фахівців [4; 10; 11], в якій розглядаються різні форми когнітивно-поведінкової психотерапії в структурі медичної допомоги. Автори наводять, зокрема п'ять відповідних підходів КПТ, розглядаючи їх позитивні та негативні сторони і зупиняються на більш ефективних, а саме: заснований на розповсюдженні інформації та виклику почуття страху; ефективне навчання; альтернативна діяльність; підхід заснований на моделі соціального впливу та на підвищеній компетентності. Перший підхід заснований на розповсюдженні інформації і викликанні почуття страху. В суттєвості методу полягає поняття, що людина діє відповідно до свідомості і своїх знань. Методи проведення можуть бути різні: дидактичні, дискусійні, аудіо- і відеопрезентації, наочна агітація, масові шкільні збори та ін. У процесі зустрічі з фахівцями можуть брати участь колишні наркозалежні, члени родин споживачів, педагоги учбових закладів, представники релігії. В дискусійному колі мають брати участь підлітки або молодь, що навчається в тому чи іншому навчальному закладі. Дослідження ефективності цього підходу вказують у цілому на незначний результат. Отримані слухачами нові поширені знання про суттєвості ПАР і наслідки залежності не призводять до реального зниження кількості споживачів ПАР, що підтвердив мета-аналіз 143 профілактичних програм [31; 32; 33]. Таким чином, для більшості підлітків, набуття тільки об'єму пасивних знань явно недостатньо для відмови від споживання ПАР.

Другий підхід – ефективне навчання. Мета підходу – підвищення самооцінки, відповідність прийняття рішень, міжособистісне зростання. Інформація про ПАР або не включається зовсім, або надається на мінімальному рівні. Методи досягнення мети: дидактичні інструкції, дискусії, справи до прийняття рішень та інші методи експериментальної активності. Концептуальна основа підходу полягає в тому, що розвиток особистісних

якостей має опосередковано впливати на відношення до споживання ПАР. Результати цього методичного підходу, як вважають автори, також малоефективні. Недоліком даного підходу є відсутність у методиці знань про взаємозв'язок споживання ПАР з впливом соціального оточення (однолітків, навчального середовища), тобто недостатнє втручання в причини самої аддиктивної поведінки.

Третій – альтернативна діяльність. Метою даного підходу є представлення різних альтернатив споживанню ПАР. У цілому це направлення на активізацію поведінки особистості, участь в різних молодіжних організаціях, спільних проектах, професійно-технічних, спортивних, творчих та інших заходах. Однак даний підхід теж виявився неефективним [4; 11].

Четвертий підхід заснований на моделі соціального впливу. Метод полягає в поглибленні відомостей про негативні можливості соціального впливу на споживання ПАР і розвитку навичок протистояння цьому явищу; підвищення знань про тяжкі наслідки залежності; корекції помилкових ставлень про інтенсивне вживання різних видів ПАР у повсякденні дорослої частини населення. Методики роботи – тренінг навичок соціальної резистентності, поведінкова репетиція, поведінкова практика у вигляді домашніх завдань, залучення до сумісної роботи однолітків з рисами лідерів. Ефективність програми по тренінгу навичок резистентності – виявила деякий позитивний результат профілактики тютюнопаління серед підлітків, однак, при прийманні алкоголю та інших ПАР, виявився недостатнім. Загальний аналіз програми з тренінгу навичок резистентності показав, у більшість пацієнтів (63%), позитивний ефект на аддиктивну поведінку; 26% – не давали ефекту; у 11% – ефект був негативний.

П'ятий підхід, заснований на підвищенні компетенції (тренінг або формування життєвих навичок). Його метою є поліпшення навичок прийняття рішень, комунікацій, соціальних навичок, зниження тривоги, навчання загальним навичкам протистояння тиску середовища щодо приймання ПАР. Методи: дискусії в учбових закладах, когнітивно-біхевіоральний тренінг – інструкції, демонстрація, поведінкова репетиція (в учбовому закладі), поширена (поза закладом), практика домашніх завдань, зворотній зв'язок і підкріплення. Теоретична складова полягає у підвищенні компетентності, теорій соціального навчання і проблемної поведінки [4; 10; 11]. Відповідно до даного підходу, вживання ПАР розглядається як соціальне сприйняття функціональної поведінки, яка є результатом взаємодії між соціальними і особистісними факторами. Літературні дані вказують, що на вживання ПАР здійснює вплив цілий комплекс факторів: когнітивні, установочні, соціальні, особистісні та біологічні. Тому і стратегія профілактики споживання ПАР повинна бути різноплановою, діючи на всю гаму етіологічних факторів [11; 24; 25; 33]. Таким чином, за даними досліджень, метод КПТ, заснований на підвищенні компетентності сприймається як найбільш ефективний. Вищеописані методичні підходи різних

авторів, мають певну позитивність, але в той же час не відтворюють можливість створення системи профілактики споживання та залежності від ПАР, як такої, що насправді є дуже складною проблемою в масштабі країни. За останній період з'явилося декілька робіт, в яких автори намагаються представити можливі варіанти підходів медико-профілактичного плану до вирішення цього питання. Так, представляє інтерес дослідження, яке було проведене А. М. Вієвським [6] і присвячене роботі з дитячим контингентом середніх шкіл, в якому на фоні глибокого аналізу проблеми залежності від ПАР у сучасних школах надається програма можливої первинної та вторинної профілактики. Результати роботи автора апробовані в різних регіонах України і знайшли практичне втілення. В роботах інших авторів як вітчизняних, так і зарубіжних, проблема залежності від ПАР серед підлітків та молоді розглядається більше в лікувальному плані. Виходячи з положення, що Україна, будучи членом Євробюро ВООЗ, повинна здійснювати політику формування здорового способу життя населення і особливо молоді на державному рівні, проблема створення дійсної програми профілактики зловживання ПАР серед підлітків та молоді є актуальною нині. Виходячи з цього в УНДІ ССПН МОЗ України співробітниками відділу соціальної та клінічної наркології нині розробляється наукова тема «Розробка моделі та алгоритму надання медико-соціальної допомоги підліткам з аддиктивною формою поведінки, що приймають ПАР», яка запланована на 2013–2015 рр. У результаті виконання роботи маєтись на меті одержати відповідно медичний, соціальний та економічний ефект у вирішенні представленої проблеми. НДР запланована в рамках загальнодержавної програми «Здоров'я нації на період до 2020 р.», а також програми «Про затвердження Концепції щодо удосконалення надання психіатричної допомоги дітям України» (2012).

Література:

1. Авсевич Н. и др. Отчет по теме: «Проведение в 2010 году школьного исследования с применением методологии ESPAD среди учащихся Брестской области». – Брест: Альтернатива, 2010. – 54 с.
2. Аймедов К. В. Клінічні паралелі між поведінковими та хімічними аддикціями, на прикладі компютероманії, гемблінгу та алкоголізму / К. В. Аймедов, Т. В. Вінокурова // Психічне здоров'я. – 2012. № 4 (37). – С. 36–38
3. Аналітично-статистичний довідник 1990–2008 рр. Епідемії алкоголізму та наркоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України. – Х.: 2009. – 168 с.
4. Базильчик С. В. Профілактика употреблення психоактивних речовин в установах освіти: що працює? / С. В. Базильчик, Копытов А. В. // Психіатрія, психотерапія і клінічна психологія. – 2012. – № 2 (08). – С. 131–141.
5. Бухтіярова О. Г. Клініко-психологічні аспекти залежності від тютюнопаління. / О. Г. Бухтіярова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2011. № 1 (19). – С. 51–54.
6. Вієвський А. М. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у дітей і підлітків (клінічна феноменологія, профілактика та корекція)–2012. – 433 с.
7. Волошин П. В. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / П. В. Волошин, О. І. Мінко, І. В. Лінський та інші // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 3 (28). – С. 7–9.
8. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні / С. І. Табачников, Д. С. Лебедев, Г. Є. Трофімчук, Ю. Ю.

- Мартинова // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, №1 (56). – С. 81–88.
9. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / А. М. Вісвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк та ін. // – Київ, 2011 – 22 с.
10. Интегративная когнитивно-поведенческая терапия – URL: <http://orgpsy.org/kognitivno-povedencheskaya-terapiya-menu/nabor-grupp-kpt-menu.html>. Дата обращения 23.01.2012.
11. Карачевский А.Б. Когнитивно-поведенческая терапия больных алкоголизмом и наркоманией / А. Б. Карачевский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 2 (08). – С. 84–89.
12. Лінський І. В. Епідемії алкоголізму та нарко-токсикоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України: аналітично-статистичний довідник 1990–2008 рр. / І. В. Лінський, О. І. Мінко, Л. І. Дяченко, Г. О. Мусієнко, О. О. Петриченко. – Харків: Плеяда, 2009. – 168 с.
13. Лінський І. В. Наркопатологія як варіант аутоагресивної, саморуйнівної поведінки особи і суспільства / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. – 2008. Том 16, вип. 1 (54). – С. 76.
14. Лінський І. В. Основні проблеми, пов'язані з поширенням алкогольної залежності та наркоманії в Україні, та шляхи їх розв'язання / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. – 2005. Том 13, вип. 4 (45). – С. 8–10.
15. Медико-соціологіческие аспекты характеристики токсикоманий у лиц подросткового и молодого возраста / С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, Г. А. Приб [и др.] // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 61–66.
16. Молодь та молодіжна політика в Україні: Соціально-демографічні аспекти / За ред. Е. М. Лібанової – К. : Інститут демографічних та соціальних досліджень ім. М. В. Птахи НАН України, 2010. – 129 с.
17. Национальный статистический комитет Республики Беларусь. Статистический сборник «Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2011». – Минск, 2011. – 634 с.
18. Отчет о наркопотреблении и незаконном обороте наркотиков в Республике Беларусь / Белорусско-украинско-молдавская программа по борьбе с незаконным оборотом и торговлей наркотическими средствами (Программа БУМАД). – Минск: Белсэнь, 2008. – 65 с.
19. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді: Навчально-методичний посібник / Під ред. В. В. Бурлаки. Київ: Герб, 2008. 224 с.
20. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр.). – Харків: видавець Строков В. Д., 2011. – 144 с.
21. Разводовский Ю. Е. Алкогольная политика в республике Беларусь на современном этапе. / Ю. Е. Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 38–45.
22. Разводовский Ю. Е. Продажа алкоголя и эпидемиология алкоголизма в Беларуси / Ю. Е. Разводовский // Психиатрия. – 2009. – №2. – С. 35–43.
23. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чув // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 174.
24. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії – URL: <http://www.i-cbt.org.ua/>. Дата обращения 23.01.2012.
25. 1 базовий семінар: Введення в теоретичні основи та базові техніки когнітивно-поведінкової психотерапії URL:http://www.abctu.org/index.php?option=com_courseman&view=courses&cid=2%3Atraining-for-experts&id=7%3Atraining-experts-2&lang=uk Дата обращения 23.01.2012.
26. Babor T.F. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. / T.F. Babor [et al.]. – Oxford University Press, 2010.
27. Black H. The price of a drink: levels of consumption and price paid per unit of alcohol by Edinburgh's ill drinkers with a comparison to wider alcohol sales in Scotland. / H. Black, J. Gill, J. Chick // Addiction. – 2010. –Vol. 106. –P. 729–736.
28. Huibers M. Review: group cognitive behavioural therapy reduces depression symptoms in older adults with depression compared with waiting list control. – Evid Based Ment Health. 2011 Nov;14(4):107.
29. Iakunchykova O. Early initiation of alcohol consumption by adolescents in reconstructed families may be explained by parenting style / O. Iakunchykova // Tobacco control and public health in Eastern Europe. – 2011. – Vol. 1, No. 2. – P. 89.
30. Osterberg E.L. Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe. / E. L. Osterberg // Drug and Alcohol Review. – 2011. – Vol. 30, № 2. – P. 124–129.
31. Rabinovich L. The affordability of alcohol beverages in the European Union. / Rabinovich L. [et al.]. – RAND Corporation, 2009.
32. Wagenaar A.C. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. / A.C. Wagenaar, A. L. Todler, K. A. Komro // American Journal of Public Health. – 2010. –Vol. 100, N11. – P. 2270–2277.
33. Wagenaar A.C. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. / A.C. Wagenaar, M.J. Salois, K.A. Komro // Addiction. – 2009. – Vol. 104. – P. 179–190.
34. World Health Organization. Режим доступу до журналу: <http://www.who.int/>

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ УКРАИНЫ, ПРИНИМАЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

С. И. ТАБАЧНИКОВ, Е. Н. ХАРЧЕНКО, Г. А. ПРИБ, А. Н. ВИНЕВСКИЙ, Т. В. СИННИЦКАЯ, К. А. ВЛАСОВА, Ю. А. ВОЙТЕНКО, Д. А. СУДЬЯ

В работе рассмотрены аспекты медико-социальной помощи и профилактики при состояниях употребления и зависимости от разных психоактивных веществ детей, подростков и лиц молодого возраста в Украине.

Ключевые слова: психоактивные вещества, зависимость, подростки, молодые лица, медико-социальная помощь, профилактика

SOME ASPECTS OF ADDICTIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE IN UKRAINE TAKING PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

S. TABACHNIKOV, E. KHARCHENKO, G. PRIB, A. VIYEVSKIY, T. SINITSKAYA, K. VLASOVA, Y. VOYTENKO, D. SUDIA

In the work considered aspects of medical and social care and prevention for conditions of use and depending on the different substance of children, adolescents and young adults in Ukraine.

Keywords: substance dependence, teens, young persons, health and social care, prevention

Т Е З И

О. М. Авраменко

ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЧНОГО АЛГІЧНОГО СИНДРОМУ

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

За даними епідеміологічних досліджень, поширеність хронічного больового синдрому (без урахування онкологічних захворювань) складає не менше 40% дорослого населення, які відображаються на світовій спільноті і ці показники мають тенденцію до неухильного росту (С. С. Павленко, 2002; Г. Н. Крыжановский, 2003; Н. Н. Яхно, 2008; В. Л. Голубев, 2009; R. Chou, J. D. Loeser, 2009, 2011).

Гострий біль, як правило, є симптомом будь-якого захворювання або травми, а хронічний біль – окремою нозологічною одиницею, причому вона спричиняє значні втрати не тільки хворому індивіду (зниження навантаження на роботі і надалі – втрату працездатності), але і соціуму в цілому, що призводить до значних економічних витрат. Так, у віці старше 25 років через хронічної болі непрацездатні як мінімум тиждень на рік 30% населення, після 40 років – більше 60%, тому хронічний біль є однією із провідних проблем сучасної медицини (З. А. Суслина, С. Н. Иллариошкин, М. А. Пирадов, 2007; R. A. Deyo, 2009; C. R. Chapman, 2010). Біль

призводить до серйозних порушень у системі регуляції больового відчуття, викликає психологічні розлади – може спровокувати тривожні та депресивні реакції, а також вплинути на тяжкість їх вираженості (Mystakidou et al., 2006, 2007). Частота синдромально окресленої депресії серед пацієнтів з алгічним синдромом варіюється в межах 22% – 87% (Manchikanti et al., 2002, Giesecke et al., 2005).

Біль, який поєднаний з депресією, є захисним механізмом, що відволікає хворого від невгамовних, травмуючи його психіку, гнітючих, неприємних переживань та спогадів. Тому, необхідно приділяти особливу увагу діагностиці депресій при хронічних больових синдромах, так як депресія значно обтяжує і видозмінює клінічну картину захворювання. Незважаючи на те, первинна чи вторинна депресія по відношенню до хронічного болю, їх необхідно одночасно комплексно лікувати, використовуючи психофармакологічні, а також психотерапевтичні методи комплексної корекції психічних порушень у пацієнтів з хронічним больовим синдромом.

К. В. Аймедов, Д. В. Возний

РІЗНИЦЯ МІЖ СПРИЙНЯТТЯМ «СЕБЕ РЕАЛЬНОГО», «СЕБЕ ІДЕАЛЬНОГО» ТА «СЕБЕ У СТАНІ АЛКОГОЛІЗАЦІЇ» У ЧОЛОВІКІВ З АЛКОГОЛІЗМОМ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Нами проведено дослідження в групі чоловіків, що страждали на хронічний алкоголізм, у кількості 100 осіб, вік яких коливався від 21 до 53 років. Для порівняння отриманих результатів нами створено контрольну групу із здорових чоловіків відповідного віку в кількості 60 осіб. Для визначення самооцінки випробовуваних ми застосовували тест «Особистісний диференціал».

На першому етапі досліджувані заповнювали тестові бланки, згідно оцінці понять «Я такий, яким є на даний час» («Я»); «Я – ідеальний або яким би мені хотілося бути» («Я – ідеальний»). На другому етапі (на наступну добу) повторно оцінювалися поняття «Я такий, яким є в даний час», а також поняття «Я в стані алкоголізації». У результаті дослідження були зроблені такі висновки.

Неадекватна самооцінка є чинником виникнення багатьох медико-психологічних проблем, зокрема є одним із факторів розвитку алкогольної залежності у чоловіків. Для осіб, що страждають на хронічний алкоголізм, характерним є зниження самооцінки за факторами «Оцінка», «Сила», «Активність». Факт алкоголізації є пусковим механізмом підвищення самооцінки в осіб чоловічої статі, що страждають на хронічний алкоголізм, та наближення рівня самосприйняття в ситуації алкоголізації до «Я ідеального». При підготовці комплексної програми психологічної корекції алкогольної залежності у чоловіків слід враховувати особливості самосприйняття цієї категорії хворих і включати до психокорекційних заходів, що сприяють підвищенню самооцінки.

К. В. Аймедов, К. В. Рябухин

ВИРАЖЕНІСТЬ МАСКУЛІННОСТІ-ФЕМІНІННОСТІ НА РІВНІ Я – КОНЦЕПЦІЇ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ

Одеський національний медичний університет

Нами досліджено статево-рольову Я-концепцію 92-х жінок, що мали діагноз хронічний алкоголізм, за допомогою полорольової ACL-шкали. А. В. Neilbrun, що включає дві субшкали – маскулінності і фемінінності.

При визначенні характеру і перебігу статевого розвитку досліджуваних жінок ми виходили з того факту, що сексуальність людини – це не тільки біологічний інстинкт, але і складне біофізіологічне та психосоціокультурне явище, важлива сфера суспільного, сімейного і особистого життя.

Обстежувані жінки оцінювали за 5-бальною шкалою -- вираженість в собі якостей, представлених у маскулінній і фемінінній субшкалах.

У процесі наукового дослідження нами було з'ясовано, що для переважної більшості жінок, які страждають на хронічний алкоголізм, характерними є порушення

статево-рольової «Я-концепції» у вигляді гіпермаскулінізації (у переважній більшості випадків) та гіперфемінізації. При цьому жінки вищезазначених типів зловживали алкоголем досить тривалий час, а саме – більш ніж 5 років.

Андрогінний або маскулінно-фемінінний тип жінок визначався лише в молодому віці – до 35 років, що свідчить про той факт, що в більшості випадків маскулінізація і фемінізація жінок, хворих на алкоголізм, є надбаними, пов'язаними з тривалою алкоголізацією.

Серед жінок з алкогольною залежністю нами були виділені наступні типи статево-рольової Я-концепції: гіпермаскулінний тип (41 хвора – $44148 \pm 5\%$), гіперфемінінний тип (16 хворих – $17 \pm 4\%$), маскулінно-фемінінний (андрогінний) тип (35 хворих – $38 \pm 5\%$).

К. В. Аймедов., О. В. Кривоногова., В. А. Боделан

ПРОБЛЕМА АДАПТАЦІЇ ДО УМОВ ДОШКІЛЬНОГО ЗАКЛАДУ В ГІПЕРАКТИВНОЇ ДИТИНИ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Проблема надання допомоги гіперактивним дітям багато років являється актуальною в психології та педагогіці як вітчизняної (Домбровська Ю. Ф., Лютова Є. К., Мони́на Г. Б. та ін.), так і зарубіжної (Генріх Хоффман, Ж. Філіп, П. Бонкур та ін.). У дошкільних навчальних закладах ведеться пошук умов, адекватних психічним та фізичним можливостям дітей даної категорії.

Метою дослідження стало вивчення особливостей протікання процесу адаптації у дітей з СДУГ у порівнянні з дітьми групи норма. Об'єктом дослідження виступив процес адаптації дітей дошкільного віку із СДУГ. Предметом дослідження були порушення психоемоційного стану та поведінки в період адаптації до ДНЗ дітей. Для вирішення поставлених завдань нами було використано метод прямого й непрямого спостереження поведінки та психоемоційних особливостей та порушень у дітей у період адаптації до умов молодшої групи ДНЗ.

Для дослідження відібрано 2 групи по 30 дітей у кожній у віці 3–4 роки. До першої групи увійшли діти,

що мали неврологічний діагноз СДУГ, до другої групи – діти, які не мали неврологічних порушень.

У дітей обох груп спостерігались порушення настрою, примхливість, пригнічений стан, збудливість, агресивні прояви, порушення сну, поведінки, апетиту, зниження імунітету. Але, як вказують дані, ці прояви достовірно частіше виникали в групі дітей зі СДУГ.

Патологічні прояви у вигляді тіків, енурезу, енкопрезу, логоневрозу достовірно частіше спостерігались у дітей із СДУГ, тоді як у групі норма такі прояви відмічались лише в одному випадку.

У результаті проведеного дослідження нами зроблено такі висновки. Порушення адаптації до ДНЗ достовірно частіше зустрічаються у дітей дошкільного віку з СДУГ у порівнянні з дітьми без порушень. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю слід вважати чинником важкого протікання процесу адаптації до умов ДНЗ у дітей дошкільного віку.

І. О. Бабюк, Н. В. Побережна

АДАПТОЛ І НООФЕН У ЛІКУВАННІ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ПИВНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Український НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, серед 30 країн Європи Україна є абсолютним лідером

за кількістю підлітків і молодих людей, які регулярно вживають алкоголь (в т. ч. пиво та слабоалкогольні

напої). Серед підлітків, які звернулися за допомогою до наркологів, приблизно в 15–20% випадків діагностовано «пивний алкоголізм». За останні роки вживання пива в країні зросло в 40 разів. За даними фахівців, цьому сприяли такі фактори: висока доступність напою, різноманітність марок і широкий асортимент із вмістом алкоголю від 5% і більше, переконаність населення в безпеці пива, сімейна схильність, лояльне ставлення в суспільстві і агресивна телевізійна реклама.

Доведено, що систематичне вживання пива викликає прискорений тип перебігу алкогольної залежності в середньому за 2–3 роки, т. зв. «пивний алкоголізм». Він проходить закономірні стадії: психічну залежність, потім фізичну, при яких формується органічний дефект особистості зі специфічними рисами – абстинентними психозами і наступної глибокої соціальної дезадаптації.

Під амбулаторним наглядом перебувало 30 пацієнтів (21 юнак і 9 дівчат) віком від 17 до 20 років, які страждають на пивний алкоголізм у перебігу 1–2 роки, на етапі постабстинентного стану без явищ хронічних соматичних хвороб, виражених психічних розладів і органічної церебральної патології. У всіх хворих спостерігалася розгорнута клінічна картина II стадії алкоголізму (F10.2), на що вказувало: первинний патологічний потяг до пива, втрата кількісного контролю, максимальна толерантність до алкоголю, що сприяло формуванню розгорнутого алкогольного абстинентного синдрому (ААС), загостренню преморбідних особистісних особливостей. У пацієнтів темп прогресивності захворювання кваліфікувався як середній, з постійною формою зловживання пивом на межі високої толерантності. У структурі абстинентного синдрому відзначалися типові сомато-вегетативні і психопатологічні розлади. Ступінь важкості ААС кваліфікувався як легкий у 18 пацієнтів і як середній – у 12.

З першого дня лікування призначали на фоні раціональної психокорекції порошок Ноофен по 500 мг двічі, вранці та ввечері, 750 мг на ніч; Адаптол (мебікар) по 600–900 мг тричі на добу, щодня, протягом одного місяця. При цьому враховували основну ноотропну властивість Ноофену на антигіпоксичну дію, поліпшення ГАМК-ергічної та нейромедіаторної передачі,

підвищення енергетичних ресурсів, активації метаболічних процесів, а також м'яку транквілізуючу дію, зменшення напруженості, тривоги, жаху, емоційної лабільності, дратівливості та плаксивості, нормалізацію сну.

Адаптол є денним транквілізатором з вираженою анксиолітичною активністю, а також відсутністю побічних ефектів і високим профілем безпеки. Серед його виражених клінічних ефектів слід зазначити вегетостабілізуючий, помірний транквілізуючий без зниження швидкості реакцій, помірний ноотропний, поліпшення розумової і фізичної працездатності за умови їх зниження, антигіпоксичний, аналгетичний і, як сумація вищеперерахованого, збільшення адаптогенної активності, антистресову та стресоропротекторну дію.

У процесі призначеного лікування препаратів Адаптол і Ноофен встановлено: з 3–4-го дня лікування у хворих, які перебували в постабстинентному стані, зазначалося зниження рівня тривоги, почуття внутрішнього напруження, дратівливості, плаксивості. До кінця першого тижня стабілізувався фон настрою, зменшувалася інтенсивність проявів ідеаторного компонента патологічного потягу до пива, нівелювалися прояви вегетативних розладів. До 10-го дня терапії в цілому у пацієнтів відзначалося за шкалою тривоги Гамільтона зниження показників на 60%, а до 3–4 тижні лікування – повністю купірувалися тривожні, депресивні і вегетативні порушення.

Основні напрями дії Адаптолу і Ноофену в лікуванні абстинентного синдрому у осіб молодого віку, які страждають на пивний алкоголізм – анксиолітична і вегетостабілізуюча. Ноофен також здатний досить швидко відновлювати сон, купірувати астеничну симптоматику. Комбіноване призначення препаратів не викликає денної сонливості, не впливає на працездатність і концентрацію уваги. При їх застосуванні не спостерігалось побічних явищ, ускладнень і випадків звикання.

Отримані результати дозволяють рекомендувати комбіноване призначення Адаптолу і Ноофену у комбінації з раціональною психотерапією як досить ефективний і безпечний метод лікування абстинентного синдрому у осіб молодого віку, які страждають на пивний алкоголізм.

А. А. Бойко

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Винницкий национальный медицинский университет им. М. И. Пирогова, г. Винница

Реформирование системы здравоохранения предусматривает непосредственное участие врачей семейной медицины в процессе лечения, а также профилактики заболеваний пациентов, которые ранее были под наблюдением так называемых «узких» специалистов – наркологов и психиатров. Основным объектом работы семейного врача является семья больного независимо от нозологии.

Следует отметить, что в последнее десятилетие наблюдается сдвиг интереса при изучении алкогольной зависимости с проблем индивида к его взаимоотношениям с ближайшим окружением. Рассмотрение больного в контексте внутрисемейных связей становится преобладающим.

Психическое, соматическое здоровье жен, чьи мужья больны алкоголизмом, начали изучать систематическим

образом, и комплекс обнаруживаемых расстройств обозначает теперь развитие созависимости.

Клинико-генеалогическим методом обследованы 215 семей с типом брака – пробанд – мужчина болен алкоголизмом, жена не больна алкоголизмом.

Средний возраст изученных женщин на момент исследования семей составлял $55,6 \pm 3,1$ года. Возрастной диапазон вступления в брак был в пределах 20–26 лет.

На момент исследования 41 женщина жила отдельно от бывшего мужа, а 174 женщины жили в одной квартире с мужем, страдающим алкоголизмом.

Дальнейший анализ касается только тех 174 женщин, которые или состояли в браке, или были разведены с больным алкоголизмом, но продолжали совместную с ним жизнь в одной квартире.

Из 215 жен у 156 (72,6%) в процессе жизни с больным алкоголизмом формируются различные психопатологические расстройства: рекуррентное депрессивное расстройство (F 38.1), соматоформное расстройство (F 45.2 и F 45.3), реакции на тяжелый стресс и адаптационные расстройства (F 43.01 и F 43.1). Только у 59 (27,4%) из 215 исследованных не было обнаружено психопатологических расстройств. При этом необходимо

отметить, что 41-а из 59 «здоровых» женщин жила с детьми отдельно от мужа.

Анализ приведенных данных свидетельствует, что алкоголизм у мужа является не только реальным, но и пролонгированным психогенным фактором, который трансформирует условия жизни, приводит к стойкому психоэмоциональному перенапряжению и развитию психопатологических расстройств независимо от характера причины.

Психопатологические расстройства у жен возникают на этапе систематического злоупотребления мужем алкоголем. Общей их чертой была тенденция к затяжному течению, трансформация простых психопатологических синдромов в более сложные.

Практическое значение полученных результатов заключается в том, что они могут использоваться семейными врачами для первичной профилактики алкоголизма в службах медико-генетического консультирования. Стратегия первичной профилактики семейных врачей должна быть направлена на группу высокого риска, которой являются как жены больных алкоголизмом, так и их дети.

В. В. Борисенко, Л. В. Животовская, Г. Т. Сонник НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СТАЦИОНАРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНЫХ ЗАПОЯХ С УЧЕТОМ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ

ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

В научных работах последних лет показана роль нарушений биологических ритмов в возникновении и течении различных заболеваний. Можно считать установленным, что многие патологические процессы в организме сопровождаются десинхронизмом, и в то же время рассогласование ритмов является одной из причин развития выраженных патологических изменений. Это касается больных с алкогольными запоями. Между тем работ, посвященных изучению биологических ритмов у больных алкогольными запоями и выработке эффективных методов лечения с учетом биоритмологического статуса больного, насчитываются единицы. Это относится как к традиционным, чаще лекарственным, методам лечения, так и немедикаментозным методам воздействия.

В поисках путей оптимизации и повышения эффективности лечения алкогольных запоев и психических нарушений, возникающих при этом, мы взяли за основу концептуально-гипотетическую предпосылку о том, что при наличии хронологического совпадения дебюта алкогольного запоя с гелиогеофизическими факторами. А также взаимосвязи их с индивидуальными биоритмами, имеется и зависимость терапевтического эффекта при дифференциации лечебных программ с учетом данного феномена. Оптимальным организационным решением при проведении таких исследований явились для нас условия пребывания больных с психическими

нарушениями при алкогольных запоях в наркологическом отделении крупной психиатрической больницы. Это позволило проводить мониторинг в динамике клинических и гомеостатических показателей у пациентов круглосуточно, а также имелась реальная возможность осуществления лечебных процедур в необходимые биоритмологические интервалы в течение суток.

Мы в своей работе, наряду с общепринятыми схемами лечения алкогольных запоев, применяли чрезвычайную гемотерапию с учетом ритмологического статуса больного. При этом исходили из предпосылок, что лучший терапевтический эффект отмечается при применении лечебного комплекса в период активизации метаболических процессов в организме, т. е. для «жаворонков» и «аритмиков» – это утренние часы, а для «сов» – вечерние.

Применив этот подход, мы отметили, что из 129 «жаворонков» у 113 (88,00%) был отмечен положительный лечебный эффект на 5–7 день и, соответственно: из 91 «аритмика» – у 68 (75,00%) и из 73 «сов» – у 61 (84,00%). Это положение просматривалось одинаково как среди мужчин, так и женщин. Следует отметить, что в разрезе запойных форм алкогольной зависимости и у лиц с эпизодическими запоями были свои особенности. Так, при эпизодических запоях улучшение наступало раньше на 2–3 день, а при запойных формах и, особенно, при психозах этот эффект отличался, как правило, на 10–12 суток.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что наряду с традиционными методами лечения, особенно применяя немедикаментозные, целесообразнее проводить комплекс лечебных мероприятий

с учетом биоритмологического статуса больного, т. к. это в 82,59% случаев дает положительный эффект в кратчайшие сроки, что снижает потребность в дополнительных медикаментах, койко-днях и т. д.

D. Brandtner

MULTIPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT IN DER PSYCHIATRIE – GRUNDLAGE FÜR DIE GELINGENDE BEHANDLUNG

Therapeutische Abteilungsleitung der Allgemeinen Psychiatrie

Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bielefeld-Bethel, Deutschland

Daniela.brandtner@evkb.de

Wir verstehen psychische Erkrankungen heute als multifaktoriell und bio-psycho-sozial bedingt. Daher sind in der stationären psychiatrischen Behandlung Menschen verschiedener Professionen (Psychiater, Pflegekräfte, Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter) tätig, mit teilweise unterschiedlichen und teilweise sich überschneidenden Aufgaben.

Alle in der Psychiatrie professionell Tätigen haben den **gemeinsamen Auftrag, auf die Gesundheit der Patienten** hin zu arbeiten. Da die Bedarfslagen der Patienten weit über medizinische Behandlung hinaus gehen, ergänzen sich die Kenntnisse der verschiedenen Berufsgruppen in dem Zusammenwirken sinnvollerweise in einem **multiprofessionellen Team**

Das **multiprofessionelle Team** gestaltet das Stations-Milieu, die Atmosphäre, die Beziehung, die Abläufe und die Organisation. Es umfasst:

- das **Stationsteam**, dies sind alle auf der Station tätigen Menschen (inklusive Reinigungskräften und Schreibkräfte); es ist zentral verantwortlich für das therapeutische Milieu auf der Station; kein einzelnes Mitglied des Stationsteam kann sich aus der Verantwortung dafür heraus nehmen; es kann in diesem Sinne kein „nicht therapeutisches“ Personal geben
- das **Behandlungsteam**, dies sind die Mitarbeiter, die für dieselben Patienten einer Station therapeutisch

verantwortlich sind – dies sind neben Ärzten, Psychologen, Ergotherapeuten auch Pflegekräfte und Sozialarbeiter im oben genannten Sinn

Damit das multiprofessionelle Team den gemeinsamen Auftrag erfüllen kann braucht es:

- Klärung von Rollen, Befugnissen und Kompetenzen der verschiedenen beteiligten Professionen
- Gemeinsame Leitlinien und Regeln, die festgelegt, aber im gemeinsamen Diskurs veränderbar sind

Zum Gelingen der gemeinsamen therapeutischen Arbeit mit den Patienten sind vier Aspekte besonders bedeutsam in der Arbeit im multiprofessionellen Team: **Einheitlichkeit, Verschiedenheit, Offenheit und Transparenz**

Dies ermöglicht den Umgang mit den großen immer wiederkehrenden Themen wie

- Gegenseitiger Respekt
- Fürsorgepflicht und Autonomie
- Beziehungsgestaltung und Nähe-Distanz
- Gemeinsame Werte und konzeptionelle Vorstellungen

Zur Umsetzung notwendige Voraussetzungen sind entsprechende Kompetenz, Ausbildung und Erfahrung der Mitarbeitenden, sowie insbesondere ein verbindliches Stationskonzept, das personelle, räumliche und zeitliche Orientierung gibt und die Beziehungsgestaltung in den Vordergrund stellt.

МУЛЬТИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РАБОТА В ПСИХИАТРИИ – ЗАЛОГ УСПЕХА ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Д. БРАНДТНЕР

Психические расстройства, по современным представлениям, – мультифакторные и биопсихосоциальные заболевания. Четыре принципа успеха медицинской помощи: единство, разнообразие, прозрачность, открытость. Для внедрения принципов необходимы следующие элементы: опыт, образование, компетентность медицинского персонала.

Г. Ю. Васильєва¹, С. І. Табачников², В. Г. Бондарь¹, М. П. Бєро³, М. Б. Доценко³
ДО ПИТАННЯ ПРО КОРЕКЦІЙНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПРОГРАМИ У
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ
НОВОУТВОРЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ

¹Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк,

²Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ,

³Обласна клініко-психологічна лікарня – медико-психологічний центр, м. Донецьк

Одним з найважливіших напрямів сучасної психонкології є виявлення, своєчасна діагностика і корекція психопатологічних розладів, що знижують якість життя онкологічних хворих, погіршують клінічний перебіг, прогноз і виживання. Значення психотерапії для пацієнток зі злоякісними новоутвореннями органів репродуктивної системи визначається у зв'язку з необхідністю інтервенції психотерапевтичних корекційних програм у сучасній онкологічній практиці. Основною їх метою є зниження рівня тривоги і депресії, позбавлення пацієнток відчуття безнадійності, пов'язаної з маніфестацією, рецидивом і/або метастазуванням онкологічної патології, допомогти їм більш адекватно оцінити значення психотравмуючих подій, долати біль, песимістичне сприйняття ситуації, що склалася в наслідок хвороби. В організаційному плані необхідна оптимальна консультативно-сднальна модель надання медичної допомоги, яка передбачає спільну курацію пацієнтів лікарями онкологами і психіатрами. Ця модель забезпечує не тільки прямий контакт з пацієнтами, готовими до психотерапевтичного лікування, але і плідна співпраця з фахівцями онкологічного профілю.

При розробці корекційних психотерапевтичних програм для онкохворих з коморбідною психічною патологією слід враховувати особистісні особливості і тип ставлення до онкологічного захворювання. Вони виражені в «загальному зниженні активності, зміні всієї

ієрархії мотиваційної сфери, скороченні часової перспективи», а також специфіці онкологічного захворювання. Крім того, необхідно дотримуватися системності та багаторівневості психотерапевтичного впливу, що враховує особливості організації лікувального процесу в спеціалізованому протипухлинному центрі; максимальну індивідуалізацію психотерапевтичних впливів з урахуванням сфери пошкоджень фізіологічних систем організму, давності, тяжкості та стадії онкологічного захворювання; диференційоване поєднання патогенетичної, симптоматичної та профілактичної спрямованості психотерапевтичних заходів при поєднанні індивідуальних і групових («палатних») форм роботи з онкохворими з активним залученням у лікувальний процес членів сімей онкохворих (сімейна психотерапія). Крім того, при проведенні психотерапії онкологічно хворим необхідно враховувати те, що корекція повинна проводитися постійно, протягом всього захворювання. На різних етапах захворювання може також змінюватися ступінь глибини психогенних реакцій і їх фабула, але ситуація все одно залишається досить гострою. По суті мова йде про екстремальні умови виживання.

Таким чином, психотерапевтична корекція спрямована на подолання тривожно-депресивної симптоматики, а також неадекватного ставлення до онкологічного захворювання, дезактуалізацію деяких симптомів пухлинного процесу і формування адаптивних форм під час хвороби.

Г. Ю. Васильєва
ДО ПИТАННЯ ПРО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО
РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЯКІСТЮ ЖИТТЯ ЖІНОК ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ
НОВОУТВОРЕННЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ

ДонНМУ ім. М. Горького, м. Донецьк

Досягнення сучасної онкології дозволяють не лише досягти поліпшення результатів спеціального протипухлинного лікування, але й роблять надзвичайно актуальними питання психологічного стану та якості життя цього контингенту пацієнтів.

Проведене нами дослідження виявило переважання змішаного типу реагування на онкологічне захворювання з домінуванням тривожного, неврастенічного, сенситивного, меланхолічного та іпохондричного типів у загальній ранговій оцінці відповідно до етапу лікувально-діагностичного процесу. У жінок, які знаходилися на діагностичному етапі, достовірно частіше спостерігався змішаний тривожно-меланхолічно-сенситивний тип. У пацієнток, які знаходилися

на передопераційному етапі, частіше виявлявся змішаний тривожно-сенситивно-іпохондричний тип психологічного реагування, у той час як після оперативного втручання у хворих домінували тривожно-іпохондрично-неврастенічні варіанти реагування, що свідчить про інтрапсихічну спрямованість особистісного реагування на хворобу та обумовлює порушення як соціальної адаптації онкологічних хворих з цими типами реагування, так і поведінки: характерні реакції за типом дратівливої слабкості на тлі тривожно-депресивного настрою та «заглиблення у хворобу» з відмовою від боротьби за одужання.

Аналізуючи отримані нами дані за методикою MOS SF-36 виявлено, що якість життя досліджуваного

контингенту значно знижена за всіма шкалами опитувальника, при цьому найбільш низькими були показники за шкалами «соціальна активність», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», «інтенсивність фізичного болю» й «життєва активність». Таким чином, низька якість життя пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення, була обумовлена переважно значним зниженням психологічного компоненту здоров'я, а наявність фізичних проблем (у т. ч. біль) сприяла формуванню обмежувальної поведінки в повсякденній діяльності.

Крім того, встановлено достовірно значущі зв'язки між типом особистісного реагування на онкологічне захворювання та оцінкою якості життя й рівня соціального функціонування. Так, найбільш несприятливі показники якості життя та соціального функціонування пацієнток зі злоякісними новоутвореннями репродуктивної сфери були пов'язані з наявністю тривожного ($r = -0,352$ при $p = 0,032$), меланхолічного ($r = -0,442$ при $p = 0,05$) та неврастенічного ($r = -0,318$ при $p = 0,045$) типів особистісного реагування на онкологічне захворювання.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про значне зниження якості життя та соціального функціонування хворих зі злоякісними новоутвореннями різної локалізації, які супроводжуються порушенням як фізичного, так й психологічного компонентів здоров'я, що у свою чергу різко обмежує життєву активність пацієнтів і, як наслідок, обумовлює низький рівень соціальної адаптації онкохворих. Враховуючи особливості виявлених типів реагування відповідно до етапу лікувально-діагностичного процесу, можна припустити, що сформований тип відношення до онкологічного захворювання може виконувати різні функції, як захисну з одного боку, так і сприяючи розвитку емоційних порушень. Отже, специфіка діагнозу злоякісного новоутворення і особливості протипухлинного лікування обумовлюють патологічний вплив на емоційну сферу пацієнтів з подальшим формуванням порушення адаптації в рамках відношення до хвороби та негативно впливають на якість життя та соціальне функціонування онкохворих.

О. С. Ващенко

РОЛЬ РОДИНИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ (НА МОДЕЛІ РОЗЛАДІВ СПЕКТРУ АУТИЗМУ)

Український НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології

Більшість дітей з розладами спектру аутизму (РСА) відстають від вікової норми розвитку психічних та моторних навичок. Вони характеризуються різко дисгармонічним розвитком, що стає передумовою формування з віком когнітивної недостатності. Застосування методів «відтвореного онтогенезу» дозволяє скоригувати індивідуальний розвиток дитини з РСА, усунути відставання у формуванні моторних, пізнавальних, соціальних навичок та створити передумови для шкільного навчання та формування адаптивної поведінки.

Метою дослідження було визначення середовищних факторів, що впливають на ефективність ранніх домашніх інтервенцій.

Нами рандомізовано 30 дітей з РСА у віці від 2 до 6 років.

Для отримання інформації про актуальний стан дитини, наявний потенціал її розвитку проводилося психодіагностичне обстеження, яке включало скринінг з використанням психоосвітнього профілю (PEP-R), шкали адаптивної поведінки (Vineland II), сенсорну діагностику (скринінг з використанням Sensory Processing Measure-Preschool).

Психоосвітній профіль дає інформацію про рівень розвитку (вік) різних психічних сфер дитини (імітації, сприйняття, дрібної та великої моторики, зорово-моторної координації, пізнавальної сфери, мови як засобу комунікації); визначає вік її актуального когнітивного функціонування та зони найближчого розвитку. Шкала адаптивної поведінки оцінює рівень сформованості адаптивної поведінки дитини: вік, якому відповідають навички комунікації (розуміння та використання усної

та письмової мови), повсякденні навички (самообслуговування, охайності, побутові, суспільні); навички соціально адаптивної поведінки (підтримання міжособистісних стосунків, спільної ігрової діяльності, дружніх стосунків), моторні навички. Сенсорна діагностика дозволяє визначити порушення відчуття та сприйняття в різних сферах перцепції – зоровій, слуховій, тактильній, смаковій, нюховій, пропріоцептивній та вестибулярній.

За результатами діагностики ми будували профіль розвитку дитини, визначили реабілітаційні пріоритети, формували індивідуальну програму тренінгів.

Запропонована нами модель інтенсивної ранньої домашньої поведінкової інтервенції (ІДПІ) є комплексом реалістично відтворюваних в домашніх умовах і силами звичайної української родини реабілітаційних тренінгів, спрямованих на розвиток проблемних психічних сфер з опорою на сильні сфери психіки дитини. ІДПІ спирається на «концепцію відтвореного онтогенезу», застосовує техніки прикладного поведінкового аналізу, флортайм-терапії для поведінкової корекції, комплексний підхід до мовної реабілітації.

Реабілітаційний процес передбачає проведення: когнітивних тренінгів, спрямованих на відновлення природного шляху розвитку пізнавальних функцій шляхом штучного формування знань і навичок, із врахуванням особливостей сприйняття та обробки інформації дитиною з РСА; поведінкових тренінгів, які мають на меті формування адекватних форм поведінки шляхом заохочення бажаної, ігнорування демонстративної та усунення руйнівної; мовні тренінги, скеровані на розвиток понятійного апарату мови, розвиток та систематизацію

пасивного словника, здобуття артикуляційних навичок, заохочення до використання мови при спілкуванні та задоволенні потреб. Тренінги ігрової діяльності мають на меті збагачення ігрової діяльності простими імітаційними сценаріями, формування «звички гратися у вільний час», «опрацювання через гру простих соціальних історій». Особливе значення мають тренінги емоційної когніції та соціальної перцепції, на яких здійснюється моделювання ситуацій для напрацювання первинного дитячого соціального досвіду, такого як вміння гратися на одному майданчику з іншими дітьми, обмінюватися іграшками, кататися на гойдалці, дотримуючись черги, сидючи за столом виконувати інструкції вихователя.

Важливою складовою ІДП є навчання батьків. Метою навчання є досягнення розуміння батьками: 1) природи розладу дитини, особливостей її розвитку та поведінки; 2) мети та задач відповідного етапу реабілітації; 3) необхідності або недоцільності залучення додаткового корекційного персоналу; 4) важливості гри та соціальної інтеграції; опанування батьками: 1) методів підвищення ефективності управління поведінкою дитини; 2) методів усунення небажаної поведінки; 3) методів напрацювання нових знань та навичок.

Після 4–6 місяців реабілітаційних тренінгів, які проводять батьки в домашніх умовах ІДП передбачає етап оцінки ефективності втручання. Повторна діагностика спеціалістом дозволяє оцінити виконання завдань даного реабілітаційного етапу, та визначити мету і завдання

для наступного, дозволяє продемонструвати динаміку реабілітаційного процесу, що працює як додатковий фактор мотивації батьків.

Результати дослідження виявили предиктори клінічної ефективності ІДП. Ефективною виявляється робота батьків: 1) які залучені всією родиною в реабілітаційний процес, а не розуміють реабілітацію дитини як обов'язок одного із членів родини; 2) які розуміють мету даного етапу реабілітації; 3) які виявляються здатними забезпечити реабілітаційний вплив на дитину за різними сферами індивідуальної реабілітаційної програми.

Неефективними виявилися батьки: 1) які не зрозуміли природи розладу дитини, особливостей її поведінки; 2) які не спромоглися гармонізувати розвиток різних сфер психічного розвитку дитини з РСА, а сконцентрувалися на розвитку її сильних особливостей, ігноруючи слабкі, не нав'язуючи таким чином формування гармонійної системи знань та навичок; 3) які не погодились із спеціалістом щодо мети та задач даного етапу реабілітації, поставили свої задачі (більш вузькі – наприклад не реабілітація дитини для відвідування масового дитячого садочку, а елімінація стереотипної поведінки, або розвиток мови); 4) які проводили однобічні тренінги, ігноруючи послідовності набуття знань та навичок.

Отже, запропонована нами модель інтенсивної ранньої домашньої поведінкової інтервенції (ІДП) може бути розглянута як ефективний варіант раннього втручання у дітей з РСА.

Н. Ю. Веньовцева

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

Незважаючи на стійку тенденцію до зростання захворюваності на соматоформну вегетативну дисфункцію серед підлітків, даній категорії пацієнтів приділяється увага переважно з боку лікарів-терапевтів. Підлітки із функціональними порушеннями різних систем та органів спостерігаються у гастроентерологів, кардіологів, неврологів тощо, хоча соматоформну вегетативну дисфункцію можна віднести до психосоматичних розладів.

У контексті підліткового віку, який є складним періодом як фізичної, так і психологічної перебудови організму, значної соціально-психологічної дезадаптації в умовах стрімкого розвитку сучасного суспільства із його вимогами, соматоформна вегетативна дисфункція є частим розладом невротичного реєстру. Поряд із функціональними симптомами, які зазвичай супроводжують його, у клінічній картині спостерігаються афективні порушення, такі як: тривога, дратівливість, емоційна лабільність тощо. Нездатність підлітків справлятися із значним впливом суспільства, його нормами та стереотипами, часто завищені вимоги до них, з яким зазвичай вони ще не здатні впоратися самостійно, призводять до розвитку соматоформної вегетативної дисфункції. Враховуючи це,

у комплексному лікуванні таких пацієнтів необхідно коригувати не лише соматичні, а й психологічні симптоми.

Незважаючи на зусилля лікарів-соматологів, соматоформна вегетативна дисфункція, особливо серцево-судинної системи, має стійку тенденцію до рецидивування, а ремісії часто є нестійкими та неякісними. У зв'язку із цим, потреба у медико-психологічному супроводі підлітків, хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію, є актуальною та своєчасною. Підлітки, яким поряд із основним курсом лікування надається медико-психологічна допомога, краще адаптуються у стаціонарних умовах, у них відзначається більш швидка редукція функціональної та афективної симптоматики та стабілізація як фізичного, так і психологічного стану.

Необхідність створення науково обґрунтованої моделі медико-психологічного супроводу підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією, особливо на етапі стаціонарного лікування, є необхідною умовою для покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам із даним захворюванням, а також зниження рівня захворюваності серед підлітків та покращення їх якості життя.

Вербенко В. А.

ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», Крым

Коморбидность нарушений настроения и злоупотреблений алкоголем достаточно часто обсуждается в научных публикациях (И. П. Анохина 2002, Н. Н. Иванец 2004, 2006, Т. В. Агибалова 2007 и др.). Несмотря на многочисленные исследования, остается много спорных вопросов, а выводы некоторых авторов неоднозначны и противоречивы. Эти противоречия могут быть связаны с использованием различных диагностических критериев аффективных расстройств, недооценкой роли аффективной патологии в клинических проявлениях алкоголизма, различными методическими подходами исследований. Аффективные расстройства могут быть непосредственным следствием употребления алкоголя или состояния его отмены, негативно влиять на эффективность терапии зависимости, имеют более высокий риск рецидива. Со временем симптомы аффективного расстройства и симптомы зависимости становятся настолько взаимосвязанными, что невозможно определить, что первично, а что вторично. При этом рассматриваемые расстройства могут развиваться и независимо друг от друга, в разные периоды времени.

Нами проведено изучение особенностей психических и поведенческих расстройств у лиц употребляющих алкоголь с вредными последствиями у 75 женщин и 75 мужчин, сопоставимых по возрасту, демографическим показателям.

В результате проведенного исследования выявлены гендерные отличия клинических проявлений психических и поведенческих расстройств у лиц употребляющих алкоголь. Для женщин были более характерными проявления тревоги (65,71%), чувство страха (65,71%), вегетативные нарушения (68,57%) нарушения аппетита (57,14%) и сна (88,57%), тогда как раздражительность (62,85%), чувство собственной неполноценности (45,71%), асоциальное (31,42%) и агрессивное (31,42%) поведение, снижение работоспособности (97,14%) и чувство вины (54,28%) оказались выше в группе мужчин, по сравнению с группой женщин ($p < 0,05$). Изучаемые группы имеют существенные различия по степени выраженности аффективных нарушений: в частности показатели тяжести депрессии по шкале Гамильтона (HDRS17) и шкале Бека существенно выше у мужчин ($p < 0,01$); а выраженность тревоги по шкале Гамильтона (HARS) выше у женщин ($p < 0,01$). Выявлены гендерные различия в развитии коморбидной патологии: для женщин наиболее значимым являлось неблагоприятное социальное положение, тогда как у мужчин социальное положение ухудшалось по мере прогрессирования заболевания и не находилось в прямой связи с исходным неблагоприятным фоном ($p < 0,05$).

Ю. А. Войтенко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ШИЗОФРЕНІЇ У ХВОРИХ, ЩО ВЖИВАЛИ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

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

Захворювання спектра шизофренії насамперед пов'язують зі спадковістю, проте дослідження останнього десятиріччя демонструють значущість впливу факторів зовнішнього середовища на їх маніфестацію та перебіг. Досліджується взаємодія генетичної predisпозиції з чинниками зовнішнього середовища, які діють в різні періоди життя: пренатальний (гіпоксично-ішемічні ураження мозку, внутрішньоутробні інфекції), в ранньому дитячому віці (психічні травми пов'язані з емоційною депривацією, неналежним доглядом та піклуванням), підлітковий (вживання психоактивних речовин) (ПАР).

Канабіноїди, поряд із алкоголем, є найбільш уживаними серед ПАР (SAMHSA, 2011), їх вживання розповсюджене серед людей з психотичними розладами. Доведено, що регулярне вживання канабісу підвищує ризик маніфестації первинного психотичного епізоду, хоча питання впливу вживання ПАР на шизофренію залишається дискусійним. Існує думка, що вживання

ПАР пов'язане з менш сприятливим перебігом шизофренії більшою тяжкістю нейрокогнітивних. За результатами інших досліджень стверджується, що хворі на шизофренію, які вживають канабіноїди, мають менш тяжкий перебіг захворювання.

Метою дослідження було встановлення впливу регулярного вживання ПАР, зокрема канабіноїдів, на вік маніфестації, клінічну типологію маніфестних станів, прогресивність, тяжкість нейрокогнітивних порушень та соціальної дезадаптації при шизофренії, шизотипових, маячних та шизоафективних розладах.

Рандомізовано 72 хворих з розладами спектру шизофренії (F20 – F29): 42 хворих регулярно вживали ПАР в доманіфестному періоді, 30 почали вживати ПАР після першого психотичного епізоду.

Середній вік респондентів складав 27 ± 35 років, серед яких переважали чоловіки (75%). Сумарна кількість балів за шкалою позитивних та негативних симптомів

складала не менше 60. Стан пацієнтів характеризувався підгострою психопатологічною симптоматикою (сума балів по шкалі PANSS в середньому становила 76,4), по шкалі CGI-S в обох групах переважали хворі з помірно вираженими та вираженими психічними розладами.

Серед хворих на шизофренію вживання ПАР протягом того чи іншого періоду життя спостерігалось у 37 (51,4%), систематичне зловживання у 8 (11,1%) рандомізованих пацієнтів. Куріння конопель (канабісу) спостерігалось у 15 (20,8%), алкоголю – у 10 (13,9%) хворих.

Мотивами вживання ПАР, зокрема канабіноїдів, у доманіфестному періоді були емоційне напруження, відчуття зміни власного «Я», переживання, пов'язані з появою перших симптомів шизофренії. Таким чином, існує прямий зв'язок між вживанням ПАР та наступним розвитком психотичного розладу, проте, залишається недоведеною роль канабіноїдів як чинника, який викликає чи провокує захворювання.

У пацієнтів, які почали вживати психоактивні речовини після першого психотичного епізоду, спостерігалися ознаки клінічного поліморфізму: підвищення частоти рецидивів, що знаходило відображення в зростанні кількості госпіталізацій, зростання питомої ваги галюцинаторно – маячної та афективно-маячної симптоматики, зменшення тяжкості нейрокогнітивних порушень.

У клінічній картині хворих з коморбідною залежністю від психоактивних речовин тяжкість продуктивної

психопатологічної симптоматики при оцінюванні за шкалою позитивних симптомів PANSS була в середньому на 15 балів вищою порівняно з контрольною групою. Встановлено зв'язок між інтенсивністю зловживання, дозами психоактивних речовин та клінічними особливостями розладів спектра шизофренії: вживання в невеликих дозах корелює з домінуванням негативної та нейрокогнітивної симптоматики, інтенсивне зловживання корелює зі схильністю до шубоподібного перебігу, наявністю афективних розладів.

За результатами дослідження робиться висновок про наявність причинно-наслідкового зв'язку між вживанням ПАР та наступною маніфестацією розладів спектра шизофренії. Робиться припущення, що вживання ПАР ймовірно виникає у хворих на шизофренію як відповідь на зміни психіки в доманіфестному періоді. Подальше вживання ПАР обумовлює більш злоякісний перебіг, погіршує соціальний прогноз шизофренії. При терапії та реабілітації хворих на шизофренію має враховуватися наявність коморбідної залежності від психоактивних речовин. Має бути досліджена ефективність застосування розробленої в Українському НДІ ССПН стратегії, що включає профілактичні заходи, скеровані на зловживання психоактивними речовинами в специфічних групах ризику по шизофренії та специфічну терапію залежності на етапі стабілізації ремісії.

Н. Б. Волжева, К. А. Чайковська

РОЗЛАДИ СПЕКТРА АУТИЗМУ ЯК НОВА ПРОБЛЕМА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛИМ

Київський міський психоневрологічний диспансер №5

За останні роки рівень захворюваності на аутизм зростає в усіх країнах світу. За даними ВООЗ поширеність розладів спектра аутизму в дитячому віці складає понад 1% від дитячої популяції, всього у світі нараховується близько 67 млн хворих на аутизм. За даними більшості оглядів останніх років захворюваність становить 1–2 на 1000 для аутизму та близько 6 на 1000 для розладів спектра аутизму (Ньюзафер, Кроен, Деніелз та ін., 2007). Це створює великі труднощі не тільки для працівників сфери психіатричної допомоги, а і для системи охорони здоров'я в цілому.

Метою дослідження було встановлення поширеності розладів загального розвитку в дитячому віці, наступності принципів їх діагностики та терапії після досягнення дітьми повноліття, якості діагностики розладів у дорослих.

Нами було проведено суцільне обстеження пацієнтів Київського міського психоневрологічного диспансеру №5, переведених з дитячих дільниць під спостереження дорослого психіатра по досягненню 18-річного віку за останні п'ять років та дітей, що перебувають під спостереженням дитячого психіатра на час обстеження.

Вибірка пацієнтів, переданих під спостереження психіатричної служби для дорослих складала 141 особу 1990–1994 років народження. Протягом 1991–2007 років

у 4 (2,9%) з них було діагностовано «Ранній дитячий аутизм». Діагностика розладу проводилася у відповідності до діагностичних критеріїв МКХ 10.

Із чотирьох пацієнтів троє були переведені під нагляд психіатра з діагнозом «Шизофренія, проста форма (F 20.6)», один з діагнозом «Легка розумова відсталість (F 70.0)». Трьом з чотирьох хворих була встановлена група інвалідності: двом – за діагнозом «Шизофренія» (2 та 3 групи інвалідності), одному – за діагнозом «Розумова відсталість» (2 група інвалідності). Один хворий не отримав групи інвалідності.

У той же час, на момент дослідження під спостереженням дитячого психіатра в КМПНД №5 залишалось 45 дітей із розладами спектра аутизму, що складає 5,6% від загальної кількості дітей, які перебувають на обліку.

Отримані дані свідчать про вкрай низький рівень діагностики розладів спектра аутизму. Рівень діагностики аутизму лікарями-психіатрами дитячими є вищим. Очевидним є факт, що зміна діагнозу при досягненні дітьми з розладами спектра аутизму повноліття була пов'язана із намаганням вирішити питання їх соціального захисту, так як діагнози, з якими були переведені хворі, гарантовано забезпечували їм право на отримання щомісячної державної матеріальної допомоги.

Проте, згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 (єдиного нормативного документа для обліку захворюваності, причин звернень населення в медичні установи та причин смерті, що використовується в Україні), розлади спектра аутизму можуть бути діагностовані у дітей віком від трьох років та дорослих. Також в МКХ-10 відсутні вказівки щодо необхідності зміни діагнозу по досягненню такими пацієнтами 18-річного віку.

Не викликає сумніву і той факт, що розлади спектра аутизму через обмеження працездатності також можуть бути причиною встановлення групи інвалідності.

Аутизм є невиліковною хворобою, що зумовлює значні обмеження соціального функціонування та працездатності. Про це свідчать і дослідження зарубіжних вчених. Так, у Великобританії 88% дорослих із аутизмом без розладів розвитку шкільних навичок залишаються безробітними незважаючи на те, що мають знання, які дозволяють їм працювати. Більшість хворих з розладами спектра аутизму можуть працювати лише у спеціально створених умовах, тільки 12% працюють за повним робочим графіком (Барнард та ін., 2001).

За практикою, що склалася в Україні, по досягненню хворими із аутизмом віку 18 років діагноз змінювався на інші, «дорослі» діагнози: шизофренія, органічне ураження головного мозку, розумова відсталість. Така ситуація пов'язана насамперед із недосконалістю системи медико-соціальної допомоги та відсутністю чітких критеріїв щодо ступеня втрати працездатності у хворих на розлади спектра аутизму при встановленні ознак інвалідності. Вказані проблеми знайшли своє відображення у Листі Міністерства охорони здоров'я України від 09.11.2012р., в якому МОЗ висловило своє занепокоєння ситуацією, що склалася та запропонувало стратегію усунення даних недоліків.

Актуальність соціальних проблем, пов'язаних із аутизмом є значною не лише для України, а і для інших країн світу. Проте, на відміну від України, в інших країнах вже накопичений певний досвід у діагностиці, лікуванні та соціальній допомозі дорослому населенню із розладами спектра аутизму, існує дієва законодавча база, розроблені діагностично-лікувальні керівництва.

Так, у 2008 р. Уряд Асамблеї Уельсу розробив Стратегічний план щодо розладів спектра аутизму, який

містить ряд рекомендацій та заходів, які мають впроваджуватись з 2008 по 2011 роки, та включають в себе освітню підготовку лікарів, розвиток команди місцевих фахівців та підтримку експертів на державному рівні.

У 2009р. в Англії був прийнятий «Закон про Аутизм», метою якого було спонукання урядом органів місцевої влади та охорони здоров'я до створення стратегії дій щодо аутизму. У відповідь на це, Міністерство охорони здоров'я розробило Стратегію щодо дорослих із аутизмом, яка містила низку положень по сприянню розвитку та вдосконалення сфери послуг для дорослого населення, що страждає на аутизм.

Незважаючи на такі активні дії, система охорони здоров'я Великобританії постала перед рядом проблем у реалізації даних стратегій, пов'язаних із недостатністю доказової бази, різноманітністю проблем і потреб у хворих із аутизмом та необхідністю диференційованого підходу до їх розв'язання (Керівництво з діагностики і ведення дорослих із розладами спектра аутизму, Велика Британія, 2012).

В Україні зроблені лише перші кроки на шляху до визнання важливості проблеми аутизму у дорослих та подолання недосконалостей системи надання медичної та соціальної допомоги таким хворим. На даний момент перед системою охорони здоров'я постає завдання по усуненню виявлених недоліків та підвищенню якості допомоги дорослим із діагнозом аутизму. Способами вирішення цих проблем можуть бути:

- інформування широких верств населення щодо наявності проблеми аутизму у дорослих для створення умов для соціальної інклюзії хворих з порушеннями соціальної реципрокності та соціальної взаємодії;
- підвищення освітнього рівня працівників закладів охорони здоров'я для покращення рівня діагностики та надання медичної допомоги хворим із даною патологією;
- розробка керівництв та клінічних протоколів з діагностики та лікування дорослих із аутизмом;
- вдосконалення системи медико-соціальної допомоги та розробка чітких критеріїв при визначенні ознак інвалідності особам із аутизмом після 18 років.

Л. О. Герасименко

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОДРУЖНЬОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, м. Полтава

Нині зростання кількості соматоформних розладів відбувається невпинно. Це потребує вивчення порушень сексуального здоров'я при даній патології, а також аналізу механізмів їх виникнення, клінічних особливостей, методів психотерапевтичної корекції та корекції подружньої, сексуальної дезадаптації, що неодмінно виникає, як результат хвороби партнера. Було поставлене завдання: на підставі системного, інтегративного

підходу до вивчення стану сімейного функціонування, подружньої дезадаптації в сім'ях, де жінки хворіють на соматоформні розлади, розробити принципи та методи психокорекції.

Вивчено 38 хворих з соматоформними розладами з порушенням сексуального здоров'я жінок та їх чоловіків за допомогою клініко-психопатологічних методів обстеження подружньої пари; системно-структурного

аналізу сексуального здоров'я, сімейного функціонування, здоров'я сім'ї; психодіагностичних методів вивчення відмінностей особистості, міжособистісних стосунків чоловіків та жінок, подружньої пари. Виділені форми подружньої дезадаптації і варіанти сексуальної дисфункції при досліджуваній патології у жінок. У ході дослідження вивчено особистісні відмінності подружніх пар, їх взаємини, мікросоціальні чинники, що впливають на стан адаптації. З числа обстежених у 32 ($85 \pm 4\%$) була наявна подружня дезадаптація, у інших 6 ($15 \pm 4\%$) дезадаптація не спостерігалась, незважаючи на соматоформні розлади у жінок. Дані подружжя було обстежено в якості контрольної групи. Визначено роль негативних психологічних, соціальних, соціально-психологічних факторів у порушенні подружньої адаптації за визначеної патології. Стан сексуального здоров'я досліджували за методом системно-структурного аналізу за В. В. Кришталем. Встановлено, що у $44 \pm 5\%$ мала місце первинна сексуальна дисфункція, у $19 \pm 4\%$ – вторинна, і у $37 \pm 5\%$ подружжя мала місце первинна сексуальна дезадаптація. Первинна дезадаптація визначалась у комунікативній, статево-рольовій, сексуально-еротичній та конституціональній формах, вторинна дисфункція – в паторефлекторній та абстинентній. Первинна сексуальна дезадаптація визначається у чотирьох

клінічних формах – комунікативній, статево-рольовій, сексуально-еротичній, конституціональній, кожна з яких має свої причини й механізми розвитку. Комунікативна форма дезадаптації виникає за зниження адаптаційних можливостей особистості внаслідок утруднень у вираженні своїх сексуальних потреб та очікувань на вербальному рівні або ж відсутності почуття любові, навіть до сексуальної і психологічної аверсії. За нашими спостереженнями сексуальна форма аверсії відмічалась у $22 \pm 4\%$ випадків, психологічна у $16 \pm 4\%$ випадків. Результати психодіагностичних досліджень засвідчили про те, що показники подружньої адаптації і подружнього щастя за сексуально-еротичної і конституціональної форм дезадаптації вище, аніж за комунікативної та статево-рольової форми та в більшій мірі призводять до актуалізації внутрішньоособистісного конфлікту у жінок. При соматоформних розладах вторинна сексуальна дисфункція значно погіршує рівень подружньої адаптації. Враховано роль психологічних та соціальних чинників у розвитку психосоціальної, сексуальної дезадаптації подружньої пари. На основі результатів дослідження сформована система диференційованих психотерапевтичних заходів, спрямованих на корекцію сексуального здоров'я та здоров'я сім'ї у жінок, хворих на соматоформні розлади.

А. Н. Дзюба, Н. А. Дзеружинская, Е. В. Харчук

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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

Цель исследования. Оценить влияние гипертонической болезни на выраженность когнитивного дефицита у пациентов с параноидной шизофренией.

Материал и методы. Обследовано 65 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения. Основную группу составили 36 пациентов, у которых помимо основного заболевания была диагностирована гипертоническая болезнь 2 ст. Группу сравнения составили 29 пациентов с неосложненной шизофренией. Все обследуемые были женщинами, проходившими лечение в условиях психиатрического стационара. Группы были сопоставимы по возрастному составу, 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, экспериментально-психологический, статистический. Проведение экспериментально-психологического исследования включало в себя использование комплекса нейропсихологических тестов: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA), тест «10 слов» А. Р. Лурия, тест зрительной ретенции А. Бентона, тест беглости речевых ответов (VFT) – категориальная и буквенная части, тест Струпа, тест на

зрительно-моторную координацию (Trailmakingtest, TMT). Статистическая обработка осуществлялась с помощью статистического пакета SPSSStatistics 17.0.

Результаты. 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).

Все когнитивные тесты показали достоверное худшее выполнение когнитивных тестов пациентами с шизофренией, отягощенной гипертонической болезнью ($p \leq 0.01$, U-критерий Манна-Уитни), за исключением показателей первой части теста Струпа (методика словесно-цветовой интерференции), имеющей вспомогательное значение. 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.

Обсуждение. 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 реабилитационных программ, направленных на достижение комплаентности касательно не только антипсихотического лечения, но и мероприятий, нацеленных на устранение отягощающих соматогенных факторов.

О. М. Дзюба, Н. О. Дзеружинська, І. Ф. Здорик
ВЛИВ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ
НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Національний медичний університет ім. акад. О. О. Богомольця, м. Київ

З метою дослідження впливу депресивних розладів на когнітивні функції у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу нами було обстежено 67 пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні гіпертонічної хвороби Національного наукового центру «Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» з діагнозом гіпертонічна хвороба II ст. До основної групи увійшли 35 осіб, у яких було діагностовано депресивний розлад. Група порівняння складалася з 32 пацієнтів. Усі обстежені були жінками; групи суттєво не відрізнялися між собою за віком, освітою та соціальним статусом. Усім хворим проводили клініко-психопатологічне, клініко-неврологічне та нейропсихологічне обстеження. Соціально-демографічні показники вивчалися за допомогою уніфікованої карти обстеження. Нейропсихологічне дослідження проводилось на 2–3 день госпіталізації включало в себе Монреальський когнітивний тест (MoCA), методика «Запам'ятовування 10 слів» О. Р. Лурія, тест «Шифровка», тест «Коректурна проба», методика «Таблиці Шульте». У комплексі психодіагностичних методів застосовували шкали реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна; клініко-психопатологічний метод доповнювали використанням госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS).

Середній вік основної групи склав $60,4 \pm 7,5$ роки, групи порівняння – $57,06 \pm 6,83$ роки. Розподіл соціально-демографічних показників не відрізнявся у обох групах, окрім показника «робота»: кількість працюючих пацієнтів була більшою в групі порівняння. Наявність гіпертонічної хвороби в анамнезі, середній вік початку захворювання та вік пацієнта на момент включення в дослідження статистично не відрізнялися між обома

групами. Рівень систолічного артеріального тиску мав тенденцію до більш високих значень у жінок, які страждали на депресивний розлад, поєднаний з гіпертонічною хворобою. Рівень депресії більшості жінок основної групи характеризувався клінічно вираженими симптомами та відповідав 11 балам і більше за HADS. Аналіз співвідношень рівнів реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) виявив більш високий рівень РТ та ОТ у пацієнтів основної групи; однак пацієнти, що страждали на гіпертонічну хворобу без депресивного розладу також мали достатньо високі бали за обома субшкалами (РТ $40,8 \pm 10,9$ та ОТ $46,6 \pm 8,2$). Результати Монреальського когнітивного тесту були достовірно зниженими у пацієнтів обох груп, проте жінки основної групи мали гірші показники, ніж хворі групи порівняння ($23,0 \pm 2,4$ та $24,0 \pm 1,6$ відповідно). Аналогічна тенденція спостерігалася при виконанні методик «Таблиці Шульте» та «Запам'ятовування 10 слів», тесту «Шифровка» та «Коректурна проба».

Аналіз отриманих результатів свідчить про те, що депресія чинить негативний вплив на перебіг гіпертонічної хвороби та сприяє зниженню когнітивних функцій. У ряді випадків депресивний розлад може «маскуватися» за когнітивним дефіцитом. Таким чином, соматична обтяженість пацієнтів старшої вікової групи часто приводить до діагностичних труднощів, і, як наслідок, збільшення відсотка нерозпізнаних депресій. Діагностика депресивних розладів та когнітивних порушень у пацієнтів з гіпертонічною хворобою дозволить диференційовано підходити до терапії та реабілітації зазначеного контингенту хворих, сприятиме зниженню ризику розвитку деменції, поліпшенню якості життя пацієнтів.

О. М. Дзюба, О. С. Орлова
КОГНІТИВНІ ТА АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ НЕВРОЛОГІЧНОГО
ПРОФІЛЮ

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

За останні роки погляди вчених на механізми формування хронічного прогресуючого судинного ураження головного мозку зазнали суттєвих змін. Що відповідно

знайшло своє відображення і в зміні розуміння самого визначення поняття «дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ)». На сучасному етапі ДЕ розглядається, як синдром

хронічного прогресуючого багатоглинищового або дифузного ураження головного мозку різної етіології, який проявляється різноманітними неврологічними, нейропсихологічними і психічними порушеннями, що розвивається в результаті повторних гострих порушень кровообігу та/або хронічної недостатності кровопостачання головного мозку.

Новітні дослідження клінічної картини ДЕ дозволили також акцентувати увагу саме на когнітивних порушеннях, які являють собою своєрідне ядро клінічної картини, яке у більшості випадків визначає тяжкість стану пацієнтів. Важливо відмітити, що когнітивні розлади є достатньо відтворюваним симптомом ДЕ, тобто при повторних дослідженнях вони мають однакові прояви, навіть, якщо ці дослідження проводились різними спеціалістами, на відміну від об'єктивних патологічних симптомів початкових проявів ДЕ. А тому, саме дослідження когнітивних порушень має найбільше діагностичне значення. А їх ретельне вивчення разом з когнітивними розладами та оцінкою якості життя даного контингенту пацієнтів дозволяє виявити, необхідні для подальшої медикаментозної інтервенції, важливі зв'язки.

За характером та вираженістю нейропсихологічних симптомів когнітивні розлади клінічно різноманітні. На ранніх стадіях ДЕ вони характеризуються легким або помірним ступенем вираженості. Легкі когнітивні розлади (ЛКР) мають нейродинамічний характер. ЛКР не утруднюють професійну та соціальну активність, але їх можна виявити, спираючись на скарги пацієнта та проведення нейропсихологічного дослідження. У пацієнтів з помірним когнітивним розладом (ПКР) виявляються первинні порушення пам'ятовування, орієнтування, просторових функцій, функцій мови. При цьому порушується виконання навіть тих нейропсихологічних тестів, в яких не було введено обмеження часу, але тим не менш зберігається здатність до компенсації когнітивного дефекту.

Серед афективних порушень для ранніх стадій ДЕ найбільш характерна судинна депресія та емоційна лабільність. Зниження фону настрою відмічається у більшості випадків ДЕ та частіше являється легким або помірним по вираженості. При цьому емоційні розлади можуть негативно впливати на когнітивну сферу. Однак, вираженість депресії при ДЕ не відповідає вираженості

когнітивних розладів. При ДЕ когнітивні та афективні порушення являють собою незалежні один від одного паралельні розлади.

Метою нашого дослідження було вивчити ранню маніфестацію когнітивних та афективних порушень у пацієнтів середнього віку із дисциркуляторною енцефалопатією різного ступеня вираженості.

Матеріали та методи дослідження. Нами було обстежено 60 пацієнтів двох неврологічних відділень міської клінічної лікарні №4 міста Києва з діагнозом ДЕ I-III ст. Віковий діапазон склав 45–59 років, що відповідає середньому віку за визначенням ВООЗ. Контрольна група складалась із 30 відносно здорових осіб. Для оцінки когнітивних та афективних порушень застосовувались такі методики: Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій, тест малювання годинника, тест вербальних асоціацій, проба Шульте, запам'ятовування та відтворення 12 слів, госпітальна шкала депресії та тривоги, шкала Спілбергера–Ханіна. Для оцінки якості життя – шкала SF-36.

Результати. За даними результатів проведеного нами дослідження порушення когнітивних функцій відмічались у 74,2% хворих. У структурі когнітивного дефіциту переважали помірні (48,7%) та легкі (42%) розлади, рідше спостерігались тяжкі когнітивні порушення (9,3%). У стані афективної сфери була виявлена наявність депресивного синдрому (в 15,3%). В легкому ступені депресивна симптоматика була відмічена у 75 (6%), в помірному ступені – 24,4%, тяжкий ступінь діагностовано не було.

Обговорення. У ході дослідження виявлено кореляцію між ступенем вираженості ДЕ та глибиною когнітивних та афективних порушень. Порушення когнітивних функцій у більшості пацієнтів у кожній з груп відповідно до розподілу за ступенем ДЕ в цілому мали схожі характеристики. Наявність депресивного синдрому у деяких пацієнтів була фактором, який додатково погіршував тяжкість когнітивного дефіциту. Таким чином, подальше вивчення когнітивних та афективних порушень при ДЕ та їх кореляційних зв'язків на різних рівнях дозволить оптимізувати надання допомоги пацієнтам для стабілізації їх стану та попередження трансформації когнітивних розладів у деменцію, а також дозволить забезпечити довгострокове покращення якості їх життя.

**О. М. Дзюба, О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, В. П. Кардашов,
К. І. Тарновецька, О. В. Прохорова**

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ ПОШИРЕНOSTІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ У ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ МЕРЕЖІ

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

Тенденцією останніх десятиліть, за даними епідеміологічних досліджень різних країн, є виявлення значної частки пацієнтів з психічними розладами поза психіатричної мережі (Goldberg D. і співавт., 1995; Jacobi F., Wittchen HU., 2005; Ohayon M.M., 2007; Марута Н. О.,

2008, 2012; Чабан О. С., Хаустова О. О. 2012), причому більшість із них накопичується в установах загальносоматичного профілю (Sartorius N., 1995; Лебедева В. Ф., Семке В. Я., 2007; Краснов В. М. і співавт., 2008; Табачніков С. І., 2009; Чабан О. С., 2011, Пінчук І. Я., 2010).

Більшість цих пацієнтів з поєднаними розладами ніколи не звертаються за допомогою до установ психіатричної мережі – цей контингент не враховується службами статистики в офіційних звітах як такий, що потребує психіатричної допомоги, отже, спотворюється клінічна реальність і епідеміологічні тенденції у психіатрії (Чуркін А. А., 2007; Незнанов Н. Г., 2009; Марута Н. О., 2009; Чабан О. С., 2010).

Як відомо, психічні розлади багаторазово збільшують тяжкість перебігу соматичної хвороби, підвищують загрозу для життя, посилюють тягар захворювання (Маркова М. В., 2005; Чазов Є. І., 2007; 2009), при цьому питання співвідношення психічних і хронічних неінфекційних захворювань, що спостерігаються на етапі первинної ланки медичної допомоги, залишаються найменш розробленими (Смулевич А. Б., 2007, 2010; Марута Н. О., 2011). Тому необхідно науково обґрунтувати, розробити системну програму для скринінгової діагностики з подальшим моніторингом психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на рівні первинної ланки надання медичної допомоги. Для досягнення зазначеної мети необхідно:

досліджувати поширеність та клінічний розподіл психічних і психосоматичних розладів; верифікувати на статистичному рівні клінічну систематику, розробити батарею скринінгових тестів для пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями; визначати принципи алгоритму терапевтичної тактики, диференційованих відповідно до спектра психопатологічних порушень і на підставі отриманих даних створити модель психіатричної допомоги «зустрічного руху» з визначенням організаційних форм участі спеціалізованої служби в умовах загально соматичної мережі та їх взаємодії з іншими службами. Вперше в одній системі будуть поєднані клініко-анамнестичний, нейрофізіологічний, патопсихологічний, клініко-психопатологічні методи з визначенням індикаторів, предикторів і превенторів психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями. Впровадження системи має забезпечити ефективне міждисциплінарне співробітництво психіатрів та лікарів загальної практики щодо пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями для покращення якості життя пацієнтів і раціонального використання медичних ресурсів.

**О. М. Дзюба, О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, В. П. Кардашов,
К. І. Гарновецька, О. В. Прохорова**

ПРОБЛЕМА НАДАННЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

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

Важливість поєднання психічного, соматичного та соціального здоров'я людини була підкреслена у визначенні Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) і отримала вагоме підтвердження в багатьох наукових дослідженнях. Частота психосоматичних розладів є досить високою і коливається серед населення від 15 до 52%, а в загально медичній практиці – від 30 до 57%. Останнім часом відзначається тенденція до зменшення проявів психічних порушень, але насправді це не так і пояснюється тим, що вони стали м'якші, «непомітніші», «терпиміші для оточуючих» (Goldberg D. і співавт., 1995; Jacobi F., Wittchen HU., 2005; Ohayon M.M., 2007; Марута Н. О., 2008, 2012; Чабан О. С., Хаустова О. О. 2012). Прогнозується «вуалізація» і зростання кількості психічних порушень у загально соматичній мережі відповідно даних ВООЗ до 2020 року. Діагностика з установкою соматичного діагнозу та ігноруванням психічних порушень лікарями загальносоматичної мережі призводить до неадекватного лікування, хронізації, а/або багаторазово збільшує тяжкість перебігу соматичної хвороби, підвищує загрозу для життя, посилює тягар

захворювання (Маркова М. В., 2005; Чазов Є. І., 2007; 2009; Хаустова О. О. 2012). Все це свідчить, що питання співвідношення психічних і хронічних неінфекційних захворювань, що спостерігаються на етапі первинної ланки медичної допомоги, залишаються найменш розробленими в психіатрії (Смулевич А. Б., 2007, 2010; Марута Н. О., 2011).

Крім того, недостатньо визначена потреба в психотерапії з урахуванням диференційованих підходів на підставі клінічних маркерів, психосоматичних кореляцій, особливостей поведінки пацієнтів загально медичної мережі з психічною патологією, а також індивідуальних відмінностей впливу психотропних засобів при поєднаній патології.

Впровадження комплексного підходу до діагностики і терапії психічних розладів в загальносоматичній мережі у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями дозволить своєчасно діагностувати наявність психічних розладів та надати кваліфіковану медичну допомогу, що покращить якість життя пацієнтам.

К. В. Дубовик

СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ СПЕКТРА АУТИЗМА У ДЕТЕЙ

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

Одной из задач при реабилитации детей с расстройствами спектра аутизма (РСА) является уменьшение проявлений аутостимуляций, стереотипных движений и форм поведений.

Целью исследования была разработка эффективных стратегий устранения стереотипных форм поведенческих и двигательных нарушений при РСА. Для решения поставленной цели проводилось выявление связи частоты проявлений сенсорных нарушений с другими клинико-динамическими особенностями аутистических расстройств у пациентов.

Было обследовано 66 детей в возрасте от 2 до 6 лет (средний возраст 2 года 8 месяцев).

Для диагностики РСА использовали полуструктурированное интервью с родителями ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised). Для определения уровня и силы проявлений стереотипных движений и стереотипных форм поведения – домен «С» ADI-R. При помощи психо-образовательного профиля (PEP-R) и скрининг адаптивного поведения от рождения до совершеннолетия (Vineland-II (Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition)) оценивались особенности психомоторного развития и адаптивных форм поведения. Сенсорные нарушения анализировались при помощи измерений сенсорных нарушений (Sensory Processing Measure-Preschool).

В зависимости от модальности сенсорных нарушений дети были разделены на группы: 1) с преобладанием зрительных сенсорных интересов (смотрят на яркие

источники света, наблюдают за вращающимися предметами, демонстрируют стереотипные движения пальцами рук перед глазами); 2) с преобладанием слуховых сенсорных интересов (закрывают руками уши, «щелкают» пальцами рук, извлекают определенные звуки из окружающих предметов); 3) с преобладанием тактильных сенсорных интересов (манипулируют мелкими предметами, трут ладонями или ступнями о различные поверхности); 4) с преобладанием вестибулярных сенсорных интересов (стремятся к вестибулярным ощущениям) («висят» вниз головой, любят кататься на каруселях, на качелях, раскачиваются из стороны в сторону); 5) с преобладанием вкусовых сенсорных интересов (облизывают различные предметы, засовывают части тела или предметы в рот); 6) с преобладанием обонятельных сенсорных интересов (обнюхивают предметы, объекты, людей).

Полученные результаты свидетельствуют, что позитивная динамика в когнитивном развитии после проведения сенсорных тренингов имела прямую корреляцию со временем начала интервенций и обратную корреляцию с тяжестью перцепторных нарушений. Наказания при демонстрации ребенком аутостимуляций негативно влияло на его когнитивное развитие, вело к усилению протестных форм поведения. Атипичные антипсихотики были не эффективны при коррекции стереотипных движений, связанных с сенсорными интересами, в ряде случаев приводили к усилению аутостимуляций.

Разработаны рекомендации для коррекции проявлений стереотипных форм поведения при РСА.

А. В. Єжов

СУЧАСНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ У ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

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

Актуальність своєчасної діагностики і лікування психічних розладів непсихотичного рівня пов'язана із збільшенням частоти цих станів – від 15 до 50% у загальній популяції населення. Психічні розлади, навіть не дуже виражені, посилюють перебіг соматичного захворювання, збільшують число днів непрацездатності або стаціонарного та санаторно-курортного лікування (Пінчук І. Я., 2006). Лікування порушень непсихотичного рівня є невирішеною проблемою, оскільки ряд коморбідних соматичних захворювань має психопатологічні прояви, деякі медикаменти, особливо при тривалому прийомі, не говорячи вже про передозування, можуть викликати побічні ефекти з боку психіки від легкої астенії до психотичних станів. Багато психотропних препаратів володіють токсичністю, тому актуальним залишається питання пошуку інших оптимальних методів і засобів

корекції порушень психічного статусу, що виникають у хворих з соматичної патології.

Комплексне вивчення поширеності, структури, клінічної динаміки психічних розладів непсихотичного рівня у осіб, які перебувають в умовах санаторно-курортного лікування є важливим етапом до подальшої розробки та організації превентивних, діагностичних і лікувально-реабілітаційних програм даної категорії хворих. Для вивчення психосоматичних співвідношень потрібен мультидисциплінарний підхід, що включає методи психофізіологічного аналізу поєднанні з дослідженням функцій клінічної, соматичної, соціальної, фізичної адаптації. Використання методів психодіагностики і виявлення психологічних особливостей сприятимуть диференційованому підходу в здійсненні лікувальних програм у пацієнтів.

Психотерапевтичні заходи для хворих з розладами непсихотичного рівня передбачають гуманістичні підходи (гештальт-терапія, екзистенціальна терапія) направлені на трансформацію соматоцентрованого сприйняття симптомів у площину дослідження інтра- і

інтерперсональних психічних процесів, з диференційованим включенням у структуру психотерапевтичних сесій методів, направлених на десоматизацію, вербалізацію і диференціацію афектів та когнітивно-поведінкових підходів.

В. Р. Ілейко, А. В. Каніщев

РОЗМЕЖУВАННЯ КОМПЕТЕНЦІЇ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОГО ЕКСПЕРТА ТА ПСИХОЛОГА – СУДОВОГО ЕКСПЕРТА ПРИ СКЛАДАННІ ВИСНОВКУ (АКТА) КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

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

У відповідності з чинним законодавством кожен експерт при проведенні експертизи не може виходити за межі своєї компетенції. Для лікарів – судово-психіатричних експертів та психологів – судових експертів, які беруть участь у проведенні комплексної судової психолого-психіатричної експертизи (КСППЕ), межі компетенції визначаються обсягом спеціальних знань вказаних фахівців. При КСППЕ, де об'єкт дослідження (тобто підекспертний та усі надані на експертизу матеріали, що несуть у собі інформацію щодо психічної діяльності особи) для лікаря – судово-психіатричного експерта і психолога – судового експерта є тотожним, оцінка психічної діяльності підекспертного проводиться вказаними фахівцями на різних рівнях, лінією розділення яких є наявність або відсутність психічного розладу.

Так, лікар – судово-психіатричний експерт проводить діагностичну та експертну оцінку психічного стану особи (виявлення психічних розладів у особи в певні юридично значущі періоди часу, у тому числі при розмежуванні психічної норми та психічної патології, диференційну діагностику та експертну оцінку психічних розладів тощо). Психолог – судовий експерт проводить оцінку особливостей психічної діяльності особи без психічних розладів (індивідуально-психологічні особливості, нехворобливе відставання неповнолітнього у психічному розвитку, особливості емоційного стану особи тощо) у певні юридично значущі періоди часу.

Обов'язковим є підпис кожним з експертів результатів особисто проведених досліджень та відповідей на поставлені перед ними питання – як констатація особистої відповідальності за проведене дослідження та його результати, що є єдино можливим варіантом оформлення експертного висновку, який унеможливило вихід

експерта за межі професійної компетенції і збереження експертного висновку (акта КСППЕ) в правовому полі як одного з доказів в кримінальному провадженні.

Як психіатричний, так і психологічний розділи висновку (акта) КСППЕ повинні мати традиційну структуру («дослідження – аналіз – висновок»).

Дослідницька частина психіатричного розділу повинна містити факти, які отримані при дослідженні поданих на експертизу об'єктів, що стосуються психічного стану особи у різні періоди часу, дані клінічного дослідження особи, виявлені під час проведення експертизи. Дослідницька частина психологічного розділу повинна містити: 1) перелік застосованих методик; 2) факти, отримані при дослідженні поданих на експертизу об'єктів, виходячи з вирішуваних психологом – судовим експертом завдань; 3) дані експериментально-психологічного дослідження, тобто відомості про результати використаних методик.

Мотивувальні частини психіатричного і психологічного розділів акта КСППЕ повинні містити обґрунтоване пояснення фактичних даних щодо психічного стану підекспертного, які встановлені при дослідженні об'єктів експертизи в межах тих завдань, які вирішують судово-психіатричний експерт та психолог – судовий експерт. Таке обґрунтоване пояснення має забезпечити подальше формулювання конкретних та зрозумілих відповідей на експертні питання в межах професійної компетенції експерта.

Висновок КСППЕ повинен містити відповіді на поставлені перед експертами питання. Відповіді групуються у відповідності з компетенцією експерта і підписуються окремо судово-психіатричним експертом та психологом – судовим експертом.

А. В. Каніщев

АЛГОРИТМ ДІЙ ЕКСПЕРТІВ НА ЕТАПІ ПРИЙНЯТТЯ ДО ПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

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

Проведене нами раніше дослідження практики призначення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи у кримінальному провадженні засвідчило, що у значній кількості випадків постанови судово-слідчих

органів про призначення таких експертиз складаються з істотними порушеннями (А. В. Каніщев, 2012).

За нашими даними, приблизно у чверті випадків відповідні доручення судово-слідчих органів мали

істотну внутрішню неузгодженість, яка унеможливила проведення КСППЕ, або призначалась однорідна судово-психіатрична експертиза (замість КСППЕ), або постанова містила експертні питання лише до судово-психіатричних експертів (за відсутності питань до психологів – судових експертів).

Вочевидь, що у подібних випадках експерти не мали формальних правових підстав для проведення КСППЕ.

Разом із тим ми практично не зустрічали випадків подання експертами клопотань з приводу уточнення доручення (постанови, ухвали) про призначення експертизи, навіть у згаданих ситуаціях очевидної внутрішньої неузгодженості таких доручень. Між тим таке право експерта прямо передбачено кримінальним процесуальним законодавством. Так, згідно з ч. 7 ст. 69 КПК України, у разі виникнення сумніву щодо змісту та обсягу доручення експерт невідкладно заявляє клопотання особі, яка призначила експертизу, чи суду, що доручив її проведення, щодо його уточнення, або повідомляє про неможливість проведення експертизи за поставленим запитанням без залучення інших осіб.

У цьому зв'язку постає питання щодо належних дій експертів у разі отримання доручення про призначення експертизи, оформленого з недоліками, та способів усунення цих вказаних недоліків.

На нашу думку, рішення щодо прийняття експертизи до провадження та про вибір відповідного формату експертизи повинно прийматися експертами з обов'язковим урахуванням родового найменування призначеної експертизи та характеру питань, поставлених на її вирішення.

Так, якщо слідчим (судом) призначена КСППЕ і на вирішення експертів поставлені питання як психіатричного, так і психологічного характеру, експерти мають усі підстави прийняти цю експертизу до провадження саме як КСППЕ.

У випадку, якщо у справі призначена судово-психіатрична експертиза, однак на її вирішення поставлені питання як психіатричного, так і психологічного характеру, така експертиза повинна бути проведена як однорідна судово-психіатрична, а у її висновку слід зазначити, що питання психологічного характеру виходять за межі компетенції судово-психіатричних експертів.

Якщо ж слідчим або судом надане доручення (постанова, ухвала) про призначення КСППЕ, але експертні питання стосуються лише однієї експертної галузі (судової психіатрії або судової психології), експерти повинні відповідно до ч. 7 ст. 69 КПК звернутися до органу, який призначив експертизу, із клопотанням про уточнення доручення. У цьому клопотанні по можливості викладаються пропозиції щодо оптимального формату експертизи у справі з урахуванням поставлених перед експертами питань. Без відповідного уточнення доручення експертиза до провадження не приймається. Слід зазначити, що в окремих випадках (передусім на етапі досудового розслідування) для уточнення доручення може бути достатньо і усного роз'яснення експерта.

Дотримання вказаного алгоритму дозволить, з одного боку, уникнути помилок процесуального характеру, а з іншого – зменшити зайве навантаження на експертів.

К. І. Клебан

ПОЄДНАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Х

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

Згідно даних сучасної літератури, відмічається тісний взаємозв'язок між розвитком найбільш розповсюджених захворювань людини та порушенням природних біологічних ритмів, які регулюють функції органів та систем нашого організму. До них відносяться циркадні поведінкові ритми, пов'язані з харчуванням та вживанням рідини, цикли «сон-пильнування», терморегуляція організму, функціонування ендокринної та сечо-статевої систем. Десинхронізація даних ритмів сприяє розвитку різних патологічних станів, серед яких провідне місце займає метаболічний синдром Х.

Даний симптомокомплекс об'єднує гіперінсулінемію, порушення толерантності до глюкози, дисліпідемію, артеріальну гіпертензію та абдомінальне ожиріння. Клінічна значущість цих порушень є надзвичайно важливою внаслідок збільшення ризику розвитку цукрового діабету та атеросклерозу.

Метаболічний синдром Х супроводжується рядом психічних розладів, найчастішими з яких є

тривожно-депресивні та іпохондричні стани, які в свою чергу ведуть до різного роду інсомнічних порушень.

Нами було обстежено 34 хворих з діагнозом метаболічний синдром Х, які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні ДЗ «Дорожня клінічна лікарня №2 ст. Київ» ДТГО «Південно-Західна залізниця». В групу обстежених увійшли особи віком від 28 до 42 років, з них 19 чоловіків та 15 жінок. Для оцінки рівня психотичних розладів використовувалися шкали тривоги та депресії Гамільтона, опитувальник якості сну Пітсбургського університету, шкала якості життя. Статистичну обробку отриманих результатів було виконано на персональному комп'ютері за допомогою статистичних програм.

Аналіз отриманих даних показав, що у переважної більшості пацієнтів, а саме у 32 обстежуваних (94,1%), спостерігалися розлади сну у вигляді пре- та інтра-сомнічних порушень, так сумарне значення показника порушення сну склало $9,4 \pm 1,7$ балів. Депресивні

розлади спостерігалися у 29 хворих, так легкою депресією страждали 25 чоловік ($11,4 \pm 2,2$ бали), депресією середнього ступеня – 4 особи ($16,2 \pm 1,6$ бали). Що стосується тривожних розладів, то вони були виявлені у 32 досліджуваних та розподілилися таким чином: тривога легкого ступеня у 14 обстежуваних, середнього – у 18 осіб, що склало відповідно $15,7 \pm 1,2$ та $20,8 \pm 2,7$ балів.

Інтрасомнічні порушення проявлялися у розладах дихання уві сні у вигляді апное, поверхневого сну та раптових пробудженнях, що в свою чергу призводило до денної сонливості та зниженню працездатності. Дані порушення співпадали з високими показниками

цифр артеріального тиску, високим індексом маси тіла та рівнем тривоги. В свою чергу пресомнічні розлади супроводжувалися важкістю засинання, короткою загальною тривалістю сну та корелювали із вираженістю депресивних проявів.

Таким чином, отримані результати свідчать про значну поширеність порушень психоемоційного стану у когорті пацієнтів з метаболічним синдромом Х. Взаємний зворотній зв'язок цих порушень та особливості перебігу захворювання свідчать про необхідність подальшого детального вивчення цієї проблеми для забезпечення ранньої і своєчасної психо- та фармакотерапії.

А. М. Кожина, В. И. Коростий, Е. А. Зеленская, С. Х. Хмарин
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
 Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Цель исследования – оптимизация терапевтических подходов к коррекции непсихотических депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением.

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 75 больных с психогенными депрессиями, совершивших суицидальную попытку.

Согласно полученным данным, в клинической картине депрессивных расстройств у обследованных больных наиболее часто наблюдаются подавленность настроения и аффект тоски, астенические симптомы, а также различные тревожные проявления. У подавляющего большинства больных были выявлены различные нарушения цикла сон-бодрствование. Особенностью депрессивных расстройств явилась их массивная соматизация, характеризующаяся полиморфными вегето-висцеральными расстройствами.

Базируясь на полученных в ходе работы данных, нами разработана патогенетически обоснованная система коррекции депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, включающая в себя применение комплексных психокоррекционных программ в сочетании с дифференцированной медикаментозной коррекцией.

Психотерапевтическая коррекция должна включать в себя семейную психотерапию, когнитивно-бихевиоральную терапию, интерперсональную и поведенческую психотерапию, психообразовательные тренинги.

Проведенное катamnестическое исследование показало высокую эффективность предлагаемой системы психотерапевтических мероприятий: у 83,8% больных повторных суицидальных попыток не отмечалось, что на 16,2% больше, чем в группе сравнения.

О. В. Кривоногова, А. І. Захарова
АЛЕКСИТИМИЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ
 Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Дослідження вираженості алекситимічних тенденцій було проведено у групі з 20 випробовуваних осіб з вугровою хворобою у віці 18–37 років. Для порівняння нами набрана друга група здорових випробовуваних відповідного віку і статі. Дослідження проводилося з використанням методики «Торонтська алекситимічна шкала». В результаті аналізу отриманих даних з'ясовано, що більшість випробовуваних першої групи (55%) мали високий рівень алекситимії. Вони відрізнялися обмеженою здібністю до сприйняття власних відчуттів і емоцій, їх адекватної вербалізації і експресивної передачі. Для таких осіб характерною була фіксація на

фізичних відчуттях, часто не пов'язаних із захворюванням, а внутрішні відчуття позначалися звичайно в проявах дратівливості, нудьги, порожнечі, втоми, збудження, напруги та інші. Їх афекти були неадекватними, їм важко було вербалізувати відчуття. Також випробовувані з високим рівнем алекситимії відрізнялися нерозвиненою фантазією, тенденцією до імпульсивності, бідністю міжособистісних зв'язків. У групі здорових випробовуваних високий рівень алекситимії був виявлений у 2 випадках із 20. Таким чином, алекситимію можна вважати характерною рисою осіб, що страждають вугровою хворобою.

О. В. Кривоногова, И. В. Прокопчук
ДЕЗАДАПТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ
Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса

Под нашим наблюдением находились две группы испытуемых: основная и контрольная. Основную группу составили 20 лиц, страдающих псориазом, и контрольную – 20 здоровых испытуемых в возрасте 18–53 года.

Нами проведено комплексное экспериментально-психологическое обследование испытуемых основной и контрольной групп с целью выявить и сравнить у них уровни тревожности и депрессии.

С целью определения уровня ситуативной и личностной тревожности использовали опросник Спилбергера-Ханина, а степень депрессии в группах испытуемых определяли с помощью опросника «Шкала депрессии Бека».

Исходя из полученных данных, был сделан вывод, что высокий уровень тревожности (и ситуативной, и личностной) достоверно чаще встречается в группе испытуемых, страдающих псориазом ($40 \pm 11\%$), по

сравнению с группой здоровых лиц ($10 \pm 7\%$, $p < 0,05$). Умеренный и низкий уровни тревожности, соответственно, достоверно чаще встречались в группе лиц контрольной группы (соответственно $55 \pm 11\%$ и $35 \pm 11\%$).

В нашей выборке у большинства испытуемых основной группы ($40 \pm 11\%$) отмечалась средняя степень депрессии, тогда как в контрольной ($60 \pm 11\%$) она была значительно меньше ($60 \pm 11\%$).

Полученные данные подтверждают, что пациенты с псориазом в целом отличаются наличием социально-психологической дезадаптации (в наибольшей степени выражены повышение уровня ситуативной и личностной тревожности). Проведенный анализ особенностей адаптации у больных с псориазом свидетельствует о необходимости психологической помощи данному контингенту больных.

Л. О. Кригіна
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВІЯВЛЕННЯ РОЗЛАДІВ МИСЛЕННЯ У НЕПОВНОЛІТНІХ ПРАВОПОРУШНИКІВ

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

З метою розробки стандартизованих протоколів судово-психіатричного дослідження неповнолітніх правопорушників з позицій необхідності та достатності проаналізована ефективність використання клініко-психопатологічного та експериментально-патопсихологічного методів при виявленні розладів мислення у неповнолітніх.

Проаналізовано 103 випадки стаціонарної судово-психіатричної експертизи неповнолітніх правопорушників, у клінічній картині яких на першому місці виявлялись поведінкові розлади (органічні розлади, розлади поведінки, особистості тощо).

Ті чи інші порушення процесу мислення клініко-психопатологічним методом (надалі умовно названий як клінічний метод) виявлені в цілому в 78,6% підлітків, експериментально-патопсихологічним (надалі умовно названий як експериментальний метод) – в 85,4%, без статистично достовірної різниці.

У той же час при клінічному дослідженні статистично достовірно частіше, ніж при експериментальному, констатувалась ґрунтовність мислення ($p = 0,02$), непослідовність мислення ($p = 0,01$), «напливи» думок ($p < 0,0001$), «Пустота», «зупинки», «обриви» думок описані тільки в записах психіатрів ($p = 0,004$).

Клінічним методом також частіше виявлялась паралогічність мислення, але різниця не досягає рівня статистичної достовірності.

Конкретне та приближене до конкретного мислення, непродуктивне мислення однаково часто описувались як психіатрами, так і психологами.

Між тим, експериментально-патопсихологічний метод дослідження достовірно частіше ($p < 0,05$) виявляв такі особливості мислення, як бідність асоціацій, знижену здатність до абстрагування, узагальнень, синтезу та аналізу. Статистично достовірно частіше експериментально-патопсихологічно виявлялись також нерівномірність рівня узагальнень ($p = 0,0002$), нерівномірність інтелектуального функціонування ($p = 0,0001$), незвичні трактування, своєрідність мислення ($p = 0,005$), віддаленість асоціацій ($p = 0,01$), різноплановість мислення ($p = 0,001$).

Експериментальним методом також частіше виявлялась уповільнене, інертне, прискорене мислення, виснажуваність, «зісковзування», порушення цілеспрямованості, розпливчастість мислення, афективність (емотивність) логіки, але різниця не досягає рівня статистичної достовірності.

Таким чином, при виявленні розладів мислення у неповнолітніх з поведінковими розладами клініко-психопатологічний та експериментально-патопсихологічний методи є взаємопов'язаними та взаємодоповнюючими. Експериментально-патопсихологічне дослідження повинно бути включене як обов'язкове до стандартизованих протоколів судово-психіатричного дослідження неповнолітніх правопорушників.

Л. О. Кригіна ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ БРОДЯЖНИЦТВА У НЕПОВНОЛІТНІХ ЗЛОЧИНЦІВ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

З метою запобігання формування стійких дезадаптивних розладів у неповнолітніх та розробки реабілітаційно направлених медико-педагогічних індивідуалізованих стратегій проаналізовано підґрунтя формування бродяжництва у 103 неповнолітніх, яким при проходженні стаціонарної судово-психіатричної експертизи встановлені діагнози психічних розладів неспихотичного рівня (органічні психічні розлади, розлади поведінки).

Як правило, формування бродяжництва відбувалося на підґрунті прогулів у школі (виявлені в 68,9% вибірки) та втеча з дому (виявлені в 52,3% випадків). Втечі з дому в 11,7% розпочинались в допубертатному, а в 40,8% – в пубертатному періоді (в тому числі в 31,1% – в негативній фазі пубертату, а 9,7% – в позитивній).

Із 52,4% наявності втеч з дому тільки в 6,8% вони припинились після першої втечі, а в 45,6% були багаторазовими (із них в 40,8% – частими і тільки в 4,9% – поодинокими). Якщо прийняти всі випадки втеч з дому за 100%, то 78% з них являлись багаторазовими частими, 9% – багаторазовими поодинокими і тільки в 13% втеча була єдиною.

Із 52,4% випадків наявності втеч з дому причини першої втечі вдалося виявити тільки в половині з них (24,3%). При цьому в 6,8% випадків підлітки втікали з метою уникнути тих чи інших проблем, в 6,8% – як реакція протесту на надмірні вимоги, в 3,9% – як реакція тривоги зі страху покарання, в 2,9% – з метою пошуку розваг та задоволень, в 1,9% – як реакція протесту на недостатність уваги з боку близьких, в 1% – як «специфічно пубертатна втеча» внаслідок фантазерства та мрійництва, і тільки в 1% випадків – у зв'язку з наявними психопатологічними розладами.

Із 45,6% випадків багаторазових втеч з дому найбільш поширеними їх причинами було бажання уникнути труднощів (23,3%), отримати розваги та задоволення, втамувати «сенсорну жагу» (21,4%), задовольнити прагнення

самостійності – «емансипаційні втечі» (20,4%), продемонструвати протест проти надмірних вимог (19,4%). Деколи втечі були обумовлені страхом покарання (9,7%), фантазерством та мрійництвом (7,8%), протестом проти недостатньої уваги зі сторони близьких (5,8%). Тільки в 2,9% випадків втечі були обумовлені психопатологічними розладами. В кожному конкретному випадку іноді виявлялось поєднання декількох причин.

Порівняння причин першої та наступних втеч виявляє, що з часом з'являються «емансипаційні» втечі, більш значну роль починають відігравати втечі з метою отримання задоволення і розваг та «специфічно-пубертатні втечі» внаслідок фантазерства та мрійництва.

Із 52,4% випадків втеч з дому найчастіше (35,9%) вони тривали до тижня, рідше – до місяця (8,7%) або більше (7,8%). В 29,1% випадків підлітки повертались додому самостійно, а в 23,3% їх знаходили працівники міліції. Втечі зазвичай були груповими (48,1%), рідше підлітки втікали поодинокі (14,8%). Втечі рідко планувались завчасно (15,5%), частіше були ситуаційно обумовленими.

При цьому неповнолітні вирушали в інші міста (21,4%), переховувались в підвалах, на горищах, в під'їздах (19,4%), розважались (9,7%), здійснювали крадіжки для самозабезпечення (7,8%), жебракували (2,9%). Практично всі підлітки зловживали алкоголем, курили, експериментували з наркотичними речовинами.

Таким чином, бродяжництво неповнолітніх з психічними розладами неспихотичного рівня зумовлене насамперед негативними мікросоціальними та соціально-психологічними впливами, а не біологічними (розлади потягів, афективні фази) чинниками. Неповнолітні, що втекли з дому, потребують комплексної медико-психолого-педагогічної корекції, з розробкою індивідуальних програм допомоги.

Є. В. Кришталь, М. В. Маркова, Л. І. Лобойко ДО ПИТАННЯ ВПЛИВУ ТИПУ ВИГОДОВУВАННЯ НА СТАН ВЗАЄМОДІЇ В СИСТЕМІ «МАТИ – ДИТИНА» ПРОТЯГОМ ПЕРШОГО РОКУ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

З метою ідентифікації впливу типу вигодовування на стан взаємодії в системі «мати – дитина», протягом 2010–2012 рр. на базі комунального закладу охорони здоров'я «Харківська міська поліклініка №9», нами були обстежені 154 жінки після вдалих неускладнених пологів, і їхні діти з типовим типом розвитку раннього віку. Перше обстеження здійснювали на 14–21 день після пологів, на момент педіатричного огляду дитини, друге – через 3 місяці після першого. Комплекс обстежень

включав клінічне інтерв'ювання та психодіагностичне дослідження жінок, а також оцінку психомоторного розвитку дитини. У повторному обстеженні взяли участь 140 жінок та їх дітей. Критеріями включення в обстеження були: перша вагітність без ускладнень і перші благополучні пологи; оцінка соматичного стану дитини за шкалою Апгар ≥ 7 балів; відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів; наявність повної сім'ї разом з подружжям.

З огляду на мету дослідження, жінки були розподілені на дві групи в залежності від типу вигодовування. До основної групи увійшли матері, які годували дитину штучно: 75 осіб на момент першого обстеження, 69 – через 3 місяці, до групи порівняння – жінки, що годували дитину природнім способом: 79 осіб на момент першого обстеження, 71 – при повторному обстеженні. До дослідження не включались жінки, які мали досвід природнього годування на момент першого обстеження та перейшли до штучного або змішаного способу на момент другого обстеження.

На підставі вивчення динаміки стану психоемоційної сфери жінок в ранньому післяпологовому періоді, можна стверджувати, що протягом першого місяця після пологів у рамках формування адаптації до материнства, більшість жінок обох груп (65,6%), незалежно від типу годування дитини, відчували окремі симптоми тривожного й депресивного характеру, які у основній частині з них нівелювалися протягом 3 місяців після пологів. Між тим, у іншій частині жінок (45%) ці явища прогресували до клінічно окреслених порушень (20%) або мозаїчно представлених психопатологічних включень (25%), причому, достовірної різниці між жінками з різними типами вигодовування немовляти не встановлено.

Вивчення рівня готовності до материнства довело відсутність достовірної різниці за розподілом цього показника серед жінок з різним типом годування дитини, проте, дозволило встановити достовірні відмінності в залежності від стану психоемоційної сфери матерів ($p \leq 0,05$). Так, серед жінок, які годували дитину штучно, низький рівень готовності до материнства встановлений в 21,7% випадках, а серед матерів з природним типом вигодовування – 14,1%; середній рівень виявився характерним для більшості матерів незалежно від типу годування – для 56,5% жінок зі штучним та 63,4% обстежених з природним його типом; висока готовність до материнства виявлена у 21,7% осіб групи штучного і 22,5% – з групи природного годування. Між тим, низька готовність до материнства виявилась притаманною винятково жінкам з порушенням психоемоційної сфери, серед яких 42,9% дотримувались штучного, а 35,7% – природного типу годування дитини. У інших жінок, в яких були діагностовані психоемоційні розлади, стан готовності до материнства був на середньому рівні (57,1% осіб зі штучним та 64,3% обстежених з природним типом годування).

При аналізі дії патологічних психосоціальних факторів встановлені розбіжності між жінками з різним станом психоемоційної сфери та відсутність достовірних

відмінностей в залежності від типу вигодовування дитини. Принциповою відмінністю між психологічно благополучними обстежуваними та жінками з психоемоційними розладами, була наявність в останніх проблем, пов'язаних зі стосунками подружжя (Z 63.0) та неадекватної сімейної підтримки (Z 63.2), що сприяло розвитку психоемоційних порушень та негативно впливало на стан даїдної взаємодії між матір'ю та дитиною ($p \leq 0,05$). Крім того, приблизно для третини жінок з психоемоційними розладами, як тих, що годували дитини природним шляхом, так і тих, які використовували штучне вигодовування, вагітність була небажаною, що обумовлювало сприйняття жінкою вагітності, пологів та післяпологового періоду як довгострокової психотравмуючої ситуації. Крім небажання та/або коливання в прийнятті рішення народити дитину, для них було характерним наявність негативних відчуттів і переживань в період вагітності, відсутність відчуття спільності з народженою дитиною, що також сприяло формуванню деформації материнсько-дитячої взаємодії.

Таким чином, у результаті дослідження доведено, що відсутність природного годування дитини, за умови наявності психологічної готовності до материнства, високого рівня усвідомлення батьківства на тлі гармонійної подружньої взаємодії та адекватної сімейної підтримки, які стають запорукою стану психологічного благополуччя матері, не стає негативним фактором, який визначає обов'язковість виникнення деформації взаємодії в системі «мати – дитина». Проте, ми вважаємо, що в основі викривлення діадної взаємодії в системі «мати – дитина» лежить порушення психоемоційної сфери у матері у вигляді як клінічно окреслених розладів, так і мозаїчно представлених психопатологічних включень тривожно-депресивного спектра, наявність яких руйнує її цілісність, щільність, безперервність і наповненість, що обумовлює повільний психомоторний розвиток дитини. Тригерним фактором у цьому випадку виступає відсутність психологічної готовності до материнства, підтримуючими – наявність проблем у взаєминах з чоловіком і недостатність сімейної підтримки, що призводить до порушення взаємодії в системі «мати – дитина», подальшого погіршення внутрішньосімейних відносин і посилення тяжкості психопатологічної симптоматики. Тим часом, висока готовність до материнства у поєднанні з достатнім рівнем сімейної підтримки є протективними факторами, що сприяють успішній адаптації жінки до материнства і формуванню оптимального рівня взаємодії в системі «мати – дитина», незалежно від типу вигодовування дитини.

А. И. Мамчур¹, А. Н. Лазаренко²

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СОМАТИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница
Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

Объектом наблюдения явились 19 больных с диагнозом соматизированное расстройство (F 45.3) согласно критериям МКБ-10, находившихся на стационарном лечении в нашей больнице. Клиническое наблюдение и анализ анамнестических данных (не менее 2 лет) позволил выявить и описать манифестный этап соматизации, который клинически мог быть оценен как соматоформная вегетативная дисфункция продолжительностью менее 6 месяцев, обращением у врачей соматического профиля, множественными диагностическими мероприятиями, приемом соматотропных и нейротропных препаратов. Так как описанные выше больные ранее за

помощью к психиатру не обращались, то у них отмечалось усложнение симптоматики, что расценено было нами как следующий этап – этап развития соматизации продолжительностью от 6 месяцев до нескольких лет. Клиническое состояние этих больных, по данным анамнеза, можно было бы оценить как недифференцированное соматоформное расстройство. Следовательно, клиничко-анамнестическое исследование больных с соматизированным расстройством позволило предположить, выделить и описать этапы его развития для разработки, в последующем, лечебно-реабилитационных программ для больных с соматоформными расстройствами.

А. И. Мамчур¹, А. Н. Лазаренко²

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ – СТРАТЕГИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ (ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ФОРМЫ АНТИПСИХОТИКА ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ)

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница
Днепропетровского областного совета»

Отказ от устаревших подходов в лечении шизофрении (полипрагмазия и т. д.); отсутствие в последние десятилетия принципиально новых методов лечения, кроме психофармакотерапевтических; отсутствие новых молекул антипсихотиков с принципиально новым механизмом действия; а так же наш собственный опыт лечебно-консультативной работы позволил пересмотреть собственные подходы в её лечении. Современная стратегия в лечении больных шизофренией подразумевает способность и готовность пациента принимать препараты и соблюдать режим лечения на постоянной основе, то есть приверженность пациента терапии (П. В. Морозов, 2010). Наиболее

полно реализовать эту стратегию позволяет применение пролонгированных форм антипсихотиков второго поколения. Собственный многолетний опыт применения Рисполепт Конста показал, что за счет сохранения всех свойств, присущих этому классу препаратов (низкий уровень ЭПС и т. п.), снижение частоты рецидивов и госпитализаций, возможность проводить инъекции препарата не чаще одного раза в 2 недели и контролировать степень приверженности пациента лечению обеспечивает лучшие результаты в лечении шизофрении, создает оптимальные условия для повышения качества жизни и социальной адаптации больных с психическими и поведенческими расстройствами.

М. В. Маркова¹, Г. М. Кожина², Л. В. Рахман³, Р. І. Білобрівка³

МАРКЕРИ ПАТОМОРФОЗУ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

¹Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

²Харківський національний медичний університет МОЗ України, м. Харків

³Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, м. Львів

Метою даного дослідження було вивчення особливостей терапевтично резистентних депресій на соціально-демографічному, епідеміологічному, клініко-психопатологічному, клініко-терапевтичному рівнях та встановлення загальних закономірностей патоморфозу терапевтично резистентних депресій за 20-річний період.

Для досягнення поставленої мети нами було вивчено 200 архівних медичних карт стаціонарних хворих із депресивними розладами різних нозологічних груп, в яких відмічалася резистентність до проведеної терапії. Дані були розділені на 2 групи відповідно до хронології госпіталізації, до першої увійшли пацієнти, які проходили стаціонарне лікування в 1991–2000 роках,

до другої – ліковані в період 2001–2010 років. Для вивчення особливостей терапевтично резистентних депресій було створено «Аналітичну карту дослідження патоморфозу терапевтично резистентних депресій», в якій реєструвалися соціо-демографічні, клініко-нозологічні, клініко-психопатологічні, клініко-феноменологічні, клініко-динамічні характеристики резистентних депресивних станів, а також дані щодо особливостей терапевтичної тактики у відповідних групах досліджуваних. Критеріями включення слугували наявність депресивного розладу категорії F31–F34 за МКХ-10 з ознаками резистентності (відсутність або частковий ефект від проведеного лікування). Отримані результати аналізувалися за допомогою програми «Statistica 6.0» з визначенням t-критерія Стюдента.

У результаті проведеного дослідження встановлено ознаки патоморфозу терапевтично резистентних депресій протягом останніх 20 років.

Серед негативних соціально-епідеміологічних тенденцій виявлено зростання терапевтично резистентних депресивних станів загалом, переважання пацієнтів із високим освітнім рівнем, значна частка хворих серед міського населення, істотне зростання резистентних

депресій у розлучених осіб та одиноких, наявність спадкової обтяженості по психічним захворюванням у переважній більшості хворих, істотне зменшення віку пацієнтів із ознаками резистентності до антидепресивної терапії, розвиток резистентності в ранні терміни після маніфестації захворювання.

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.

Результати, отримані в ході проведеного дослідження, відкривають подальшу перспективу у вивченні патогенетичних механізмів формування резистентності у хворих із депресіями, особливостей їх клініки, динаміки, що дозволить вирішувати актуальні задачі в питаннях покращення діагностики, ефективності терапії та реабілітації пацієнтів, які страждають на депресивні розлади із резистентністю до проведеного лікування.

М. В. Маркова¹, І. Р. Кузьмел²

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

¹Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

²Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ

В Україні кожного року виявляється більше 150 тисяч нових випадків злоякісних новоутворень, відмічається стійке зростання онкологічної захворюваності у середньому на 0,6% щорічно.

Враховуючи високу суспільну значущість проблеми, у 2002 році Кабінет Міністрів України постановою від 29 березня 2002 р. №392 затвердив Державну програму «Онкологія» на 2002–2006 роки, виконання якої дало змогу покращити стан онкологічної допомоги хворим. Однак було зазначено, що залишаються невирішеними ряд питань, серед яких недосконалість системи психологічної, соціальної та правової підтримки онкологічних хворих та їх сімей; проблема реінтеграції у суспільство хворих, що завершили лікування, наслідки перенесених ними фізичної та психологічної травми, побічні ефекти лікування, тривале відсторонення від суспільного життя; незадовільне забезпечення психологами відділень, у яких лікуються онкологічні хворі.

У Проєкті загальнодержавної цільової програми «Боротьба з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 роки» до заходів включені пункти стосовно розроблення програми фахової підготовки спеціалістів та волонтерів з надання психосоціальної допомоги онкологічним хворим та членам їх родин, а також підготовки психотерапевтів, психологів та соціальних працівників для роботи з онкологічними хворими та членами їх сімей.

Вищевказане свідчить про актуальність та важливість проблеми медико-психологічної допомоги в онкології на державному рівні.

Встановлення онкологічного діагнозу для людини стає складним випробуванням, спричиняє різноманітні психологічні реакції та у ряді випадків приводить до розвитку психічних розладів. Поширеність психічних розладів серед онкологічних хворих складає 44–62%.

Однак найбільшого різноманіття у онкологічних пацієнтів досягає широкий спектр психологічних реакцій та станів, асоційованих з онкологічним захворюванням. Порушення клініко-психологічної адаптації у онкологічних хворих проявляються через збільшення тривалості перебування в лікарні; дезадаптивну та аномальну поведінку, пов'язану з хворобою; зниження комплаєнсу – дотримання режиму лікування пацієнтом; підвищений ризик суїциду; погіршення якості життя; зниження ефективності хіміотерапії внаслідок передчасного закінчення та відмов від повторних курсів; підвищення ризику рецидиву та смерті внаслідок погіршення турботи про себе; підвищення психосоціальної захворюваності в родині хворого та «ускладнене горе» серед членів родини онкологічного хворого. Тобто стан психологічної адаптації онкологічного пацієнта представляє собою мультимірний комплекс, що включає показники особистісного та психосоціального благополуччя самого

пацієнта і його ближнього оточення, поведінку хворого у лікувальному процесі.

Психологічному травмуванню підпадає не лише пацієнт і його близьке оточення, але і медичний персонал, який надає медичну допомогу онкологічним хворим, що відзначається як зарубіжними, так і вітчизняними авторами.

Власне особливості професійної діяльності медичних працівників, які надають допомогу хворим з онкопатологією, а саме, потреба у тісній взаємодії з пацієнтами, які перебувають у стані психологічної кризи, необхідність повідомляти «несприятливі новини» та вести діалог на напружені теми (реалії ситуації, можливості лікування, прогноз життя), формують потужний пласт медико-психологічних проблем професіоналів в онкології. Стресовість взаємодії у поєднанні з необхідністю

підтримання достатнього терапевтичного контакту між пацієнтом та медичним працівником відображається на прихильності хворого до лікування та, відповідно, ефективності терапії в цілому.

Проте, не дивлячись на актуальність вищевикладеного, нині в науковій літературі і в реальній клінічній практиці відсутні цілеспрямовані системні дослідження проявів та закономірностей клініко-психологічної дезадаптації онкологічних пацієнтів та професійно – медичного персоналу, який надає медичну допомогу хворим з онкопатологією на різних етапах протипухлинного лікування. Вищезазначене обумовлює актуальність і необхідність проведення такого дослідження, яке розпочате нами, що дозволить вирішити проблеми медико-психологічної допомоги в онкологічній практиці на різних рівнях та етапах лікувального процесу.

І. І. Марценковська, Ю. А. Войтенко, О. С. Ващенко, К. В. Дубовик **ШИЗОФРЕНІЯ У ПІДЛІТКІВ З РІЗНИМИ РІВНЯМИ КОГНІТИВНОГО** **ФУНКЦІОНУВАННЯ: ОСОБЛИВОСТІ МАНІФЕСТАЦІЇ, ПЕРЕБІГУ ТА** **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, Київ

Поширеність шизофренії з ранньою маніфестацією в віці до 14 років, за різними експертними оцінками коливається в країнах Європи від 0,1 до 1%, після 15 років зростає до 4%. У 2011 році за даними офіційної статистики МОЗ України захворюваність на шизофренію, шизотипові та маячні розлади, що маніфестували в віці до 14 років становила 0,9, поширеність – 4,7, у підлітків від 15 до 18 років відповідно 10,8 та 40,5 на 100 тис. дитячого населення.

Протягом 2010–2012 року в рамках наукового проекту «Визначити фактори, що визначають варіації ризику психічних розладів у дітей», фінансованого Європейською комісією в межах 7th Framework Programme on Research, Technological Development and Demonstration в Українському НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології виконувалася НДР «Науково обґрунтувати, розробити та впровадити критерії якості надання медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію».

У 60-ті на дитячу шизофренію дивилися, як на спектр гетерогенних захворювань, що включав аутизм, симбіотичні психози, інфантильну деменцію, реактивні та органічні психози. В 1980 році дитяча шизофренія вперше була включена до міжнародної класифікації DSM-III в якості окремої діагностичної категорії. МКХ-10 та DSM-IV не виділяють дитячу шизофренію, як окрему діагностичну категорію, а для діагностики шизофренії, що маніфестує в дитячому віці пропонують застосовувати діагностичні критерії для дорослих.

Одним із завдань дослідження був скринінг середовищних чинників ризику у хворих на шизофренію, що захворіли в віці до 18 років. Відібрані для дослідження фактори розглядалися, як можливі предиктори маніфестації шизофренії в ранньому віці, досліджувався їх вплив на її перебіг, зокрема прогресивність. Аналіз чинників

ризиків ранньої маніфестації шизофренії дозволив розробити заходи первинної та вторинної профілактики захворювання.

Маніфестація шизофренії в дитячому віці є наслідком порушеного розвитку дофамінергічної та глутаматної систем нейротрансмісії і зумовлена взаємодією між генетичною схильністю до захворювання, дією провокуючих та стримуючих екзацербуючих психозу факторів. Відкритим залишається питання про те, яким чином генетичний поліморфізм співвідноситься з клінічною різноманітністю індивідуальних фенотипів; за рахунок яких механізмів середовищні фактори зумовлюють релевантність клінічних проявів у конкретних пацієнтів.

До факторів, що сприяють маніфестації належать: генетичний ризик, нейробіологічні порушення центральної нервової системи. До пускових, таких, що провокують екзацербуючі, відносяться середовищні фактори. За результатами дослідження нами були виділені три групи факторів, вплив яких був значущим у хворих з ранньою маніфестацією шизофренії: перенатальні шкідливості (перенесені інфекції, гіпоксично-ішемічне ураження мозку, низький гестаційний вік та вага при народженні, ускладнення під час пологів), психічні травми (емоційна депривація, неналежний догляд, втрата матері, розпад родини протягом перших років життя), вживання психоактивних речовин у підлітковому віці.

За результатами дослідження були також виділені захисні фактори. Під захисними ми розглядаємо фактори, що зменшують вірогідність маніфестації шизофренії у осіб групи ризику: високий рівень розвитку інтелекту, соціальних навичок, високий рівень соціальної підтримки дитини в родині.

Таким чином, при підозрі на шизофренію клініко-психопатологічне дослідження дитини в деяких випадках

має бути доповнено експериментально-психологічним. Оцінка когнітивного функціонування з використанням шкал Векслера має проводитися в тих випадках, коли в преморбіді дитини з підозрою на шизофренію спостерігаються клінічні ознаки затримок розвитку, а також для оцінки тяжкості порушень пізнавальних функцій, пов'язаних з хворобою. Для оцінки рівня когнітивного функціонування може застосовуватися шкала K-BIT2 (Kaufman Brief Intelligence Test Second Edition). Для оцінки розладів адаптивної поведінки рекомендована шкала Vineland, соціальної адаптивності хворої дитини – SRS (Social Responsiveness Scale).

Визначення рівня інтелекту або ментального віку дитини важливе для інтерпретації окремих симптомів шизофренії. Зокрема, іноді складно провести межу між такими симптомами, як маячення, що є психотичним симптомом та фантазіями, які викликані грою уяви і властиві для багатьох дітей. Необхідно також враховувати той факт, що на відміну від дорослих, маленькі діти або діти з нижчим від біологічного ментальним віком можуть не відчувати дискомфорту від психотичних симптомів і не демонструвати їх дезорганізуючого впливу. Вони можуть бути не здатними відрізнити їх від нормальних для себе переживань, зокрема не скаржитися на наявність галюцинацій. Важливим також є оцінювання погіршення когнітивного функціонування, спричиненого захворюванням та врахування рівня пізнавальних функцій для визначення потенціалу соціальної реабілітації хворої на шизофренію дитини.

Шизофренія, що маніфестує в підлітковому віці вимагає комплексного застосування фармакологічних, психологічних методів лікування та спеціальних форм соціальної підтримки.

Терапевтична програма при шизофренії завжди повинна включати психоосвіту дитини та батьків і мобілізацію сімейної підтримки. При ранній, до 13 років, маніфестації, істотне значення мають порушення пізнавальних функцій, шкільна та соціальна дезадаптація. У таких випадках важливим є залучення до надання психосоціальної допомоги та спеціальних освітніх послуг школи. Підтримка дитини має бути спрямована на збереження зв'язку дитини з шкільним колективом, продовженням відвідування шкільних занять. При плануванні стратегії лікування доцільно максимально, наскільки це можливо, обмежити перебування дитини в психіатричній лікарні, забезпечити її лікування переважно в амбулаторних умовах, поєднуючи його різними формами інклюзивного навчання.

У терапевтичній стратегії має знайти відображення проведення моніторингу когнітивних побічних ефектів психофармакотерапії.

Протягом першого тижня прийому атипичних антипсихотиків у частини дітей може спостерігатися сонливість, яка суттєво впливає на здатність до навчання. Діти рано лягають спати, засинають під час уроків. Зменшення разової дози препаратів, уникнення поліпрагмазії, розподіл добової дози на декілька прийомів, як правило, дозволяє усунути чи пом'якшити побічні ефекти. В подальшому більшість дітей адаптується до седативної дії і не демонструють сонливості протягом дня. Якщо дозу антипсихотика збільшувати поволі, седативного ефекту та сонливості в денний час вдається уникнути.

Питання про вплив тривалої антипсихотичної терапії на пізнавальні функції хворого на шизофренію залишається дискусійним, як для дитячої, так і для дорослої психіатричної практики. Психіатри нерідко описують покращення когнітивного функціонування під впливом терапії атипичними антипсихотиками при шизофренії у підлітків. При цьому вони часто не можуть дати відповідь на запитання: в якій мірі ті чи інші антипсихотики впливають на якісні та кількісні характеристики мислення та пам'яті у дітей. FDA додала інформацію про когнітивні порушення, що викликані атипичними антипсихотиками, в базу даних про їх безпеку.

Потрібно також забезпечити проведення моніторингу когнітивних побічних ефектів, пов'язаних із тяжкими метаболічними порушеннями при застосуванні антипсихотиків, введення, в разі необхідності, дієти.

Шизофренія, що маніфестує в пубертатному віці, може негативно вплинути на професійне становлення, соціальну інклюзію, репродуктивне здоров'я та побудову сімейних відносин з особами протилежної статі. Такі пацієнти можуть отримати додаткову користь від спеціальної підтримки у цих сферах.

За результатами НДР робляться висновки, що психіатрична допомога дітям та підліткам, хворим на шизофренію має надаватися в максимально дестигматизованих, амбулаторних умовах. Перебування дитини в стаціонарних психіатричних відділеннях має бути короткотривалим і добре мотивованим. Програма раннього втручання при шизофренії, що маніфестує у віці від 10 до 18 років повинна включати: залучення педагогів до ранньої реабілітації, психоосвітню роботу на макросоціальному рівні, родинну терапію із використанням методів стресменеджменту, тренінгу соціальних навичок. Психосоціальна допомога, рання шкільна інклюзія у поєднанні з тривалою терапією атипичними антипсихотиками ефективніша при корекції когнітивних порушень та розладів адаптивної поведінки у хворих на шизофренію підлітків, ніж монотерапія атипичними антипсихотиками і значно ефективніша, ніж лікування конвенційними нейролептиками у стаціонарних умовах.

І. А. Марценковський
КОГНІТИВНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРИ ПЕРВАЗИВНИХ РОЗЛАДАХ РОЗВИТКУ:
КЛІНІЧНА ТИПОЛОГІЯ, МОЖЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ

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

Діагностична категорія первазивних розладів розвитку (розладів спектра аутизму – РСА) характеризується якісними порушеннями спілкування, соціальної взаємодії, обмеженими інтересами і стереотипними формами поведінки.

Ми можемо представити РСА, як спектр різних за тяжкістю клінічних проявів варіантів перебігу, на одному кінці якого знаходяться описані Каннером класичні випадки захворювання з афазією, стереотипною поведінкою і мінімальними соціальними навичками, на іншому – діти, які, незважаючи на певний дефіцит соціальних навичок і якості спілкування функціонують на відносно високому рівні.

У пацієнтів із РСА завжди спостерігаються затримки розвитку пізнавальних функцій, у 70 % дефіцит когнітивного функціонування досягає рівня розумової відсталості. В залежності від тяжкості порушень пізнавальних функцій РСА утворюють інший спектр: розрізняють розлад Аспергера, при якому когнітивне функціонування не порушено, діти мають досить високі вербальні навички, але при цьому відчувають значні труднощі при соціальній взаємодії та атиповий аутизм, для якого притаманні помірна чи тяжка розумова відсталість. Синдром Канера за тяжкістю когнітивного дефіциту та розладів адаптивної поведінки знаходиться поміж високофункціональними варіантами РСА та атиповим аутизмом. Гіперкінетичний розлад з найтяжчими порушеннями адаптивної поведінки, тяжкою чи глибокою розумовою відсталістю та стереотипними рухами також належить до спектра первазивних розладів розвитку.

РСА були об'єктом лонгітудинального дослідження відділу медико-соціальних проблем терапії Українського НДІ соціальної і судової психіатрії протягом 2003–2012 років. Рандомізовано 630 дітей з РСА у віці від 1,5 до 18 років (середній вік $4,8 \pm 2,2$ року). Контрольну групу склали 600 психічно здорових дітей у віці від 2 до 18 років (середній вік $5,2 \pm 3,4$ років). Тривалість катамnestичного спостереження становила 1,5–5 років.

Дослідження включало клініко-динамічне спостереження і моніторинг особливостей розвитку рандомізованих хворих та дітей контрольної групи. Кожні 6 місяців проводилася оцінка тяжкості РСА з використанням напівструктурованих діагностичних інтерв'ю аутизму (Autism Diagnostic Interview Revised – ADI-R) та дитячої рейтингової шкали аутизму (Childhood Autism Rating Scale – CARS), когнітивного функціонування та динаміки психомоторного розвитку за психоосвітнім профілем (Psychoeducational Profile – PEP-R), психо-соціальних навичок і адаптивної поведінки за шкалою адаптивної поведінки (Vineland Adaptive Behavior Scales – Vineland-II).

Окремим завданням дослідження була оцінка динаміки пізнавального функціонування дітей з РСА. У

дітей від 2 до 7 років для оцінки IQ використовували показники скринінгу за PEP-R. Текст також дозволяв оцінити рівні когнітивного функціонування дітей, які не мали мови. У дітей від 7 до 12 років PEP-R використовували для оцінки розвитку психічних функцій, актуальний розвиток яких відповідав віковій меншому за 7 років. У дітей з психічним віком 6 років та старше ми використовували експрес тест Векслера (WASHI) та шкалу K-BIT2 (Kaufman Brief Intelligence Test Second Edition).

За результатами дослідження були описані базові особливості порушень розвитку у дітей з РСА. Встановлено, що на відміну від розумової відсталості рівень когнітивної недостатності при первазивних порушеннях розвитку протягом часу може зменшуватися або зростати, визначаючи різні варіанти перебігу та клінічну типологію клінічних станів у дорослому віці. За варіантами динаміки IQ діти з розладами зі спектра аутизму були розподілені на три групи.

До першого варіанту первазивного порушення розвитку було віднесено 55,6% рандомізованих дітей з РСА. Вони характеризувалися зростанням IQ протягом дослідження. Усереднений профіль розвитку дітей, віднесених до цієї групи виглядав таким чином: у 2–3 роки ППР (індекс персонального розвитку) за PEP-R становив 35–49%, що відповідало рівню «помірної розумової відсталості»; до 5–6 років індекс розвитку зростав до 50–80%, що відповідало рівням «легкої розумової відсталості» чи «зниженої здатності до навчання». Належність дитини до першої групи когнітивного розвитку корелювала з ранньою діагностикою та поведінковими втручаннями, великою (10–18 місяців) зоною найближчого розвитку пізнавальних функцій за PEP-R.

До другого варіанту первазивного порушення розвитку віднесено 17,6 % включених у дослідження дітей з РСА. В цій групі спостерігалася накопичення відставання в розвитку пізнавальних функцій, зменшення протягом спостереження ППР з 40–50% до 20–34%. Належність дитини до цього варіанта розвитку корелювала з пізньою (після 5 років) діагностикою, низькою терапевтичною активністю у віці до 5 років, маленькою (1–6 місяців) зоною найближчого розвитку пізнавальних функцій за PEP-R, тяжкими розладами рецептивної мови.

Третю групу склали 26,8% дітей з РСА, IQ яких протягом всього дослідження постійно знаходився в одному з діапазонів – «зниженої здатності до навчання» (ППР 100–70%), «легкої» (ППР 69–50%), «помірної» (ППР 49–35%) чи «тяжкої розумової відсталості» (ППР 34–20%).

Найбільш проблемними сферами при первазивному розвитку у 84,1% рандомізованих хворих були наслідкування, емоційна когніція, соціальна перцепція та використання мови для комунікації. У 17,8% дітей з РСА

переважали перцепторні порушення, які супроводжувалися специфічними «сенсорними інтересами», руховими стереотипіями (аутостимуляціями) та важкими формами рецептивного розладу мовленнєвих функцій (сенсорною алалією). У таких дітей ми нерідко спостерігали появу вторинної когнітивної недостатності. У 34,9% дітей з РСА ми спостерігали ознаки диспраксії (затримку розвитку дрібної, великої моторики, зорово-моторної координації) та специфічні розлади мовленнєвої артикуляції.

Під час обговорення оптимальної терапевтичної стратегії у дітей з РСА дискусійним залишається питання про доцільність ранньої, у віці з 3 до 5 років, нейротропної та/чи психотропної терапії, її вплив на розвиток дитини. Така терапія знаходиться поза рекомендаціями, як FDA, EMEA, так і Державного експертного центру

Міністерства охорони здоров'я України. Тим часом, понад 50% українських дітей з РСА у цьому віці отримують кортексин, цереброкурін, цитіколін, ноотропні та нейрометаболічні препарати, атипіві антипсихотики.

У дітей дошкільного віку, згідно з нашими даними, додаткова терапія мемантином підвищувала ефективність сенсорної інтеграції і моторних тренінгів ($p < 0,01$). Терапія рисперидоном значуще не впливала на ефективність сенсорної терапії, але погіршувала прогноз розвитку моторних функцій ($p < 0,05$), викликала нейрометаболічні побічні ефекти та ускладнення. Нами не отримані докази позитивного впливу на розвиток та когнітивне функціонування дітей з РСА кортексину, цереброкурину, ноотропних та нейрометаболічних препаратів.

І. А. Марценковський

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ СПЕКТРУ АУТИЗМУ У ДІТЕЙ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії

До ранньої психіатричної допомоги дітям з розладами загального розвитку (розладами спектра аутизму – РСА) можуть бути віднесені: 1) проведення скринінгу первазивних порушень розвитку з формуванням груп специфічного ризику та цілеспрямованої профілактики; 2) запровадження інституту ранніх втручань з наданням логопедичної, спеціальної психологічної допомоги та фізичної реабілітації за програмами «відтвореного онтогенезу»; 3) проведення психоосвітньої роботи на макросоціальному рівні.

Запровадження таких форм допомоги на етапі первинної медичної допомоги потребує значних фінансових витрат і потребує обґрунтування клінічної та фінансової ефективності. Необхідно визначити перелік рекомендованих психо-діагностичних інструментаріїв та рекомендувати порядок їх застосування.

Розроблено безліч анкет, які можуть використовуватися в якості інструментаріїв для оцінки розвитку дітей, а також для скринінгу РСА, запропоновані різні алгоритми його проведення. Золотим стандартом для розвинених країн є порядок проведення скринінгу, розроблений Американською академією педіатрії (AAP) (Johnson CP, Mayers SM, 2007). Для українських фахівців матеріали, що регламентують проведення цього скринінгу доступні за адресою (<http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1183.full.pdf+html>).

Серед безлічі доступних інструментів, можна виділити два, які заслуговують на особливу увагу, оскільки вони безкоштовні, охоплюють різні вікові групи, перекладені на російську та українську мови і випробувані в багатьох країнах: Модифікований список контрольних запитань для діагностики аутизму у дітей раннього віку (Modified Checklist for Autism in Toddlers-M-CHAT) (Robins DL, Fein D., Barton ML et al, 2001) та Дитячий тест розладів спектра аутизму (Childhood Autism Spectrum Disorders Test – CAST), також відомий як Дитячий тест синдрому

Асперпреа (Childhood Asperger Syndrome Test). M-CHAT може бути доповнений M-CHAT інтерв'ю (M-CHAT Follow-Up Interview), що дозволяє значно знизити рівень хибно-позитивних відповідей.

M-CHAT і M-CHAT інтерв'ю, зокрема переклад частини матеріалів на російську мову доступні для некомерційного використання на веб-сайті (<https://www.m-chat.org/index.php>). CAST також доступний для некомерційного використання на веб-сайті Центру досліджень аутизму Кембріджського університету за адресою: http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests.

Для скринінгу РСА можуть використовуватися й інші діагностичні інструментарії, випробувані та адаптовані співробітниками відділу медико-соціальних проблем терапії УНДІССПН (<https://www.firstsigns.org/screening/tools/rec.htm>).

Для скринінгу РСА у дітей від 6 до 60 місяців нами рекомендовані опитувальники для оцінки відповідності розвитку віку дитини (Ages and Stages Questionnaire – ASQ-3) (Jane Squires, Diane Bricker), для оцінки соціального та емоційного розвитку віку дитини (Ages and Stages Questionnaire : Social-Emotional – ASQ: SE) (Jane Squires, Diane Bricker, Elizabeth Twombly), у дітей від 12 до 36 місяців – короткий інструментарій для оцінки дітей дошкільного віку (Brief-Infant – Social-Emotional Assessment – BITSEA) (Margaret Briggs-Gowan, Alice Carter), у дітей від 0 до 6 років інвентар для оцінки дитячого розвитку (Child Development Inventory) (Harold Ireton et al).

Можуть також використовуватися опитувальники для самооцінки батьками рівня (етапу) розвитку дитини (Frances Page Glascoe): Parents Evaluation of Developmental Status – PEDS: DM для дітей від 15 до 59 місяців і Parents Evaluation of Developmental Status-Developmental Milestones – PEDS: DM) для дітей від 0 до 8 років.

Особливе значення мають інструментарії для скринінгу високофункціонального аутизму та синдрому Аспергера. Найбільш зручною для застосування є Австралійська шкала для синдрому Аспергера (Australian Scale for Asperger Syndrome – ASAS), розроблена Michelle Garnett і Anthony Attwood для дітей старших 5 років. Для цих цілей можуть використовуватися Опитувальник для оцінки соціальних комунікацій (Social Communication Questionnaire – SCQ) Catherine і Michael Rutter і Опитувальник для скринінгу аутизму (Autism Spectrum Screening Questionnaire – ASSQ), запропоновані в 1999 році Stephen Ehlers, Christopher Gillberg і Lorna Wing. SCQ є валідним для скринінгу у дітей старших 4 років, ASSQ – дітей від 7 до 16 років.

Американська академія педіатрії (AAP) рекомендує проведення повної поетапної ранньої діагностики PCA, яка включає проведення загального обстеження всіх дітей на предмет виключення затримок розвитку під час планових профілактичних оглядів в 9, 18, 24 і 30 місяців на першому етапі, проведення спеціального скринінгу всіх дітей для визначення групи ризику по PCA під час профілактичних оглядів у 24 або 30 місяців на другому етапі, проведення додаткових обстежень для виключення PCA у дітей, які віднесені до групи ризику на третьому етапі. На підставі досліджень, проведених у УНДІ ССПН в 2010–2012 роках до факторів підвищеного ризику розвитку PCA ми віднесли: маленький гістастійний вік та вагу тіла при народженні, наявність гіпоксично-ішемічного ураження мозку під час вагітності та пологів, запліднення з використанням репродуктивних технологій, народження дитини від літніх батьків.

Психометричні можливості скринінгових інструментаріїв не ідеальні. Деякі з них, зокрема М-CHAT, виявляють деяку кількість хибнопозитивних випадків PCA.

У країнах з розвиненими системами охорони здоров'я, високим рівнем соціальних і спеціальних освітніх послуг на рівні громад для людей з особливими потребами органи охорони здоров'я не вважають це проблемою, так як в будь-якому випадку виявляються діти з іншими порушеннями розвитку, які потребують спеціальної педагогічної підтримки, насамперед діти з неперевизаними затримками розвитку, мовними проблемами, розумовою відсталістю.

В країнах, що розвиваються, зокрема в Україні, позитивний скринінг у ранньому віці ознак нетяжких порушень первазивного розвитку у значної кількості дітей при відсутності на первинному рівні медичної допомоги достатніх ресурсів та інституту ранніх втручань може призвести до зниження доступності кваліфікованої допомоги для дітей більш старшого віку з очевидними клінічними ознаками.

В Україні діти, які віднесені до групи ризику, але не страждають на PCA, діти з високо функціональним аутизмом можуть постраждати від психіатричної стигми, зіткнутися з додатковими труднощами при оформленні в дошкільні або шкільні навчальні заклади.

Залишається незрозумілим, чи є стратегія ранньої діагностики PCA за допомогою універсальних діагностуючих скринуючих інструментаріїв, проведених спеціально підготовленими фахівцями, більш ефективною, ніж стратегія, спрямована на збільшення уваги батьків та суспільства до специфічних проблем дітей з первазивним порушенням розвитку, з наступною організацією підтримки, що спирається на культуральні традиції і можливості сім'ї та школи. В будь-якому випадку не викликає сумнівів той факт, що проведення громадських кампаній, просвітництво сімей, вчителів та медперсоналу в розпізнанні проявів PCA – крок вперед у вирішенні проблеми медико-соціальної допомоги цьому контингенту хворих.

Н. К. Матвиюк

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СЕМЬЯХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Житомирская областная психиатрическая больница, г. Житомир

Проблема распространенности ВИЧ-инфекции в Украине остается актуальной, особо остро она касается женщин фертильного возраста т. к. это касается здоровья будущих поколений.

Целью настоящего исследования было изучение распространенности психических (включая наркологические расстройства в семьях ВИЧ-инфицированных, пробандов – женщин). Для решения поставленной цели в работе использовали клинко-генеалогический метод с помощью которого было изучено 73 семьи ВИЧ-инфицированных женщин-пробандов. Средний возраст отцов пробандов составлял $46,1 \pm 2,8$ года, матерей – $45,6 \pm 2,5$ года, сибсов – $19,7 \pm 1,9$ года. При изучении распространенности психических и наркологических заболеваний среди родственников I степени родства (исключая детей), учитывались только зарегистрированные случаи,

т. е. обращение к психиатру или наркологу подтверждалось соответствующими записями в медицинской документации.

Из 73 отцов, ВИЧ-инфицированных, пробандов – женщин, 5 человек (6,8%), которые состояли на учете у психиатра по поводу аффективных расстройств в виде депрессий и 6 человек (8,2%) – в связи с суицидами. Из наркологических заболеваний наблюдались с наркоманиями – 7 человек (9,6%) и алкоголизмом – 37 человек (50,7%).

Приведенные выше данные свидетельствуют, что у 2/3 отцов ВИЧ-инфицированных пробандов – женщин, имели проблемы психиатрического и наркологического характера, а ведущим заболеванием у них был алкоголизм; у 1/3 отцов – каких-либо психопатологических расстройств на момент исследования семьи не было выявлено.

Спектр психических расстройств у матерей (73 человека) ВИЧ-инфицированных пробандов – женщин, был представлен депрессиями, неврозами и суицидами, соответственно – 13 человек (17,8%). Наркологические заболевания у матерей были представлены наркоманией – 3 человека (4,1%) и алкоголизмом – 6 человек (8,2%).

Суммарная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями по линии матери составляла 53,4% (39 человек).

Среди sibсов (115 человек) ВИЧ-инфицированных пробандов–женщин наблюдались следующие психические расстройства: депрессии – 14,8% (15 человек), психопатии – 13,1% (15 человек), неврозы – 6,9% (8 человек), суициды – 8,8% (10 человек). Наркологические заболевания проявлялись токсикоманией – 4,3% (8 человек), наркоманией – 8,7% (10 человек) и алкоголизмом – 6,2% (5 человек).

Суммарная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями среди sibсов (ВИЧ-инфицированных пробандов–женщин) составляла 60,9% (70 человек). Из 115 исследованных sibсов 45 человек (39,1%) не состояли на учете у психиатра и нарколога.

Таким образом, из 261 исследуемых родственников 1 степени родства (исключая детей) ВИЧ-инфицированных пробандов – женщин было больше чем в половине случаев – 62,8% (164 человека) наблюдались психические и наркологические заболевания.

Наиболее распространенным заболеванием был отмечен алкоголизм – 18,4% (48 человек); на втором месте – депрессии и психопатии – 11,5 % (30 человек) и 10,3% (30 человек) соответственно; на третьем месте – суициды – 8,0% (21 человек) и наркомании – 7,7% (20 человек), затем неврозы – 5,0% (13 человек) и токсикомании – 1,9% (5 человек).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что в семьях ВИЧ-инфицированных пробандов–женщин прослеживается увеличение случаев заболеваний которые, на наш взгляд, могут обуславливать аддиктивное поведение в будущих поколениях.

Использование этих данных врачами общей практики, позволит им своевременно выявлять психические и наркологические заболевания и проводить непосредственно профилактические мероприятия в семьях ВИЧ-инфицированных пробандов–женщин.

В. О. Мельник

МИКРОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса

Учитывая значимость микросоциальных факторов в развитии у подростков аддиктивного поведения, мы изучили социологические характеристики семей обследованных подростков и их взаимоотношения с родителями.

Проведенные исследования относительно микросоциальных характеристик семьи и особенностей воспитания подростков в родительских семьях, а также оценка их отношения к зависимости у детей позволяют заключить, что семьи компьютерозависимых подростков, по сравнению с детьми, которые не страдают аддиктивными расстройствами, имеют высокий уровень конфликтности (независимо от состава семьи).

Большинство обследованных подростков–«компьютероманов» росли в полной семье. Родители чаще всего были служащими. Материальное положение у них в основном было хорошим – и только лишь у $5 \pm 2\%$ доход был низким. В семьях в большинстве случаев было по двое или трое детей, причем sibлинги зависимых подростков не страдали никакими формами аддикций.

Наиболее часто встречающимися типами воспитания в семье были эмоциональное отвержение ($44 \pm 5\%$) и гипопротекция ($21 \pm 4\%$). Таким образом, конфликтность семьи и негармоничный стиль воспитания (преимущественно эмоциональное отвержение и гипопротекция) являются микросоциальными факторами формирования компьютерной зависимости у детей.

В. В. Огоренко

РОЛЬ ПСИХОГЕННО-ОСОБИСТІСНИХ РЕАКЦІЙ У ФОРМУВАННІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ПУХЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Пухлины головного мозга у багатьох випадках поєднуються із психічними розладами (за даними різних авторів, від 40 до 100% спостережень), які на ранніх стадіях формування пухлини нерідко бувають єдиними клінічними проявами онкологічного захворювання. Діагноз «пухлина головного мозку» є потужним стресовим фактором, що має надзвичайний за силою та тривалістю психотравмуючий вплив на особистість хворого, але у доступній літературі відсутні дані, присвячені

дослідженню особливостей психогенно-особистісних реакцій, виникаючих на факт діагностики пухлини.

Метою даної роботи було вивчення психогенно-особистісних реакцій та ступінь їх участі у формуванні та клінічних проявах психічних розладів у хворих на первинні пухлини головного мозку.

Матеріал і методи. У дослідження було включено 175 пацієнтів віком від 21 до 56 років (81 чоловік і 94 жінки, середній вік склав $41,4 \pm 11,5$ років та $44,6 \pm 12,3$ років

відповідно), у яких протягом всього клініко-діагностичного періоду (від появи психопатологічних порушень до діагностики новоутворення) спостерігався тільки пограничний (непсихотичний) рівень психічних розладів.

Психічні розлади, пов'язані зі стресогенним впливом онкологічного захворювання головного мозку, були виділені на підставі провідних симптомокомплексів. Типи нозогенних реакцій розподілились таким чином: астеничні – 28,0%; депресивні – 38,2%, obsesивно-фобічні – 24,8%, соматоформні – 65,0%, дисоціативні – 24,2%. Виявлена низька частота нозогеній, що перебігали з переважно тривожною симптоматикою – 22,9%.

У процесі дослідження використовувався коротко-строковий диференційований психотерапевтичний і психофармакологічний вплив. Клінічна оцінка психічного стану дослідженої групи, яка була підтверджена показниками психодіагностичного тесту SCL-90-R свідчить про ефективність проведеного комплексного впливу на психопатологічну симптоматику, що обумовлена психогенною складовою онкологічної патології головного мозку.

Порівняння середніх показників тесту SCL-90-R виявило достовірні відмінності в таких показниках, як соматизація ($p < 0,05$), депресивність ($p < 0,01$), тривожність ($p < 0,05$); висока статистична значимість була

відзначена в інтегральному показнику «індекс вираженості симптомів» ($p < 0,01$). За методикою «Якість життя» було виявлено достовірне покращення показників за такими шкалами, як «особистісні характеристики», «стійкість до стресів» та покращення індексу «якість життя». Відзначена позитивна динаміка у показниках вербальної пам'яті (1-го, 2-го та відстроченого відтворень), що свідчить про підвищення емоційної зацікавленості хворих, зниженні стомлюваності та виснаження. Також була відзначена редукція проявів некомплаєнтної поведінки – 72%.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про значний вклад психогенно-особистісних реакцій у формування та клінічні прояви психічних розладів у хворих на первинні пухлини головного мозку. Клінічне психолого-психіатричне дослідження та оцінка результатів комплексного (психотерапевтичного та психофармакологічного) впливу повинні бути диференційно-діагностичними критеріями для уточнення патогенезу психічних розладів у хворих на пухлини головного мозку, що дозволить скоротити діагностичний період, та, відповідно, мінімізувати наслідки оперативного лікування при онкологічних захворюваннях головного мозку.

О. П. Олійник, Н. О. Должикова

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

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

Когнітивні розлади виступають основним предметом експертного дослідження при проведенні судово-психіатричної експертизи (СПЕ) осіб з синдромом залежності від алкоголю. При цьому СПЕ відносно осіб, що зловживають психоактивними речовинами, є досить складними, з урахуванням того, що наявні у них психічні порушення не завжди виразно позначаються на інтелектуальній або вольовій складовій юридичного критерію дієздатності, тобто здатності особи усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними.

Слід зазначити, що нині поняття когнітивних розладів може трактуватись як у широкому розумінні: від легких зворотних когнітивних порушень при соматичних захворюваннях до глибокої деменції, так і у вузькому, суто психіатричному контексті, як легкий когнітивний розлад, що порушує пізнавальні процеси, зачіпаючи передвісники інтелекту (увагу, пам'ять, мислення, мову), не порушуючи власне інтелектуальних функцій. Відповідно до критеріїв МКБ-10 для постановки діагнозу помірних когнітивних розладів необхідна наявність скарги пацієнта на підвищену стомлюваність при виконанні розумової роботи, зниження пам'яті, уваги або здатності до навчання, які не досягають ступеня деменції, мають в основі органічну природу і не пов'язані з делірієм. При легких когнітивних порушеннях показники психометричних шкал можуть залишатися в межах середньостатистичної вікової норми або несуттєво відхилятися

від неї, однак хворі усвідомлюють зниження когнітивних здібностей у порівнянні з преморбідним рівнем і висловлюють занепокоєння з цього приводу. Легкі когнітивні порушення відображаються в скаргах хворого, але не звертають на себе увагу оточуючих, не викликають труднощів у повсякденному житті, навіть у найбільш складних її формах.

Проблема когнітивних розладів здавна вивчалась як вітчизняними (Е. К. Андреева, 1965; Т. К. Чернаєнко, 1970; Э. И. Лапинский, 1974 та ін.), так і закордонними вченими. За даними досліджень, поширеність помірних когнітивних порушень серед літніх осіб досягає 12–17%; серед неврологічних пацієнтів синдром помірних когнітивних порушень зустрічається в 44% випадків.

У результаті судово-психіатричного обстеження осіб з синдромом залежності від алкоголю на предмет експертної оцінки наявних у них психічних та поведінкових розладів було встановлено, що когнітивні (інтелектуально-мнестичні) розлади різного ступеня виразності були наявні у 62,5% осіб. Проте, констатація когнітивних порушень при посмертних та прижиттєвих СПЕ осіб з алкогольною залежністю суттєво різнилась. При ретроспективній оцінці психічного стану осіб на момент укладання цивільних угод інтелектуально-мнестичні розлади встановлювались у 52,8% випадків, з них легкий когнітивний розлад становив 39,3%, психоорганічний синдром – 6,4%, а власне деменція – 7,1%. Натомість, в

осіб, щодо яких прижиттєво вирішувались питання цивільної дієздатності, інтелектуально-мнестичні розлади виявлялись у 74,4% випадків, з них: легкий когнітивний розлад – 11,6%, психоорганічний синдром – 20,9%, деменція – 41,9%.

Такі розходження свідчать про відсутність чіткого алгоритму експертної оцінки когнітивних розладів при алкогольній залежності, що визначає актуальність та перспективи наукових досліджень у цьому напрямі.

Л. В. Панченко, О. Г. Садчікова
ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ОСІБ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ
ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ПРИ ПРОХОДЖЕННІ ЗАГАЛЬНОЇ ПОВІТРЯНОЇ КРІОТЕРАПІЇ
ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
(м. Костянтинівка, Донецької обл.)

Дисциркуляторна енцефалопатія є синдромом хронічного прогресуючого ураження головного мозку судинної етіології, який розвивається в результаті повторних гострих порушень мозкового кровообігу або хронічної недостатності кровопостачання головного мозку. Цереброваскулярні захворювання, у тому числі досить виражені, можуть довгий час виявлятися тільки когнітивними розладами. На стадії судинної деменції відзначається виражене дифузне порушення всіх когнітивних функцій, через яке пацієнт позбавляється успішної адаптації. Тому в діагностиці хронічної цереброваскулярної недостатності слід приділяти особливу увагу оцінці стану когнітивної сфери.

У дослідженні брали участь 118 осіб з дисциркуляторною енцефалопатією. Пацієнти були розділені на дві групи: експериментальну (61 особа) та контрольну (57 осіб). Пацієнтам експериментальної групи призначали комплексне лікування: поряд з медикаментозною терапією призначали сеанси загальної повітряної кріотерапії; пацієнтам контрольної групи призначали класичне лікування при даній патології. Оцінка динаміки когнітивних функцій пацієнтів проводилась на 1-й, 4-й та 20-й день проходження курсу лікування, з метою аналізу його ефективності.

Для діагностики когнітивних процесів у пацієнтів використовувались наступні психодіагностичні методики: «Запам'ятовування 10 слів» (С. Я. Рубінштейн), таблиці Горбова-Шульте та червоно-чорна таблиця Шульте, коректурна проба.

Після проведення діагностичного дослідження в експериментальній групі на перший день проходження кріопроцедури у 71% були діагновані порушення короткочасного запам'ятовування, у 79% – порушення довготривалої пам'яті, у 53% виявлено порушення уваги, у 45% увага характеризувалася виснаженістю. В

контрольній групі в результаті психодіагностики виявлено, що у 74% є порушення короткочасного запам'ятовування, у 80% – порушення довготривалої пам'яті, у 49% виявлено порушення уваги, у 46% увага виснажена.

Статистично значущих відмінностей як в експериментальній, так і в контрольній групах між результатами проведеної психодіагностики на 1-й та 4-й день не встановлено. Це свідчить про необхідність продовження лікування з метою отримання очікуваного терапевтичного ефекту.

Після проходження 20-ти сеансів загальної повітряної кріотерапії за результатами психодіагностичних методик в експериментальній групі була встановлена позитивна динаміка, а саме, у 15% пацієнтів покращились показники короткочасного запам'ятовування, у 18% – показники довготривалої пам'яті, у 16% покращилась увага. Результати психодіагностики функцій пам'яті та уваги на 1-й та 20-й день кріотерапії мають статистично значущі відмінності ($p < 0,05$).

Після 20-го дня проходження лікування в контрольній групі у 7% покращились показники короткочасного запам'ятовування, у 4% покращились показники довготривалої пам'яті, у 15% покращилась увага. Однак, статистично значущі відмінності встановлені лише за показниками уваги ($p < 0,05$).

Таким чином, комплексне лікування дисциркуляторної енцефалопатії з застосуванням загальної повітряної кріотерапії має більш виражений терапевтичний ефект, ніж при класичному лікуванні, про що свідчить покращення показників короткочасного запам'ятовування, довготривалої пам'яті, уваги. Використання психодіагностичних методик дає можливість оцінити динаміку лікування судинних порушень через аналіз когнітивних функцій хворих.

О. А. Панченко, И. Ю. Басараб
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ
В СЛЕДСТВЕННЫХ ИЗОЛЯТОРАХ
ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»
(г. Константиновка, Донецкая обл.)

Профессиональная деятельность сотрудников пенитенциарной службы имеет свою специфику и оказывает негативное воздействие на личность. Цель исследования:

выявление уровня тревожности и эмоциональной напряженности, определение стратегий преодоления стрессогенных ситуаций.

Объект исследования: 125 человек в составе младших инспекторов надзора и безопасности Артемовского следственного изолятора управления Государственной пенитенциарной службы Украины в Донецкой области. Из них мужчин – 80,8%, женщин – 19,2%. Средний возраст – 29,4 лет.

Методы исследования: тест «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера); метод цветowych выборов Люшера; определение моделей поведения в стрессовых ситуациях (шкала SACS). Анализ результатов осуществлялся с помощью методов описательной статистики, корреляционного анализа (показатель ранговой корреляции Спирмена). Результаты тестов позволяют не только выявить картину психоэмоционального состояния, определить предпочитаемые модели преодоления стрессогенных ситуаций, но и дают возможность обозначить психологические аспекты стрессоустойчивости данного контингента.

Результаты исследования: у обследованных преобладает средний уровень личностной и реактивной тревожности. Низкий уровень реактивной тревожности выявлен у 41 чел. (32,8%); средний – у 76 чел. (60,8%); высокий – у 8 чел. (6,4%). Низкий уровень личностной тревожности зафиксирован у 46 чел. (36,8%); средний – у 73 чел. (58,4%); высокий – у 6 чел. (4,8%).

Эмоциональная устойчивость (0 баллов по тесту Люшера) зафиксирована у 47 чел. (37,6%); эмоциональная неустойчивость (1–2 балла) отмечается у 49 чел. (39,2%); эмоциональная напряженность (3–7 баллов) – у 29 чел. (23,2%).

В зависимости от выбранной стратегии преодоления стрессогенных ситуаций определенные модели поведения могут способствовать или препятствовать успешности преодоления профессиональных стрессов, а также оказывать влияние на сохранение здоровья субъекта общения и труда. «Здоровое» преодоление является и активным, и просоциальным. Активное преодоление в совокупности с положительным использованием социальных ресурсов повышает стрессоустойчивость человека. Стратегии пассивности, асоциальная, агрессивная влекут за собой неуверенность, несмелость и предвещают негативный исход в стрессогенной ситуации.

Так, 62 чел. (49,6%) отдают предпочтение пассивной стратегии преодоления, с моделью поведения «осторожные действия», 45 чел. (36%) выбирают модель поведения – «избегание». 60 чел. (48%) обследованных предпочитают просоциальную стратегию, с моделью поведения «поиск социальной поддержки», 43 чел. (34,4%), с моделью поведения «вступление в социальный контакт». Активная стратегия, с моделью поведения «ассертивные действия» характерна для 43 чел. (34,4%). Прямая стратегия, с моделью поведения «импульсивные действия» наблюдается у 40 чел. (32%).

Выводы: результаты проведенного исследования позволяют выявить лиц с низким уровнем стрессоустойчивости, способствуют профилактике негативных изменений личности, определению рекреационных мероприятий с целью сохранения работоспособности и повышения адаптивных возможностей сотрудников пенитенциарной службы.

О. А. Панченко, М. В., Гаража, И. И. Кутько **ПСИХОДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ** **У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА**

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»
(г. Константиновка, Донецкая обл.)

По вине водительского состава происходит 70% всех дорожных происшествий. ДТП наносят значительный экономический ущерб гражданам и государству. Высокая аварийность на дорогах в значительной степени связана с психоэмоциональным и функциональным состоянием водителей, которые вынуждены работать в условиях воздействия экстремальных факторов или угрозы их появления. Профессиональная деятельность водителей связана с высоким нервно-эмоциональным напряжением, с высокой ответственностью, большой ценой ошибок, наличием личного риска и риска для окружающих при ошибочных действиях. Негативные психические состояния, эмоциональное напряжение, личностные нарушения отрицательно сказываются на процессе профессиональной деятельности, снижают ее надежность, приводят к возникновению ошибочных действий.

Своевременная диагностика эмоционального состояния и личностных особенностей позволяет выявить водителей, в наибольшей степени склонных к ошибочным

действиям, а также на ранней стадии предупредить развитие нарушений в эмоциональной и личностной сферах.

Материалы и методы. Испытуемые – 47 чел.: 22 водителя маршрутных автобусов и 25 водителей МЧС Украины. Средний возраст – $38,8 \pm 8,4$ года, стаж вождения – $18,9 \pm 8$ лет.

Методы исследования: анализ документов, профессиография, психодиагностика (метод цветowych выборов М. Люшера; диагностика нервно-психического напряжения Т. А. Немчина; опросник структуры темперамента В. М. Русалова; пятифакторный опросник личности «Большая пятерка»), методы математической статистики (методы описательной статистики, корреляционный анализ по Спирмену).

Результаты и их обсуждение. Тревога, высокий уровень эмоциональности, высокая чувствительность к фрустрирующим ситуациям, неуверенность, беспокойство по поводу работы выявлены у 5 чел. (10,6%). Депрессивность, неустойчивость настроения установлена

у 2 чел. (4,3%). Эмоциональная напряженность и эмоциональный стресс диагностирован у 7 чел. (14,9%). Уровень нервно-психического напряжения у данных испытуемых слабый. Установлены нарушения эмоциональной сферы, негативные тенденции в личностной организации: у 10 чел. (21,2%) – низкий уровень предметной эргичности, сниженный тонус, низкая вовлеченность в процесс деятельности. Замедленность действий, низкая скорость моторно-двигательных операций установлена у 7 чел. (14,9%); низкий уровень пластичности – у 8 чел. (17,0%).

Определялись корреляционные связи между показателями психологических особенностей и стажем водительской деятельности ($p < 0,05$): прямые связи – между стажем водительской деятельности и эмоциональностью (0,38), а также социальной эмоциональностью

(0,47); обратная связь – между стажем и экстраверсией (–0,32).

Выводы. У обследованных водителей выявлены нарушения в эмоциональной и личностной сферах. Стаж работы связывается с накоплением человеком профессионального опыта, формированием у него комплекса взаимосвязанных профессионально важных качеств. Однако под влиянием неблагоприятных факторов с увеличением стажа профессиональной деятельности у обследованных водителей проявляются деструктивные тенденции в виде повышения уровня общей и социальной эмоциональности, что оказывает отрицательное воздействие на адаптацию. Своевременная психодиагностика эмоциональной и личностной сфер позволяют выявить группу риска водителей, в наибольшей степени склонных к ошибочным действиям.

О. А. Панченко, А. В. Стасюк, Т. В. Петракова

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

(г. Константиновка, Донецкая обл.)

В последние десятилетия в психиатрии отмечается повышенный интерес к проблеме когнитивного функционирования у пациентов. Под когнитивными (познавательными) функциями понимают наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним.

Цель: определение особенностей и эффективности психологических методов диагностики и коррекции когнитивных нарушений у пациентов психоневрологического отделения.

Объект исследования: нами наблюдалось 50 чел. с органическим расстройством личности в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст $63,5 \pm 3,6$ года), проходившие курс лечения в дневном стационаре психоневрологического отделения ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины».

Методы исследования: сбор анамнеза, определение сомато-неврологического и психиатрического статуса, психодиагностические методики («Запоминание 10 слов», «Запоминание фигур», Краткое Исследование Психического Состояния (Mini-Mental State Examination – MMSE), Батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB), Тест рисования часов).

Результаты исследования: в результате проведенных исследований выявлено: нарушение памяти – 45 чел. (90%), сужение объема внимания – у 33 чел. (66%), снижение работоспособности – у 42 чел. (84%), нарушение мыслительных операций – у 13 чел. (26%), симптомы деменции – у 2 чел. (4%).

Коррекция когнитивных функций представляет собой применение комплекса тренировочных программ

– произвольного внимания, восприятия, зрительной и слухоречевой памяти, логического мышления, произвольной регуляции психической деятельности. Впоследствии достигается улучшение и развитие психических функций, т. е. восстановление когнитивного функционирования больных. Психологическая реабилитация, включающая тренинг социальных навыков, больных органическим расстройством личности с когнитивными нарушениями проводилась в индивидуальной и групповой формах. Длительность занятий составляла от 1 часа до 1,5 часов.

После проведения реабилитационных мероприятий у пациентов наблюдалось улучшение памяти – у 9 чел. (36%), увеличение объема внимания – у 19 чел. (76%), повышение работоспособности – у 23 чел. (92%). По данным психодиагностического обследования, нарушение мыслительных операций сохранялось у 2 чел. (8%), симптомов деменции у 1 чел. (4%). Сами же больные субъективно отмечали появление некоторой «ясности» в мышлении.

Выводы: Применение методов психодиагностики в клинической практике позволяет установить наличие и оценить выраженность когнитивных нарушений, определить индивидуальную программу лечения и реабилитации.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что проведение тренировочных программ, нацеленных на улучшение когнитивных функций, в сочетании с тренингами социальных навыков, является не только целесообразным, но и необходимым звеном в комплексной программе восстановительного лечения больных органическим расстройством личности.

О. А. Панченко, Т. Э. Чумак

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»
(г. Константиновка. Донецкая обл.)

Экспертная оценка тревожных расстройств свидетельствует о том, что они занимают ведущее место среди заболеваний населения и становятся одной из наиболее важных медико-социальных проблем. Актуальность проблемы обуславливает необходимость поиска новых методов лечения этой патологии. Одним из таких методов лечения является криотерапия.

Цель исследования – оценить эффективность криотерапии в реабилитации пациентов с тревожными расстройствами.

Проведено клиническое, экспериментально-психологическое, функционально-диагностическое обследование 68 чел. с тревожными расстройствами, в комплексном лечении которых применялась криотерапия. Контрольную группу составили 65 чел. – пациентов дневного стационара психоневрологического отделения ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины».

На современном этапе накоплен некоторый эмпирический опыт использования криотерапии с лечебной и профилактической целью. Установлено, что влияние экстремально низкой температуры вызывает ряд неспецифических адаптационно-компенсаторных реакций системы терморегуляции, кардио-респираторной, центральной нервной системы, системы вегетативной регуляции, которые приводят к оптимизации функционирования организма, повышению его функциональных резервов, что проявляется в улучшении психофизиологического состояния организма человека.

Для криотерапии использовалась криокамера «Cryo Therapy Chamber «Zimmer Medizin Systeme» -110 °С (Германия). Криотерапия осуществлялась по авторской методике Fricke R. (1989). Применяли структурированное клиническое диагностическое интервью, САН, Шкалу астенических состояний, Шкалу нервно-психического напряжения, Методику для

исследования личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина.

У 60 пациентов (88,2%) основной группы выявлены астенические нарушения, в контрольной группе – у 53 пациентов (81,5%), у 15 пациентов (22,0%) основной группы – чрезмерное нервно-психическое напряжение, в контрольной группе – у 12 обследуемых (18,5%). У 39 обследуемых (57,3%) основной группы и у 32 пациентов (49,2%) контрольной группы зафиксирован высокий уровень личностной тревожности, у 53 пациентов (77,9%) основной группы и у 48 пациентов (73,8%) контрольной группы – высокий уровень ситуативной тревожности. Неудовлетворительное самочувствие установлено у 16 пациентов (23,5%) основной группы и 18 пациентов (27,7%) контрольной, 33 пациента (48,5%) основной группы и 30 обследуемых (46,2%) контрольной группы оценили свою активность как неудовлетворительную, неудовлетворительное настроение имеют 8 пациентов (11,7%) основной группы и 7 пациентов (10,7%) контрольной группы, 51 пациент (75%) основной группы и 47 пациентов (72,3%) контрольной группы отмечали средний уровень качества жизни.

Положительная динамика психического состояния пациентов отмечалась с 6 дня криовоздействия и опережала таковую в контрольной группе. Изменения психического состояния проявлялись в улучшении самочувствия, активности и настроения; снижении личностной и реактивной тревожности, астенических проявлений, повышении работоспособности, нервно-психического напряжения больных ($p < 0,05$). Улучшение состояния отмечалось у 57 пациентов (83,8%) при выписке.

Таким образом, криотерапия в системе лечения и реабилитации лиц с тревожными расстройствами является безопасным, эффективным методом и может применяться для данной категории пациентов.

N. Pörksen

PSYCHIATRIEREFORM IN DEUTSCHLAND UND ERFAHRUNGEN IM PROJEKT

Partnership for Mental Health (Deutschland-Ukraine-Polen), Deutschland

Thesen:

1. Grundsätzliche konzeptionelle Übereinstimmung über Ziele der Psychiatriereform in Deutschland, Polen und der Ukraine
2. Es gibt kein Erkenntnisdefizit, sondern ein Umsetzungs- oder Implementationsdefizit
3. Seelische Gesundheit der Bevölkerung lebenswichtig; wird oft unterschätzt bei Fragen des Zusammenhalts in der Gesellschaft und der Arbeitsfähigkeit
4. Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Reform sind
 - Menschenwürdige Rahmenbedingungen
 - Ausreichende Grundversorgung (Unterbringung, Ernährung)
 - Ausreichende medizinische Versorgung
5. Ausgangslage der Reform in Deutschland (1970)
6. Zentrale Ziele der Reform:
 - Umfassende Neuorientierung der Psychiatrischen Versorgung auf allen Ebenen:

- Gesetzgebung, Krankenversicherungen, Kommunen, Bundesländer,
 - Zuständigkeiten der Finanzierung Behandlung, soziale Teilhabe
 - Neuausrichtung der Berufsgruppen (Pohl, Brandtner)
 - Teilhabe in allen Lebensfeldern (Wohnen, Arbeit, Soziale Kontakte) Beispiel Dezentralisierung Spancken
 - Qualifizierte Behandlung, Evidenzbasierung – Berger
 - UN BRK
 - Ausreichende wohnortnahe umfassende Behandlung und Rehabilitation
7. Umsetzungsprozesse auf allen Ebenen (s. Punkt 6), dauerten oft viele Jahre, verbunden mit erheblichen Widerständen etc
 8. Internationale Kontakte waren förderlich, Dank an Polen in der DPGSG mit Kontaktaufnahme zur Ukraine, Vorlauf ab 2005
 9. Konkreter Beginn des Projektes PfmH (2009-2010)
 10. Vertrauensbildende Maßnahmen als Voraussetzung für das Gelingen der Partnerschaft (Besuche, Kennenlernen der Verhältnisse, schonungslose Berichterstattung, Offenlegung der Probleme)
 11. Bedeutung der Wandlungsprozesse in Institutionen (social change) «können überall beginnen» – Tagesstruktur, Multiprofessionalität, Stationen, Küche, Garten, Ernährung, Außenkontakte....
 12. Bedeutung der Hospitationen für Initiativen und Beginn der Umsetzungsprozesse in den Kliniken
 13. Reformschritte ohne zusätzliche Finanzmittel
 14. Zukünftige Hospitationen und deren Finanzierung
 - Spezifische Hospitationen, Trainings (Ergoth, Deeskalation...)
 - Finanzierung auch von der Ukraine
 15. Intensivseminare, Beispiel Kiew „Aufbruchsstimmung“ in der Klinik mit der Zielsetzung „alle mitnehmen“ (möglichst viele), statt Schlüsselpersonen (key persons) Multiprofessionalität und Pflege, oder Ergotherapie in Lviv und Ivanofranziwsk aus Polen (Krakau, Opole)
 16. Leitungsverständnis in psychiatrischen Kliniken
 - Entscheidungsprozesse mit den Mitarbeitern und Patienten „erarbeiten“, nicht anordnen (verhandeln statt behandeln)
 - Management by walking around
 17. Aufbruchsstimmung in den Krankenhäusern reicht nicht.
 18. Nationales Aktionsprogramm in Richtung
 - Dezentralisierung (Beispiele Lviv und Donezk)
 - Behandlung und Rehabilitation vor Ort in Ambulanzen, Tageskliniken, wohnortnahen Kliniken,
 - Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe erfordert vor allem Initiativen in den Feldern der Sozialen Sicherung in der Zuständigkeit der Sozialbehörden
 - Wohnen mit Unterstützung, Wohnungen, Wohngemeinschaften, kleine wohnortnahe Heime, etc
 - Arbeiten mit Unterstützung – Werkstätten, unterstützte Beschäftigung, Tagesstätten mit Arbeitsmöglichkeiten
 - Sozialkontakte wie Tagesstätten, Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Angehörigenorganisationen, Treffpunkte, Urlaube etc
 19. Tage der Psychiatrie, Pavlov Festival in Kiew oder ähnliche Aktivitäten zur Unterstützung der Bereitschaft in der Bevölkerung, psychisch kranke Menschen zu tolerieren und zu integrieren
 20. Das Projekt PfmH ist auf gutem Wege. Wir hoffen, dass es mit der Psychiatriereform in der Ukraine aktiv vorangeht.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ РЕФОРМА В ГЕРМАНИИ, ОПЫТ ПРОЕКТА. ПАРТНЕРСТВО ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (УКРАИНА, ГЕРМАНИЯ, ПОЛЬША)

Н. Пёркзен

Автор подчеркивает, что центральной целью реформы психиатрической структуры в Германии, Польше, Украине является психическое здоровье населения. Подчеркиваются значение страховой медицины для обеспечения максимально качественного обслуживания пациентов, важность интернациональной кооперации для обмена опытом.

І. Я. Пінчук, А. В. Чайка ЛЕГІТИМІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ДЛЯ РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА В МАЙБУТНЬОМУ

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

Перехід України від планової до ринкової економіки зумовив низку проблем – зростання безробіття, ріст злочинності, зменшення народжуваності, кризу моральних засад значної частини населення. Таким чином перед українським суспільством постала проблема соціального захисту населення, збереження культурно-духовних цінностей, підтримання психічного здоров'я в складних соціально-економічних умовах. Вирішення цих проблем є важливим завданням державної ваги.

В умовах такої соціально-економічної нестабільності виникає необхідність створення в країні системи соціальної роботи. Вона бере свій початок у 90-х

роках, основна її мета – регулювання правових, економічних відносин індивіда та суспільства, надання кожній людині допомоги і підтримки у вирішенні її проблем, забезпечення ефективного соціального захисту кожного члена суспільства. Одночасно з ідеологічним наповненням соціальної політики держави триває процес формування законодавчого поля соціальної роботи в Україні, яке знаходиться на початковому етапі становлення. Воно є недостатнім, потребуючим вивчення, доопрацювання, прийняття нових нормативно-правових законів та актів у відповідності з сучасними потребами.

Для дослідження даної проблеми використано бібліографічний метод з метою виявлення наявної нормативно-правової бази соціальної роботи, як основи для ефективного розвитку соціального напрямку в Україні. І як наслідок, виявити моделі її розвитку та створення в майбутньому.

Законодавчу, нормативно-правову базу соціальної роботи в Україні, як і в інших країнах світу, визначають правові документи, які умовно зібрані у п'ять груп відповідно до суб'єктів їх видання:

- 1) регламентуючі, дорадчі документи світового співтовариства (акти, декларації, пакти, конвенції, рекомендації, резолюції ООН, ВООЗ, МОП, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ та інші);
- 2) внутрішньодержавні юридичні акти (Конституція України, Закони Верховної Ради України, Укази, розпорядження Президента України, постанови Уряду України, накази, рішення колегій та інструкції Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства освіти, науки, молоді та спорту України, Міністерства охорони здоров'я України, Державного комітету у справах сім'ї та молоді та інші);
- 3) документи суб'єктів України, які забезпечують реалізацію законів на своїй території, виконання регіональних законоположень, виконання республіканських (АР Крим, Україна) нормативних законоположень з правом законодавчої ініціативи;
- 4) документи муніципальних утворень (міські та сільські райони).
- 5) Накази, рішення, розпорядження безпосередньо закладів та організацій.

Законодавчу базу соціальної роботи в Україні становлять такі міжнародні документи, як Загальна декларація прав людини (ООН, 10 грудня 1948 р.), Міжнародний пакт про цивільні і політичні права, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (Нью-Йорк, 19 грудня 1966 р.).

В Україні наявна законодавча база складається з переліку нормативних актів, що регламентують соціальну роботу та захист населення, законів і Указів Президента України, декрети Кабінету Міністрів України, постанови Кабінету Міністрів України, розпорядження Президента України та Кабінету Міністрів України.

Дуже важливим для правової основи соціальної роботи сьогодні є Закон України від 05 жовтня 2000 р. №2017-ІІ «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії». Державні соціальні стандарти обов'язково враховуються при розробці програм економічного і соціального розвитку.

Багато Законів України є рамковими або непрямої дії, які часто містять формулювання: «Вимоги (стандарти, порядок тощо) розробляє Кабінет Міністрів України в установленому порядку». Клієнтам соціальних служб та представникам їхніх інтересів непросто знайти підзаконні акти, або вони не розроблені взагалі. Тому норма закону не діє.

Таким чином, у результаті переходу України від планової до ринкової економіки виникла проблема розвитку соціальної сфери. Для її розв'язання та покращення якості життя населення конче необхідна відповідна нормативно-правова база соціальної роботи, але на сьогодні вона ще й досі є недопрацьованою.

М. Ю. Поливіяна, В. В. Сотніченко, В. Я. Пішель САМООЦІНКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНИЙ ПРОГНОЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

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

Клініко-соціальний прогноз захворювання та результативність лікування в цілому значною мірою обумовлені сукупністю психологічних і психосоціальних характеристик хворого на шизофренію. Притаманні для таких пацієнтів розлади базових механізмів регуляції утруднюють їх адекватне сприйняття як життєвих подій, так і себе самого. Хворі на шизофренію з нестабільним рівнем самооцінки мають низький рівень якості життя та більший ризик суїцидальної поведінки в порівнянні з більш впевненими у собі пацієнтами.

Здатність пацієнта оцінювати власну особистість, реагувати на психологічні негаразди та обирати найбільш адекватні засоби вирішення виникаючих проблем визначали шляхом вивчення самооцінки за допомогою методики Дембо-Рубінштейн. Було обстежено 119 хворих на шизофренію у віці від 24 до 55 років (середній вік склав 32,6 року). Тривалість захворювання у переважної більшості досліджених (72,3%) становила 4–8 років. Загальною клінічною характеристикою пацієнтів була наявність негативних симптомів різного ступеня

виразності при відсутності явних продуктивних порушень. Хворі знаходились у стані ремісії, не мали супутньої соматичної та органічної патології.

Адекватну самооцінку було визначено у 14 (11,8%) пацієнтів, завищену – у 47 (39,9%), знижену – у 58 (48,3%). Знижена самооцінка була руйнівним чинником у всіх сферах соціального функціонування, які відповідають за навчання або набуття нових навичок; у свою чергу, завищена самооцінка призводила до відмови пацієнта від психофармакотерапії та всіх видів психосоціального втручання. Було відмічено, що свої фізичні якості пацієнти оцінювали на середньому рівні, а психічні – завищували; незважаючи на помітні розлади поведінки та порушення контактів з оточуючими, хворі, як правило, були задоволені своїм характером. Зниження самооцінки супроводжувалось також формуванням незадовільних взаємовідносин у родині хворого.

Самооцінка тісно пов'язана з іншим психологічним показником – критичністю до власної особистості. Мається на увазі розуміння хворим власних можливостей,

переваг і недоліків, свого міста і ролі в окремих життєвих ситуаціях. Для визначення цього параметру нами був застосований опитувальник EQ-5D. Зниження рівня критичності до свого стану здоров'я виявилось у 56 (47,0%) хворих, зниження – у 32 (26,8%), адекватне сприйняття характеризувало 31 (26,2%) обстеженого.

В якості важливої психологічної складової самооцінка безпосередньо бере участь у регуляції поведінки

і діяльності та відіграє значну роль в процесі адаптації особистості. Тому для досягнення кращого клініко-соціального прогнозу захворювання та результативності лікування до комплексу психосоціальних і реабілітаційних втручань необхідно включати спеціальні методики і заходи, спрямовані на корекцію і відновлення самооцінки хворих на шизофренію.

K. Pohl

PSYCHIATRISCHE KRANKENPFLEGE IN EINER REFORMPSYCHIATRIE Deutschland

Vor der Psychiatriereform stellte sich Krankenpflege in der Psychiatrie nicht als ein klar definiertes Berufsbild dar. Sie wurde im Wesentlichen von den Medizinerinnen, die ihr Aufgaben zuwiesen oder aber von eigenen persönlichen Vorstellungen der Pflegenden bestimmt. So konnte sie von der Vorstellung geprägt sein, „Gutes zu tun“ oder aber, und das war sehr viel üblicher, sich in großer Distanz zu den psychisch kranken Menschen bewegen. Man kontrollierte, bewachte und versorgte, vermied aber überwiegend eine Beziehung, die den Patienten als Menschen mit einer Erkrankung zur Kenntnis genommen hätte. In der Regel waren die Pflegenden weder über biographische Hintergründe noch über die Details der Erkrankungen der Patienten informiert.

Die Psychiatriereform, die die Psychiatrie hin zu einer sozialen Psychiatrie verändern wollte, machte eine neue Art der Begegnung mit den Patienten, aber auch aller Berufsgruppen, die dort ihre Arbeit taten, notwendig. Für die Pflege stellte es sich zunächst am schwierigsten dar, die eigene Rolle positiv zu definieren. Während die anderen Berufsgruppen ihre Aufgaben und deren Bedeutung klar benennen konnten, hatte sie sich bisher als weniger bedeutsam empfunden.

Stellt man nun die Bedürfnisse des psychisch kranken Menschen in den Mittelpunkt, und das ist das Ziel der Reformpsychiatrie, so wird überaus deutlich, wo die besonderen Möglichkeiten der Pflege liegen.

Patienten erleben in der Begegnung mit der Psychiatrie Berufsgruppen, wie zum Beispiel Ärzte und Psychologen, die sich primär um ihre Erkrankung kümmern und das auf sehr spezifische Weise tun.

Die psychiatrische Pflege jedoch sieht ihre Zuständigkeit in weit weniger eingegrenzten Bereichen, die sich idealer Weise so gestaltet:

Pflegende in der Psychiatrie schaffen im Rahmen ihrer Möglichkeiten ein Milieu, dass dem Patienten Wertschätzung und Orientierung vermittelt.

Sie gestalten ihre Beziehung zu ihm so, dass er diese als zuverlässig und tragfähig empfindet. Der Patient kann Pflegende also als Partner erleben, deren Unterstützung er sicher ist.

Sie kennen seine Kranken- und Lebensgeschichte und können so verbliebene Fähigkeiten und Ressourcen des

Menschen erkennen und sie stärken. Sie überfordern nicht, unterfordern aber auch in gar keinem Fall.

Sie sind dem Patienten behilflich und leiten ihn dabei an, für sich selber Sorge zu tragen und pfleglich mit sich um zu gehen. Sie üben mit ihm die Bewältigung seines Alltags ein und unterstützen ihn, Lösungen für Probleme und Konflikte zu finden, die sich zum Beispiel mit anderen Patienten während der Behandlung ergeben.

Sie sind imstande, eskalierende Situationen früh zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen, die zu einer Beruhigung führen oder aber sich anbahnender Gewalt zum Schutze anderer Patienten oder sich selber angemessen zu begegnen.

Pflegende lassen den Patienten erleben, dass die Psychiatrie Hilfe und Schutz vermittelt, auch indem sie aufmerksam auf ihn Acht gibt und nicht, weil sie Kontrolle ausüben will.

Sie sind imstande, dem Patienten Abläufe und Maßnahmen so zu erklären, dass er sie verstehen kann. Es kann sich auch ergeben, dass sie Hilfe beim Verstehen leisten müssen, wenn der Patient Aussagen anderer Berufsgruppen noch nicht verstanden hat. Durch die längere Dauer der gemeinsamen Zeit haben Pflegende die Möglichkeit, erfahren zu haben, auf welcher Ebene von Kommunikation sie den Patienten am besten erreichen.

Krankenschwestern und Pfleger verstehen sich in der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen als gleichwertige Partner, deren Aufgabe es auch ist, positive Voraussetzungen für die spezifischen Angebote der anderen Berufsgruppen zu schaffen. Sie sind sich ihrer Bedeutung im Kontext der multiprofessionellen Teamarbeit bewusst und gestalten den Austausch und die Kommunikation aktiv mit.

Ausbildung und Anleitung für die Pflege sollte besonders die bisher beschriebenen Bereiche stärken. Psychiatrisches und psychologisches Wissen ist unerlässlich, sollte aber im Kontext der spezifisch pflegerischen Tätigkeiten stehen und die Eigenständigkeit der Pflege verdeutlichen. Die Frage der Übertragbarkeit von theoretischem Wissen in eine professionelle Praxis sollte daher besonders intensiv bearbeitet werden.

Wichtig bleibt aber, die multiprofessionelle Arbeit und den Anteil einer jeden Berufsgruppe daran immer wieder gemeinsam zu reflektieren und durch das Wissen um die Aufgaben aller von einander zu profitieren.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ РЕФОРМА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ

К. Поль

Психиатрическая реформа в отношении ухода за больными предъявляет высокие профессиональные

требования к персоналу. Реформа психиатрии должна сделать психиатрию истинно социальной, что возможно за счет внедрения качественно нового уровня коммуникации с пациентом медицинского персонала. Это предполагает обязательное обучение персонала для повышения качества практической работы.

Н. Г. Пшук, В. А. Герасимук ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ РОЗРОБКИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ДРУЖИН, ЧОЛОВІКИ ЯКИХ СТРАЖДАЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Час від часу родичі залучаються до процесу догляду за хворим на шизофренію набагато сильніше, ніж це необхідно, беручи на себе значно більше ніж можуть витримати. В результаті у них не залишається сил та часу на власне життя, ціль якого зводиться лише до боротьби з хворобою, звужується коло їх інтересів, більшість опиняються в соціальній ізоляції, їх спілкування стосується винятково хворого. Це призводить до хронічної незадоволеності у родичів важливими для будь-якої людини потребами – у відпочинку, спілкуванні, особистому житті, професійній реалізації, наявності діяльності, спрямованої на отримання задоволення та радості.

За умови інформованої згоди обстежено 40 жінок віком від 21 до 37 років, чоловіки яких перебували на стаціонарному лікуванні з приводу параноїдної шизофренії. Жінки основної групи (20 чоловік) були включені до психокорекційних заходів, що тривали протягом 6 місяців. Контрольну групу склали 20 жінок, що мають хворого на шизофренію чоловіка, та яким не надавалась психокорекційна допомога.

Жінки основної та контрольної груп обстежувалися на початку та по завершенню проведеного дослідження за допомогою клінічного інтерв'ю з використанням психодіагностичних шкал. Для дослідження рівня депресії використовувалась шкала депресії Бека, для оцінки рівня особистісної та ситуативної тривожності – тест Спілбергера-Ханіна (Райгородський Д. Я., 2001 р).

Робота з сім'ями, що мають чоловіка, хворого на шизофренію, передбачала декілька етапів. На першому етапі проводилася інформаційна психоосвітня робота: дружинам та їх чоловікам надавалась інформація про природу, перебіг та медикаментозне лікування шизофренії, з метою профілактики рецидивів. Обговорювались переваги та недоліки такого лікування, включаючи побічні ефекти. В доступній формі описувалась модель стресу та його вплив на розвиток загострення психічного захворювання. Наступним етапом було проведення тренінгів для формування навиків ефективної комунікації,

а також тренінгів «вирішення проблем» з метою зниження емоційної напруги в сім'ї, а також виробки адекватних способів стрес-долаючої поведінки в кризових ситуаціях.

Як показало проведене дослідження, за сумарними показниками рівня депресії та ситуативної тривожності між основною та контрольною групами були виявлені достовірні відмінності ($p \leq 0,05$). При дослідженні рівня депресії у більшості дружин спостерігались депресивні розлади середньої важкості – 40%, легкий рівень депресії – 55%, важкий рівень – 5% в основній групі. В контрольній групі: легка депресія виявлялась у 60% дружин, середня – у 40%. Середні показники ситуативної та особистісної тривожності в основній та контрольній групах склали відповідно $45,5 \pm 1,1$ і $68,7 \pm 1,2$ та $46,3 \pm 1,1$ та $65,5 \pm 1,1$. Після проведеної психокорекційної роботи, яка тривала протягом 6 місяців, в основній групі показники рівня депресії розподілились наступним чином: 70% жінок не відмічали наявності депресії, наявність легкої депресії відзначалась у 20%, помірна депресія збереглась у 10%. Середні показники особистісної тривожності склали $44,6 \pm 1,1$, ситуативної $44,5 \pm 1,1$. Дослідження рівня депресії та тривожності в основній групі показало відсутність істотних змін емоційних реакцій дружин. Легка депресія спостерігалась у 55% опитаних, середня у 45%. Середні показники ситуативної та особистісної тривожності становили $45,7 \pm 1,1$ та $64,1 \pm 1,2$ відповідно.

Отже, отримані результати демонструють ефективність впливу психокорекційних програм на емоційний стан жінок, чоловіки яких страждають на шизофренію. Дружини відмічали покращення взаєморозуміння зі своїми близькими, що страждають на шизофренію, підвищення рівня знань про лікування хвороби чоловіка з метою попередження екзацербациї хвороби. Все це свідчить про потребу комплексної допомоги сім'ям, де чоловік страждає на шизофренію з залученням психіатрів, лікарів-психологів та психотерапевтів.

Н. Г. Пшук, А. О. Камінська

АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ СУБ'ЄКТИВНОГО КОНТРОЛЮ ТА СТАНІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Рівень суб'єктивного контролю є одним із найважливіших копінг-ресурсів особистості, що створює сприятливі умови для подолання станів професійної дезадаптації і сприяє формуванню адекватних стратегій подолання стресових ситуацій. На думку Дж. Роттера, суб'єктивний контроль, або локус контролю, являє собою певний спосіб сприймання людьми подій, як залежних або від власної поведінки (інтернальний локус контролю), або від інших людей, долі, удачі і т. д. (екстернальний локус контролю), а також може трактуватись як ступінь розуміння людиною причинно-наслідкового взаємозв'язку між власною поведінкою та досягненням бажаного результату.

Для дослідження взаємозв'язку рівня суб'єктивного контролю та синдрому професійної дезадаптації нами було відібрано групу з 35 абдомінальних та торакальних хірургів у віці від 35 до 63 років з попередньо виявленими в ході клінічного інтерв'ю та підтвердженими за методикою О. Н. Родіної ознаками синдрому професійної дезадаптації, а також контрольну групу з 23 лікарів-хірургів без ознак професійної дезадаптації, в т. ч. лікарів-інтернів; обидві групи було обстежено за допомогою методики «Рівень суб'єктивного контролю». Аналіз результатів дослідження дозволив відзначити деякі тенденції у спрямованості локусу контролю в обстежених групах лікарів. Так, в експериментальній групі виявлено переважання екстернальної спрямованості у професійній ($6,3 \pm 1,8$) та міжособистісній ($3,9 \pm 0,8$) сферах та сфері невдач ($6,1 \pm 1,9$) порівняно з контрольною групою. У досліджуваних з контрольною групи переважають екстернальні реакції у сфері досягнень ($6,0 \pm 1,2$), здоров'я ($2,3 \pm 0,6$) та сімейній сфері ($5,7 \pm 1,1$).

Таким чином, у сфері професійних відносин лікарі основної групи виявились більш екстернальними, порівняно з лікарями контрольної групи, що свідчить про більшу вразливість при вирішенні професійних завдань, зниження здатності контролювати ситуацію професійної взаємодії з пацієнтами, тенденцію перекладати

відповідальність за те, як складаються професійні відносини, на партнерів по спілкуванню, зокрема пацієнтів та колег. Зсув локусу контролю у сфері професійних відносин в екстернальну зону відображає підвищену чутливість та суб'єктивну вразливість у зазначеній сфері соціальної взаємодії. Зниження показників інтернальності в міжособистісній сфері у лікарів експериментальної групи вказує на суб'єктивну вразливість при встановленні нових контактів, при спілкуванні з пацієнтами, у порівнянні з лікарями контрольної групи. Можна припустити, що у лікарів із екстернальним контролем в міжособистісній сфері дезадаптивна поведінка частіше спостерігається в ситуаціях вирішення професійних завдань, оскільки міжособистісне спілкування є основою діяльності лікаря. Наведені дані дозволяють припустити зв'язок синдрому професійної дезадаптації з такими індивідуально-психологічними особливостями, як зниження здатності активно формувати своє коло спілкування, встановлювати нові контакти, пасивність у соціальній взаємодії, делегування іншим особам функцій активно діяти і регулювати хід взаємин.

Звертає на себе увагу підвищення показників інтернальності у сфері досягнень і зниження у сфері невдач у лікарів основної групи. Таке поєднання може носити захисний характер, допомагаючи знизити рівень тривоги та емоційної напруги. У групі лікарів з ознаками професійної дезадаптації відзначаються вищі показники в області сімейних відносин і відносно здоров'я і хвороби. Це показує, що для лікарів, що високо оцінюють ступінь впливу робочих проблем на свій емоційний і соматичний стан, сфера сімейних відносин є сферою більшого пріоритету, ніж для лікарів, що не відчують емоційного дискомфорту на роботі. Підвищення показників в області здоров'я і хвороби відображає велику відповідальність цих лікарів за стан свого здоров'я, що може стати сприятливим підґрунтям для проведення психопрофілактичних та психокорекційних заходів.

Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, Є. Я. Пшук

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ СІМЕЙНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ В ПРОЦЕСІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

На сучасному етапі розвитку психіатрії неоднозначним є підхід до проблеми деінституціоналізації. Скорочення кількості стаціонарів призводить до того, що більшість пацієнтів потрапляють в неблагоприємні умови. Порушуються схеми застосування психофармакотерапії, а сім'я, де проживає хворий, не завжди готова на себе взяти тягар проблем щодо адаптації хворого у середовищі.

Однак слід зазначити, що соціальна підтримка, сімейна та професійна допомога відіграють важливу роль у профілактиці повторних госпіталізацій та суттєво підвищують якість життя та соціального функціонування хворих на шизофренію. У повсякденному житті хворі визнають, що для них є найважливішим наполягати на своїх правах, приймати рішення, організовувати власні дії та просити

про допомогу. Звісно, така ситуація ставить питання щодо розробки нового напрямку у наданні комплексної допомоги психічно хворим – питання подальшого розвитку та удосконалення психосоціальної терапії.

Психосоціальна терапія включає в себе два основних напрямки – психофармакотерапію та психосоціальне втручання, яке націлене навчити як пацієнта, так і членів його сім'ї адекватно використовувати адаптивні копінг-стратегії та активно формувати навколо себе систему активної соціальної підтримки, завдяки якій можна було б подолати будь-які стресові ситуації. Саме сім'я хворого може бути джерелом соціальної підтримки, а може іноді виступати значним негативно забарвленим психогенним чинником, завдяки якому порушується психосоціальна адаптація хворих.

Реакція сім'ї (дружина, референтний родич) на наявність психічно хворого її члена визначається клініко-психопатологічним станом пацієнта, тривалістю хвороби, рівнем матеріального забезпечення сім'ї, рівнем функціонування особистісних копінг-ресурсів членів сім'ї, їх здатністю розвивати мережу соціальної підтримки, формувати адекватні поведінкові паттерни. Тому постає питання подальшої розробки та удосконалення

психосвітніх програм для членів сім'ї, які проживають з психічно хворим. Навчальна психоосвітня сімейна інтервенція має бути спрямована на: розвиток когнітивного усвідомлення психопатологічного стану пацієнта, адекватне сприйняття хворого як суб'єкта соціального процесу, попередження формування образу «хронічно невиліковного хворого», зниження емоційної напруги у внутрішньосімейних стосунках; створення позитивної комунікації зі спеціалістами, які надають професійну допомогу пацієнту; розвиток та підтримка комплаєнтності; формування адекватних уявлень про хворобу; оволодіння навичками та стратегіями подолання гострого та хронічного стресу.

Формування психоосвітніх програм для сімейної інтервенції повинно враховувати тип перебігу та тривалість хвороби, наявність чи відсутність шизофренічного дефекту, стан фінансового забезпечення сім'ї, рівень емоційної та інтелектуальної взаємодії в сім'ї та загальний аналіз сімейних проблем, оцінку особистісних особливостей не лише пацієнта, а й дружини чи референтного родича, рівень вже сформованої комплаєнтності, соматичний стан членів сім'ї, тип реагування сім'ї на наявність психічно хворої особи.

О. В. Радзевілова

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК, ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ

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

Зріст жіночої злочинності в Україні зумовлює підвищену увагу до цієї когорти населення. Особливо зростає інтерес до вивчення психологічних властивостей особистості, складних динамічних змін у її діяльності і вчинках, впливу особистісних якостей на скоєння злочину, його характерні риси. Вивчення зв'язку агресивних дій жінок з їх індивідуальними особливостями (в тому числі з урахуванням взаємодії «особистості та ситуації») дозволяє відмежувати структури особистості, які є важливими у формуванні агресивних дій від ситуаційно обумовлених форм реагування.

Матеріали дослідження. Для вивчення індивідуально-психологічних властивостей жінок, які скоїли суспільно небезпечні дії (СНД) проти життя та здоров'я особи, було досліджено 22 акти стаціонарних комплексних судових психолого-психіатричних та судово-психіатричних експертиз із результатами психологічного обстеження жінок. На період, що відноситься до вчинення злочину у 13,6% осіб мали місце ознаки психічного розладу (хронічний алкоголізм; змішаний тривожний та депресивний розлад; епізодичне вживання алкоголю). В усіх випадках виносились експертне рішення, згідно якого підекспертна особа визнавалась здатною усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними.

Методи дослідження. Використовувався якісний аналіз даних психологічного дослідження психологів-експертів: індивідуально-психологічних та емоційно-вольової сфер особистості. Оцінювався анамнез життя

підекспертної, аналізувався стан, що передував правопорушенню, стан в момент правопорушення та в період проведення експертного дослідження.

Результати дослідження. Підекспертні особи обвинувачувались у скоєнні СНД за наступними статтями КК України: ст. 115 ч. 1 (умисне вбивство) – 72,7% осіб, ст. 115 ч. 2 (умисне вбивство неповнолітньої дитини) – 9,1%; ст. 121 ч. 2 (тяжкі тілесні ушкодження, що призвели до смерті потерпілого) – 18,2%. Для вирішення експертних питань у 54,5% випадках судом призначалась стаціонарна комплексна судово психолого-психіатрична експертиза; у 45,5% випадках – стаціонарна судово-психіатрична експертиза, під час проведення якої проводилось психологічне дослідження.

Вік підекспертних на момент скоєння СНД коливався від 20 до 47 років. Кількість осіб віком: 18–25 років становила 18,2%; 26–35 років – 27,3%; 36–45 років – 45,5%; 47 років – 9,1%. Незакінчену середню освіту мали 27,3% осіб, середню-спеціальну освіту отримали 72,7% осіб. Збережену трудову адаптацію мали 54,5% осіб; в 45,5% випадків підекспертні не працювали.

В анамнезі асоціальну поведінку (крадіжки, бійки, постійне вживання алкоголю, були на утриманні родичів) мали 72,7% осіб; 27,3% осіб виявляли позитивну соціальну спрямованість. Під час скоєння СНД у стані алкогольного сп'яніння перебували 45,5% підекспертних.

Потерпілими у кримінальному провадженні були: чоловік підекспертної – 45,5%; співмешканець – 36,4%;

малознайомі особи (у ході розпиття спиртних напоїв) – 9,1%; неповнолітні діти – 9,1%. Знаряддям пошкоджень виступали: гострі предмети – 63,6% випадків, тупі предмети – 18,2%, змішані (нанесені тупим предметом та різані рани) зафіксовані у 13,6% випадків; смерть від асфіксії під час втоплення фіксувалась у 4,5%. Множинність поранень у потерпілих відзначалась у 77,3% випадків.

У 45,5% випадків у кримінальній справі містились негативні характеристики на підсудну особу; підсудні характеризувались позитивно лише у 9,1% випадків; у 45,5% мала місце формально-позитивна характеристика.

Характер стосунків підсудної із потерпілим по кримінальній справі визначались як конфліктні (тобто мали місце насилля з боку потерпілого у справі) у 86,4% випадків; лише в 9,1% відмічались теплі взаємовідносини.

Злобу, як домінуючу емоцію підсудні описували у 4 випадках; в одному випадку підсудна зображувала альтруїстичні мотиви (вбивство, як спосіб врятувати потерпілого від «поганого життя»); в решті випадків підсудні особи ніяк не зображували свій емоційний стан або посилались на забування деталей правопорушення (51,1%). Під час конфлікту з потерпілим було скоєно 95,5% СНД. На експертизі у 63,6% осіб виявлялась захисна позиція.

Зміни в емоційно-вольовій сфері мали місце у 90,9% підсудних: емоційна лабільність спостерігалась у 72,7% випадків, вольова нестійкість у 27,3% осіб; емоційне огрубіння та емоційна неврівноваженість – у 18,2% осіб. Тільки у 9,1% випадків підсудні мали емоційну рівноваженість та стійкість.

Серед індивідуально-психологічних особливостей жінок, які скоїли СНД проти життя та здоров'я інших осіб, притаманними були егоцентризм, дратівливість, екзальтованість емоційних переживань, імпульсивність, схильність до накопичення негативних переживань, зовнішньо-звинувачувальний радикал, демонстративні форми поведінки, низька сформованість морально-етичної сфери, вузький кругозір та обмеженість інтересів побутовими проблемами, тощо.

Висновки. Вищезазначене свідчить, що у досліджуваній групі жінок переважно відмічались індивідуально-психологічні особливості збудженого кола (імпульсивність, дратівливість, схильність до самоафектації тощо), що підтверджується негативними та формально-позитивними характеристиками з місця проживання, асоціальним стилем поведінки. Зазначені особливості у поєднанні із обмеженістю інтересів, низькою сформованістю морально-етичної сфери, зовнішньо-звинувачувальною позицією, сприяла вчиненню агресивних дій у суб'єктивно складних ситуаціях таких як реакція на тривалі конфліктні відносини із потерпілим.

Р. В. Рахманов

ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ (НЕПСИХОТИЧЕСКИХ) РАССТРОЙСТВ У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ (АУТИЗМ (А), АУТИЧЕСКИЙ КРУГ РАССТРОЙСТВ (АКР), ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ (ДЦП))

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница
Днепропетровского областного Совета», г. Днепропетровск

Несмотря на многочисленные и многолетние научные исследования, проводимые во всех странах мира, проблемы медицинской и социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями, в том числе А, АКР, ДЦП остаются нерешенными.

В разных странах мира общее количество детей с А и АКР, в т. ч. с ограниченными возможностями, колеблется от 26 до 54 и выше случаев на 10000 детского населения. Последние показатели распространенности заболеваний – 54 и выше на 10000 детей – отличаются от ранее полученных данных из-за того, что АКР рассматриваются с включением атипичных форм аутизма, в т. ч. и детей других форм ограниченных возможностей.

Также следует отметить, что в практике более 90 % родителей, услышав от специалистов о неизлечимости болезни ребенка, испытывают сильнейший стресс. В начальном периоде болезни ребенка они дезорганизованы, дезинтегрированы, ухудшается их психосоматический статус и в дальнейшем появляются психотические (непсихотические) расстройства, неадекватное поведение, конфликты в микро- и макросреде и др. Родители превращаются в пациентов «врачебных лабиринтов».

Это дополнительно усугубляет их состояние и негативно влияет на состояние детей. Некоторыми элементами негативных влияний являются: а) гиперопека; б) жалость (патологическая); в) повторение при больных детях их недостатков и жалоб; г) ограничение в трудовой деятельности; д) болезненная стеснительность, сокрытие болезни ребенка и ограничение контактов с окружающими; е) прощение капризов детей; ж) чрезмерное переживание болезни ребенка; з) проявление эмоциональной несдержанности родителей (плач, слезы и жалобы) на глазах у ребенка; и) страх перед будущим; к) ограничение внимания к другим членам семьи из-за чрезмерного внимания к больному ребенку; л) вера в нетрадиционные методы лечения (колдунов, знахарей и др.) и игнорирование традиционных методов и рекомендаций специалистов и др. Как показывает практика, из-за жалости к ребенку многие родители ограничивают самостоятельное развитие ребенка. В частности, кормят ребенка даже «сидя перед телевизором», берут на руки и др., хотя сами дети способны к самостоятельному питанию и ходьбе. Это дополнительно тормозит развитие мелкой и крупной моторики.

Для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у детей необходимо учитывать нарушение внутрисемейных отношений (конфликты, разводы), наличие психотических (непсихотических) расстройств, суицидальных поведений у родителей и других неблагоприятных внутрисемейных обстоятельств. Это является одним из ключевых факторов в организации и проведении целенаправленных лечебно-реабилитационных мероприятий.

В наших ранних исследованиях наблюдения за состоянием родителей детей с ограниченными возможностями (на эмпирических данных при объеме выборочной совокупности 518 родителей ($n=518$)) было выявлено, что при уровне надежности 95% среднее значение

совокупной эффективности лечения (положительная динамика) в психосоматическом статусе родителей под влиянием целенаправленных и позитивных лечебно-реабилитационных мероприятий у детей (т. е. опосредованный эффект, без лечения родителей) составляет: 45,6403 – 47,6300%.

При этом следует отметить, что во всех реабилитационных мероприятиях, с целью полноценной помощи детям, следует индивидуально подходить как к ребенку, так и к членам семьи и, приступая к оказанию медико-социальной помощи ребенку, следует оказать такую же помощь и родителям больного ребенка и при необходимости подключить других специалистов, в т. ч. использовать биологические методы терапии (фармакотерапия).

О. А. Ревенюк, О. В. Радзевілова

ЖІНКИ, ЯКІ ВЧИНИЛИ ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ (ПИТАННЯ СУДОВО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ)

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

Сплеск жіночої злочинності характерний нині для багатьох країн світу. Так, у Західній Європі за останні 20 років жіноча злочинність зросла в 4 рази, в Італії в середньому 13% вбивств здійснюється жінками. Аналогічна картина склалась і в Україні, де за останні 20 років жіноча злочинність збільшилась майже у 4 рази. За даними офіційної статистики МВС України в 2008 році із загальної маси зареєстрованих правопорушень питома вага злочинів, скоєних жінками складала – 13,2%, у 2009 році – 13,7%; у 2010 році – 13,9%, в 2011 році – 13,6%.

У структурі жіночої злочинності переважають вбивства, крадіжки та інші правопорушення. Однак, спостерігається процес зміни структури жіночої злочинності, що проявляється у збільшенні кількості злочинів, що традиційно скоювались чоловіками. Жорстокість, агресивність, насильницькі методи вирішення конфліктних ситуацій, асоціальний тип поведінки, стали характерними ознаками для більшості жінок-злочинниць. Тим паче, розповсюдженість алкоголізму в нашій країні стосуються й жінок. Наприклад, на 6 чоловіків із залежністю від алкоголю припадає одна питуща жінка. Стан алкогольного сп'яніння під час скоєння злочину підвищує емоційність сприйняття та імпульсивність реагування, знижує вольовий контроль над поведінкою, полегшує вибір соціально несприятливих форм реагування, посилює особистісні риси збудливого типу. Зміни особистості за алкогольним типом при хронічному алкоголізмі накладає відбиток на характер вчинених агресивних дій.

Деякі автори відзначають, що жінки частіше скоюють злочини проти особистості по відношенню до людей з найближчого оточення (І. Кудрявцев, 1997; В. Булаков, 2000; Ю. Агеева, 2001; Р. Robbins et al, 2003; Н. К. Харітонова з співавт., 2006). Іншим фактором, що зумовлює скоєння жінками тяжких злочинів проти особистості є насилля в сім'ї. Відмічається, що на фоні

тривалої фрустрації та емоційного напруження жертви внутрішньосімейної агресії часто самі стають суб'єктом злочину, тобто жертва та агресор ніби обмінюються позиціями (Р. Берон, Д. Річардсон, 2000; Ю. Агеева, 2001; Simmons C. A., 2008). За даними А. С. Вяткіної, О. Г. Зубової (2008) жінки, які самі у дитинстві зазнавали сексуального та фізичного насилля в сім'ї, частіше за все в подальшому штучно створювали конфліктні ситуації задля емоційної розрядки.

У зв'язку із збільшенням росту жіночої злочинності зріс інтерес до особистості жінки-злочинниці як до суб'єкту злочину на всіх стадіях кримінального провадження. А судова оцінка таких жінок залишається в межах визначення осудності, тобто впливу наявної у них психічної патології на здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (В. І. Васяніна з співавт., 2008; Putkonen H. et al, 2007 та ін.). Проте незначна кількість робіт присвячена структурі агресивних дій проти життя та здоров'я осіб, які скоюють психічно здорові жінки.

Виходячи із вищезазначеного, при дослідженні особливостей агресивних злочинів, що скоюють жінки, як певного відображення індивідуально-психологічних і психоемоційних особливостей, потрібно враховувати, що особистість взагалі являє собою складне динамічне утворення.

Судово-експертна оцінка жінок, що скоїли суспільно небезпечні діяння проти життя та здоров'я особи потребує психологічного дослідження різних аспектів структури особистості, не тільки врахування емоційного стану під час скоєння злочину, а й у передкримінальний період, характеру стосунків із потерпілим (особливо для жінок-жертв домашнього насилля), особливості форм реагування в конфліктних ситуаціях. Задля такої оцінки необхідно використання достатньо валідного та надійного набору психодіагностичного інструментарію.

О. А. Ревенюк, О. В. Радзевілова

СУДОВО-ПСИХОЛОГІЧНА ОЦІНКА ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН В ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ

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

В останні роки в Україні збільшується чисельність осіб, які зловживають алкоголем. За даними офіційної статистики, хронічним алкоголізмом страждає близько 1 млн. населення України. Широка розповсюдженість хворих із залежністю від алкоголю збільшує кількість судових спорів у цивільному процесі, щодо здатності таких осіб усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними під час підписання правочинів.

Хоча формуванню хронічного алкоголізму, як прогресуючої хвороби у дорослих осіб передують доволі тривалі періоди пияцтва, вже на початковому етапі виявляються зміни в емоційно-вольовій сфері. З'являється почуття ізоляції, збіднення емоційних переживань, відсутність стійких відносин і нестійкість взаємин з людьми. Залежній особистості найвищою мірою властива сугестивність як особистісна риса (наприклад, некритичність самосприйняття, легковірність, податливість груповому впливу, авторитарному керуванню тощо).

Зловживання алкогольними напоями далеко не завжди супроводжується вираженими порушеннями інтелектуальної сфери. Алкоголізація, в першу чергу, впливає на вольові процеси, в тому числі й на мотиваційну спрямованість особистості. Через зловживання алкоголем набувають змін преморбідні характеристики особистості аж до її деградації. Такі зміни стосуються життєвого сенсу, ціннісних орієнтацій, світогляду та самосвідомості; формуються нові погляди, позиції, що обумовлюють, раніше не властиві для особистості, дії та стиль життя (Г. І. Дереча, 2005 р.). Зниження особистості (деградація) проявляється: змінами у мотиваційній сфері («здви́г мотиву на ці́ль», завдяки чому алкоголь стає провідним мотивом усієї діяльності); зниженням вольового радикалу по відношенню до видів діяльності не пов'язаних із алкоголем, залежною поведінкою; порушеннями преморбідних постанов, звуженням кола інтересів, збідненням морально-етичної сфери.

Залежній особистості властиві порушення соціального інтелекту (Н. А. Сирота та Н. І. Зенцова, 2010 р.): змінюється пізнання людини та її роль у подоланні життєвих проблем, порушується пристосування до соціального оточення і здатність це оточення формувати; виявляється зниження здатності досягати результати своєї соціальної поведінки, передбачати її причинно-наслідкові зв'язки. Вищезазначені зміни сприяють соціальній дезадаптації людини. Домінування потреби в алкоголю перешкоджає реалізації інших потреб та втілюється в порушенні міжособистісних відносин. Втрати контактів з особами найближчого оточення є додатковим стресогенним впливом на цих хворих.

Захисні механізми особистості, що проявляються анозогнозією, впливають на адекватне сприйняття своєї хвороби (порушується вміння таких хворих оцінити себе з боку, що, в свою чергу, заважає адекватно співвіднести власні дії з сформованою ситуацією). Також за результатами досліджень азогнозії у хворих на алкогольну залежність виявлено, що ступінь усвідомлення наявних проблем із зловживанням алкоголю впливає на структуру особистісних змін (Г. І. Дереча, В. А. Дереча, 2010 р.). Наприклад, в осіб з повним витісненням своєї хвороби відмічались загальна задоволеність своїм життям, усвідомлене відношення до нього, ясність наявних цілей і позицій, змістовність занять і справ та небажання щось кардинально змінювати.

Виходячи з вищенаведеного, можна зробити висновок, що при судовій оцінці здатності осіб із залежністю від алкоголю усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними під час вчинення правочинів не можна ґрунтуватись лише на вивченні вираженості інтелектуально-мнестичних порушень або на факті перебування особи у стані алкогольного сп'яніння при підписанні правочину. Алкогольна залежність зачіпає особистість в цілому, зі зміною структури мотиваційної спрямованості особи, що обумовлено прагненням продовжувати вживати алкоголь.

О. А. Ревенюк¹, Н. Ю. Васильєва²

КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЇ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ

¹Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

²Київський міський центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ

Аналіз літературних даних дозволяє виділити такі аспекти кримінальної, агресивної поведінки жінок: клінічний, соціальний, юридичний, судово-психіатричний.

Зупинимося на вивченні клінічної структури психічних розладів у жінок, які скоїли суспільно небезпечні дії (СНД) проти життя та здоров'я особи. З цієї

метою були проаналізовані 122 випадки стаціонарних судово-психіатричних експертиз (СПЕ), проведених на базі Київського міського центру судово-психіатричної експертизи щодо жінок, звинувачених у скоєнні СНД проти життя та здоров'я особи. Період вибірки склав 10 років (2001–2011 рр.).

Встановлено, що до проведення СПЕ вивчасного контингенту, на психіатричному обліку перебувало 20,4% жінок, з них 72% проходили лікування в психіатричних лікарнях; під спостереженням у нарколога знаходилося 4% жінок, з яких 60% – лікувалися в психіатричних клініках; 7,4% жінок з різних причин проходили лікування в психіатричних лікарнях, не перебуваючи при цьому на обліку у психіатра і нарколога; 68% – на обліку не перебували.

Виявлено, що 32% жінок вперше був встановлений психіатричний діагноз у період проведення стаціонарної СПЕ.

У 51% випробовуваних, звинувачених у скоєнні СНД проти життя та здоров'я особи виявлена різного роду соматична патологія: системи кровообігу – 43,5%, травної – 25,8%, органів дихання – 17,7%, видільної та обміну речовин – по 4,8% відповідно. Онкологічна патологія відзначалася у 3,2% жінок. У 52% підекспертних були виявлені неврологічні розлади. У структурі неврологічної патології переважали варіанти вегетативної дисфункції – 44,4%, наслідки черепно-мозкової травми – 23,8%, прояви дисциркуляторної енцефалопатії – 22,2%, дифузні зміни ЕЕГ – 6,3%. Патологія периферичної нервової системи та судомний синдром були виявлені у 1,6% випадків відповідно.

За наявними даними 68% жінок на період інкримінованого їм діяння перебували у стані алкогольного сп'яніння. Слід зазначити, що 18% до моменту вчинення злочину систематично зловживали спиртними напоями.

Було встановлено, що за нозологічними формами жінки, які звинувачувалися у скоєнні тяжких злочинів розподілялися таким чином: розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (F 10.0 – F 10.9) – 19,7%, органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки (F 00 – F 09) – 14,8%, шизофренія (F 20) – 10,6%, розлади особистості та поведінки (F 60–69) – 7,4%, розумова відсталість (F 70–79) – 6,5%, афективні розлади (F 30 – F 39) і розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних та інших психоактивних речовин (ПАР) (F 11 – F 16; F 18 – F 19) – по 2,4%. До 1% склали випадки з гострими і транзиторними маячними розладами (F 23; F 24), шизоафективними розладами (F 25), хронічними та іншими психотичними розладами (F 22; F 28; F 29), невротичними, пов'язаними зі стресом та

соматоформні розлади (F 40 – F 48), поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами (F 50 – F 59), розладами психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого та підліткового віку (F 80 – 89; F 90 – 98). Слід зазначити, що серед всіх жінок, які перебували на стаціонарній СПЕ та звинувачувались у скоєнні тяжких злочинів проти життя та здоров'я особи 31,1% були визнані психічно здоровими, причому в більшості випадків у них переважав збудливий тип реагування й емоційна нестійкість.

За наявними даними, серед усіх жінок, що проходили стаціонарну СПЕ та звинувачених у вчиненні злочинів проти життя та здоров'я особи в 59% випадків вони звинувачувалися у скоєнні вбивств (ст. 115–119 КК України), а в 41% випадків – у нанесенні тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості (ст. 121–128 КК України). Жінки, обвинувачені в скоєнні вбивств у 16,7% випадків виявляли розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, в 15,3% – органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки, в 9,7% – ознаки шизофренії, по 6,9% – розлади особистості та поведінки і розумову відсталість, у 4,2% – афективні розлади, в 2,8% – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних та інших ПАР, по 1,4% – невротичні розлади та поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами. Психічно здоровими визнані 34,7% жінок. Жінки, обвинувачені у вчиненні тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості в 16% випадків виявляли ознаки шизофренії, в 14% – органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки, в 10% спостережень – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, в 8% – розлади особистості та поведінки, в 6% – розумову відсталість, по 2% – гострий маячний розлад, шизоафективні, хронічні та інші психотичні розлади, а також розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних та інших ПАР, відповідно. 38% жінок визнані психічно здоровими.

Таким чином, проведене дослідження показує, що клінічний аспект кримінальної, агресивної поведінки жінок слід детально і глибоко вивчати з метою розробки певних соціально – профілактичних заходів для запобігання зростання жіночої злочинності, особливо серед жінок які страждають психічними розладами.

О. А. Ревенко¹, О. Б. Сувало²

ПРОБЛЕМИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ З «ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ», ЯКІ УКЛАЛИ ПРАВОЧИННИ

¹Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

²КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів

Однією з найактуальніших та найскладніших проблем судово-психіатричної експертизи в цивільному процесі є діагностика психічних розладів у осіб, яким було встановлено «дисциркуляторну енцефалопатію» та які уклали правочини. Особливі труднощі виникають при проведенні посмертних судово-психіатричних експертиз, коли лікарі судово-психіатричні експерти

не мають можливості провести безпосередній психіатричний огляд особи, та для відповіді на поставлені запитання, досліджують надані судом матеріали, які не завжди є достатньо інформативними, об'єктивними та часто не відповідають сучасному рівню розвитку медичної науки в цілому.

У результаті аналізу випадків судово-психіатричних експертиз як помертвих, так і живих осіб, яким було діагностовано «дисциркуляторну енцефалопатію» та які уклали правочини, нами виділено кілька проблем, які, значною мірою ускладнюють проведення судово-психіатричних експертиз відповідно до сучасних стандартів медичної науки та експертології, та потребують глибшого дослідження та нагального вирішення:

1. Поняття «дисциркуляторної енцефалопатії» відсутнє в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, натомість, 3 нозології класифікації (за деякими авторами – 5 і більше) частково відповідають опису цього поняття.
2. Діагноз «дисциркуляторної енцефалопатії» встановлюється переважно лікарями амбулаторної служби (невропатологи, сімейні лікарі, дільничні терапевти), які, не будучи спеціалістами в галузі психіатрії, в своїх записах фіксують розлади психічної діяльності різного спектра та ступеню вираженості, не кваліфікуючи їх відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.
3. При встановленні діагнозу «дисциркуляторної енцефалопатії», що супроводжується психічними

розладами у осіб, які уклали правочини, в зв'язку з відсутністю кваліфікації даних розладів та визначення ступеня їх вираженості, значно ускладнюється можливість ретроспективного встановлення здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними в періоди, які цікавлять суд при вирішенні цивільних суперечок.

Підсумовуючи вищесказане, слід зазначити, що, незважаючи на чинність та обов'язковість до застосування Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, лікарями надалі широко застосовується поняття «дисциркуляторної енцефалопатії». При наявності виражених психічних розладів у осіб з «дисциркуляторною енцефалопатією», без компетентної кваліфікації психічного стану лікарем психіатром (проведення психіатричного огляду), в зв'язку з відсутністю чіткої критеріальності та низькою доказовістю описаних психічних порушень, судово-психіатричне ретроспективне дослідження психічного стану та визначення ступеню здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час укладання правочинів значно ускладнюється або є неможливим взагалі.

A. Romaniv, O. Khaustova

MODERN FEATURES OF SUICIDE PREVENTION

Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse

Keywords: auto-aggressive behavior, suicidal activity, accidental death, suicide, prevention, psychological and psychiatric support

Was analyzed the global and domestic data on the prevalence of suicide, providing a range of socio-demographic indicators for suicidal activity. The model of «suicidal process» describes typical suicide predictors and preventers. Also analyzed the mortality rate and the distribution of deaths from external causes in the home, including cases of completed suicide attempts in 2011 in Ukraine. The cause of the majority of so-called «accidental death» (an overdose of drugs, road crashes, falls from height, etc.) are actually suicides. Such a redistribution of the relative number of suicides among the causes of

mortality from external causes in life confirms the need for a more detailed analysis of deaths from accidents and the need to create programs for the psychological support of persons receiving medical assistance after an accident. Then create such a program, we have analyzed the data from one of the regions of Ukraine, which is not marginalized by the statistics, namely the Zakarpattia region in 2008–2010. Rating suicides in Zakarpattia leading cause of death from external causes in the home in 2011 amounted to 19.8% in the first half of 2012 – 17.7%. Among the causes of death with confidence prevailed mechanical asphyxia by hanging (which is the leading method of suicide in an irreversible world, especially in countries with restrictions on firearms (including Ukraine)).

С. Н. Саржевский

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОРГАНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Несмотря на частую встречаемость депрессивной симптоматики в структуре органических расстройств, в отечественных классификациях сохраняется тенденция не выделять их в самостоятельную нозологическую категорию. В то же время объединение таких разнородных феноменов, как органические аффективные расстройства, в общей синдромальной группе по МКБ-10 без четкой клинической дифференциации синдрома создает,

сложности, связанные с оценкой состояния и выбором адекватного лечения (С. В. Корень, 2008).

Данная работа посвящена сравнению депрессий вследствие различных органических заболеваний мозга, диагностированных в одной рубрике – органическое аффективное расстройство с целью ранней их диагностики и поиска путей профилактики.

Наблюдались 32 больных острого мужского отделения Запорожской областной психиатрической больницы в возрасте 32–67 лет с депрессией вследствие органического поражения ЦНС. Этиологическими факторами поражения мозга являлись 3 группы заболеваний: сосудистые поражения, включая последствия инсультов (11 больных); последствия ЧМТ, включая симптоматическую эпилепсию (11 больных); интоксикационное алкогольное поражение (10 пациентов). Критерием для включения депрессий в этот раздел являлась их прямая обусловленность церебральным заболеванием, наличие которого подтверждено адекватными клиническими и параклиническими методами исследований. Для оценки выраженности и особенностей переживаний применялась шкала Гамильтона.

Общей особенностью клиники всех признаков депрессий вне зависимости от основного заболевания были утомляемость, слабость, гиперестезия, ранимость, элементы недержания аффекта, сочетание затруднений в межличностных контактах и психотические включения. При этом симптоматика имела упрощенный, схематичный и повторяющийся характер, она не была связана с возрастным фактором.

В каждой из исследуемых группы больных имелись свои особенности депрессий, которые включали дифференцированную лечебную тактику. Так, при преимущественном сосудистом поражении мозга доминировали тревожные депрессии с наибольшей выраженностью в вечерние часы. Диагностика постинсультной депрессии

маскировалась соматическими заболеваниями, в большинстве случаев присоединялась ипохондрическая фиксация. В лечении наиболее эффективными были селективные антидепрессанты в комбинации антидепрессант – ноотроп – антиоксидант.

При последствиях ЧМТ депрессивный аффект проявлялся как структурный компонент дисфории и имел все присущие ей черты: пароксизмальность, непродолжительность, выраженность проявлений, склонность к аутоагрессивному поведению, сочетание со страхом и гневливостью. Поэтому в терапию мы включали стабилизаторы настроения из групп антиконвульсантов, нейролептики с преимущественным седативным эффектом.

При злоупотреблении алкоголем депрессии развивались постепенно и имели субсиндромальный уровень, когда их нельзя отнести к какому – либо из выделяемых подвидов. При прогрессировании основного заболевания они как бы включались в структуру личности больного с сохранением полиморфизма, изменчивости и преобладанием тревожного компонента, со временем трансформируясь в дисфорические. В лечебный комплекс наиболее целесообразно назначение транквилизаторов с преимущественным анксиолитическим действием и вегетотропных препаратов.

Таким образом, уточнение клинических особенностей депрессий способствуют их раннему выявлению, а различная лечебная тактика – предотвращению рецидивов.

Т. В. Синіцька

ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИКТИВНОГО СТАТУСУ СТУДЕНТІВ ВУЗІВ М. КИЄВА

Український НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Сьогодні проблема аддикції є чи не найзаплутанішою і складною серед тих, що стоять перед людством. Серед контингентів, в яких феномен залежності є доволі розповсюдженим, є студентська молодь. Науковий інтерес до її проблем обумовлений тим, що студентство представляє особливу групу, яка розглядається як інтелектуальний ресурс суспільства, його кадровий потенціал; в певному сенсі – це наступники та представники національної культури. У період вступу до ВУЗів молоді люди в основному вже досягають фізичної зрілості, у той час як їх соціальний, психічний і моральний розвиток знаходиться в стадії інтенсивного становлення, і саме ці фактори є підґрунтям для формування аддикцій.

Отже, згідно з метою встановлення розповсюдженості та аналізу структури аддиктивної поведінки серед сучасної студентської молоді великого вітчизняного міста, нами було обстежено 116 студентів (55 чоловіків і 61 жінка), які навчалися в Національному технічному університеті України «Київський політехнічний інститут» та в Київському національному університеті технологій та дизайну.

В якості потенційних цілей дослідження були обрані актуальні в сучасному студентському середовищі пристрасті та залежності, для дослідження яких використовувався метод комплексної оцінки аддиктивного статусу індивіда і популяції за допомогою системи audit-подібних тестів. Використовувалися audit-подібні тести для виявлення розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, тютюну та психостимуляторів (хімічні аддикції).

Аналізуючи структуру аддиктивного статусу студентів стосовно хімічних об'єктів «вживання», ми отримали такі результати. На першому місці по кількості осіб, які мали досвід «вживання» досліджуваних нами об'єктів були ті студенти, що вживали алкоголь, а саме 70 (60,34%) осіб, з яких 40 (87,28%) чоловіків, та 30 (49,19%) жінок. Друге місце займали досліджувані, що мали досвід вживання тютюну, цей факт зазначено інтерпретуючи результати 55 (47,41%) студентів, серед яких було 37 (89,09%) осіб чоловічої статі, та 18 (29,51%) – жіночої відповідно. Що стосується психостимуляторів, то їх вживали тільки 2 (1,72%) студенти з опитаних, це були чоловіки (3,64% від загального числа осіб чоловічої статі, які приймали участь в дослідженні).

Також нами була досліджена частота досвіду «вживання» обраних нами хімічних об'єктів без ознак залежності (питома вага в обстеженій популяції респондентів, які набрали від 1 до 19 балів у відповідних AUDIT-подібних тестах) і, відповідно, частота «вживання» з ознаками залежності (питома вага в обстеженої популяції респондентів, які набрали 20 і більше балів у відповідних AUDIT-подібних тестах).

У обстежених високі показники частоти досвіду «вживання» без ознак залежності розподілились між досліджуваними об'єктами «вживання» наступним чином: алкоголь, який вживали без ознак залежності 67 (57,76%) осіб, з яких 38 (69,09%) чоловічої статі та 29 (47,55%) жіночої відповідно; тютюн вживали 45 (38,79%) студентів, серед яких було 28 (50,91%) чоловіків та 17 (27,87%) жінок; на останньому місці – психостимулятори, які

вживали 2 (1,72%) студенти чоловічої статі (1,72% від кількості чоловіків, що взяли участь у дослідженні).

Результати дослідження досвіду «вживання» запропонованих нами об'єктів з ознаками залежності у опитаних студентів наступні. Найбільша кількість обстежених, що отримали 20 і більше балів у відповідному AUDIT-подібному тесті, зловживали тютюном. Відповідну кількість балів отримали 10 (8,62%) студентів, серед яких 9 (16,36%) осіб чоловічої статі, та 1 (1,64%) жіночої відповідно. На другому місці по кількості осіб з досвідом «вживання» з ознаками залежності опинилися студенти, які зловживали алкоголем: 3 (2,59%) студентів, з яких було 2 (3,64%) чоловіка та 1 (1,64%) жінка.

Таким чином, проблема психопрофілактики та психокорекції аддиктивної поведінки у студентської молоді є досить актуальною та потребує раціональних та дієвих заходів для її вирішення.

А. М. Скрипніков, Л. В. Животовська, Л. А. Боднар
ЕФЕКТИВНІСТЬ ГЕШТАЛЬТ-ПІДХОДУ ПРИ ТЕРАПІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ,
ЯКІ БАЖАЮТЬ ЗМІНИТИ ФОРМУ НОСА З ЕСТЕТИЧНОЮ МЕТОЮ
 ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Дефекти та деформації носа є найпоширенішими серед косметичних патологій обличчя. Наявність косметичної вади нерідко виключає людину з нормального трудового змагання, відбивається на працездатності, зменшує можливість заробітку, погіршує загальний психічний та життєвий тонус та спонукає звертатися до пластичних хірургів. Однак після проведеного оперативного втручання хворі часто залишаються незадоволеними результатом, вимагають чергових оперативних втручань, можуть «переключатися» на удавані дефекти інших частин тіла, що потребує проведення психотерапевтичних та реабілітаційних заходів.

Мета роботи – розробити систему психотерапевтичної корекції психічних порушень в осіб які зверталися до пластичних хірургів для проведення косметичної ринопластики, та оцінити її ефективність.

Психотерапія проводилася 99 пацієнтам, які склали дві групи: I – 69 осіб з дефектами зовнішнього носа, які були помітні для оточуючих, відхилялись від встановленої естетичної норми, прийнятої в косметології, але не спотворювали зовнішність особи; II – 30 осіб, в яких дефекту носа не було, однак вони наполягали на ринопластиці. Ефективність психотерапевтичного лікування оцінювали на синдромальному рівні та за динамікою показників шкал тривожності Ч. Д. Спілбергера-Ханіна і депресії Гамільтона (HDRS).

Психокорекційна робота проводилася комплексно, була індивідуально диференційованою, враховувала етіопатогенетичні аспекти та базувалася на засадах послідовності й етапності. Включала індивідуальні і групові заняття в рамках гештальт-підходу. Заняття проводилися по 60 хвилин: 2 групових та 1 індивідуальне на тиждень, близько 3-х місяців.

У результаті проведеної психотерапевтичної в обстежених обох груп регресували невротичні розлади, достовірно знизилися прояви ситуативної тривожності: у жодного не було виявлено високого її рівня (до терапії він спостерігався у 24 (34,78%) I та у 3 (10,00%) осіб II групи). Достовірно знизився і середній показник: у I групі з $40,78 \pm 0,83$ до $30,05 \pm 1,03$, $p < 0,05$, у II – з $37,96 \pm 1,26$ до $32,13 \pm 1,23$ ($p < 0,05$).

Прояви особистісної тривожності зменшилися в обстежених обох груп (з $38,36 \pm 0,91$ до $33,69 \pm 0,54$, $p < 0,05$ у I групі та з $46,23 \pm 1,07$ до $43,36 \pm 1,03$ у II групі). Однак після проведеного лікування у 10 (33,33%) пацієнтів II групи ще зберігався високий рівень особистісної тривожності, тоді як в усіх обстежених I групи він знизився до помірного ($n = 49$, 71,01%) або низького ($n = 20$; 28,99%).

Вираженість депресивної симптоматики також значно зменшилася в обох групах. Якщо до лікування наявність депресивних симптомів діагностували у половини обстежених ($n = 35$; 50,72%) I групи переважно помірного рівня ($n = 20$, 28,98%), то після його закінчення – у 25 (36,23%) осіб, частіше з легкими симптомами депресії ($n = 18$, 26,08%). Відповідно, й середній бальний показник також знизився з $9,75 \pm 0,61$ до $6,55 \pm 0,72$, $p < 0,05$.

Серед обстежених II групи після проведеного лікування у 3 осіб депресивна симптоматика взагалі нівелювалася, а кількість осіб, в яких вдалося знизити рівень депресії до легкого, зросла – з 8 (26,67%) до 10 (33,33%). При цьому середній показник також достовірно знизився, хоча й залишився на помірному рівні ($12,26 \pm 1,25$ проти $16,06 \pm 1,4$; $p < 0,05$). Крім того, 14 (20,29%) осіб I та 24 (80,00%) II групи відмовилися від ринопластики.

Таким чином, в осіб, які зверталися до пластичних хірургів для проведення косметичної ринопластики та

мали психічні порушення, система психотерапевтичної корекції, розроблена на принципах комплексності та

етапності із застосуванням гештальт-підходу, довела високу ефективність.

М. І. Сокур, О. М. Царенко
ВПЛИВ НОВОВВЕДЕНЬ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ КЛІМАТ МЕДИЧНИХ КОЛЕКТИВІВ

Вінницька обласна психіатрична лікарня №2, м. Вінниця

У зв'язку з реорганізацією медичної допомоги на первинному і вторинному рівні, виникає питання сприйняття цього процесу медичними працівниками і підтримки терапевтичного середовища.

Ставлення співробітників до нововведення залежить від характеристики, сумісності з досвідом і навичками працівників.

Перешкоди на шляху нововведень іноді впливають не із самого заходу, а виникають проти способів впровадження, тому важливу роль відіграє поінформованість як сімейних лікарів, так і інших медичних працівників про мету, методи, вигоду, яку одержить у результаті реорганізації кожний працівник.

Іншим важливим фактором, який допоможе в реалізації реформування або ж може створити додаткові перешкоди, – час.

На наш погляд, в даній ситуації можна виділити два часових інтервали. Перший – від моменту ознайомлення колективу з нововведенням до початку реалізації. Цей період повинен бути досить довгим, щоб працівники змогли внутрішньо сприйняти, відчуті себе пов'язаним з реформуванням галузі і пристосуватися до очікуваного результату.

Другий інтервал – між початком і закінченням нововведення. Він повинен бути достатнім для того, щоб співробітники змогли змінити свою організаційну поведінку й трудову активність відповідно до цілей, обмежень і можливостей, які їм представляє дане реформування.

Особливо важливо після кожного із етапів підводити підсумки шляхом проведення конференцій, дискусій,

нарад з тим, щоб в результаті корисних ефективних організаційних питань, разом з мало діючими неефективними, не викреслити основну мету.

Відомо, що будь-які зміни в роботі колективу викликають стресовий стан у співробітників, в результаті чого може виникнути декілька емоційно-стресових стадій, що чітко різняться: заперечення, гнів, погодження з ситуацією, депресивні або субдепресивні розлади й прийняття позитивного або негативного наслідку реорганізації.

Завданням керівників є враховувати емоційний стан співробітників. Важливу роль мають навчальні семінари – тренінги з формування підходів до проблем, які виникають при особистій участі сімейних лікарів та вузьких спеціалістів. Крім того, необхідно приймати до уваги вік фахівця, попередній досвід роботи в медичній галузі, очікувану професійну та фінансову вигоду, тощо.

Як показують спостереження, реакція працівників різноманітна, тому керівники зобов'язані допомагати їм долати певні фази: поки співробітник не досягне кінцевої стадії процесу зміни, не варто вимагати від нього повної реалізації нововведення. Втручання повинне відповідати характеру фази, емоційно переживаної співробітниками. Воно може носити як характер простого роз'яснення з доказовими факторами, так і більш глибокого навчання.

Таким чином, знаючи особливості впровадження нововведень, керівники повинні проводити необхідні зміни при формуванні терапевтичного середовища в колективі, не порушуючи нормального функціонування й зберігаючи соціально-психологічний клімат колективу.

М. А. Соловьева
СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ ПЕНСИОННОГО ФОНДА ПО ДАННЫМ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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

В настоящее время остается актуальным вопрос об изучении характера влияния неблагоприятных производственных факторов на состояние психического здоровья работающих, вероятности развития у них расстройств невротического регистра, разработке системы мер по их предупреждению. Одной из категорий населения, находящихся в зоне повышенного риска, являются служащие финансово-кредитных учреждений, в частности, пенсионного фонда. Специфика работы этого

контингента обладает рядом стрессогенных факторов, способных вызвать у них формирование невротических и неврозоподобных нарушений. К ним в первую очередь относятся частые организационные изменения, неравномерность производственной нагрузки, конфликтные ситуации с клиентами, штрафные санкции в случае совершения ошибки и др.

Клинико-эпидемиологический анализ состояния психического здоровья данной категории служащих

был проведен на базе Управления пенсионного фонда Украины в Ленинском районе г. Донецка. Исследование проводилось с помощью разработанной нами Унифицированной карты, содержащей идентификационные данные, сведения о семейном положении, образовании, виде и особенностях трудовой деятельности, а также психологический раздел, включающий методику определения личностной акцентуации характера (опросник Шмишека), экспресс-диагностику невроза (опросник Хека-Хесса), тревожности (методика Ч.Д. Спилберга-Ю.Л.Ханина), депрессии (опросник Зунга), клинико-патопсихологический раздел, определяющий наличие, частоту и интенсивность проявления невротических симптомов.

Всего обследовано 29 женщин. Более половины из них находились в возрастной категории 40–59 лет ($n=21$; 72,4%).

Все служащие имели высшее образование, занимали должность «главный специалист». У 21 из них стаж работы был свыше 21 года (72,4%).

В браке состояло 9 женщин – 31,0%. Удельный вес разведенных женщин составил 34,9% (10 человек), состоящих в гражданском браке 10,3% (3 человека).

Согласно опроснику Хека-Хесса уровень невротизации превысил границы нормы у 11 сотрудников (37,9%), его средний показатель в этой группе составил 25,8 баллов. Уровень депрессии по опроснику Зунга превысил 50 баллов у 18 опрошенных (62%) и в среднем составил 55 баллов.

Исследование реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) проводилось с помощью шкалы самооценки

Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина. Средний балл реактивной тревожности в обследованной группе составил 44 балла, что соответствует уровню умеренной тревожности. Высокие показатели реактивной тревожности (среднее значение 47,5 баллов) отмечались у 7 человек (24,1%). Средний балл личностной тревожности составил 49 баллов. Высокие показатели личностной тревожности (среднее значение 52,6 балла) отмечались у 24 человек (82,7%).

При проведении опроса, а также по данным клинико-патопсихологического исследования, наиболее часто встречались жалобы на отсутствие утром чувства отдыха (89,6%), потребность перепроверять несколько раз текущую работу (82,7%), чувство внутренней тревоги и напряженности (79,3%), недовольства другими (79,3%), утомления от общения с другими людьми (75,8%), желание отложить принятие решения на потом (75,8%), тревогу при мыслях о работе, страх неудачи, критики (72,4%), общую физическую слабость (75,8%), вегетативные проявления (86,2%), мышечные боли в различных частях тела (75,8%).

Таким образом, уровень высокий тревоги и депрессии по данным скринингового обследования, наличие у большинства сотрудников невротических расстройств свидетельствует о целесообразности разработки и внедрения в практику работы сотрудников пенсионного фонда системы психогигиенических и психопрофилактических мероприятий с учетом их личностных особенностей и специфики трудового процесса.

В. В. Сорока

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕМЕЙНЫХ КОНФЛИКТОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ «СЕМЕЙНОЙ СОЦИОГРАММЫ»

Областная клиническая психоневрологическая больница-Медико-Психологический Центр, г. Донецк

Разнообразные конфликтные ситуации являются неизбежным порождением сложного и противоречивого процесса социального и семейного взаимодействия, что ставит как общество в целом, так и каждого конкретного человека перед необходимостью их решения.

Социограмма представляет собой метод составления схемы внутригрупповых взаимоотношений, основанный на предпочтениях членов группы. Различные модификации графических способов представления семейных структур давно и успешно используются в качестве диагностических методов в различных направлениях семейной терапии. Для применения в семейной терапии техника социогаммы была адаптирована Джоном Хайуэллсом (1971), Сальвадором Минухиным (1974), Э. Г. Эйдемиллером (1987).

Методика «Семейная социограмма» используется для экстернализации неосознаваемых аспектов взаимоотношений между членами семьи, конкретизации особенностей психологических коммуникаций в семье и поощряет процесс индивидуации и дифференциации в семейной системе.

Испытуемым предъявляется бланк с нарисованным кругом диаметром 110 мм. Затем дается инструкция: «На листе изображен круг. Нарисуйте в нем самого себя и членов вашей семьи в форме кружков и обозначьте кружки именами».

С помощью данной методики нами были исследованы 30 семей с конфликтным взаимодействием в диаде «муж–жена», приведшего к невротическому расстройству одного из супругов.

В результате исследования было выявлено, что для жертвы семейного конфликта характерны: снижение самооценки, переживание эмоциональной отверженности, изменение дистанции с другими членами семьи.

При графическом исполнении данной методики в 45% случаев доминирующий член семьи располагался вверху пространства круга, а жертва конфликта в нижней половине, со значительным уменьшением кружка по сравнению с агрессором.

Член семьи, с которым испытуемый находился в конфликтных отношениях, не попадал в тестовое, оказывался «забыт» в 55% случаев.

Расположение испытуемым своего кружка внизу тестового поля, в стороне от кружков, символизирующих других членов семьи, может указывать на переживание эмоциональной отверженности.

В ряде случаев были выявлены недостаточно дифференцированные отношения испытуемых к агрессорам (графически представлялось в виде слипшихся, переплетенных кругов в тестовом поле).

Таким образом, метод «Семейных социограмм» позволяет рассматривать следующие параметры семейной структуры: 1) объективно существующие модели; 2) их субъективную интерпретацию; 3) степень функциональности взаимосвязей структуры и ее отдельных фрагментов.

Правильная диагностика внутрисемейных отношений позволяет выявить наиболее «болезненные» точки семейного функционирования, выделить мишени предполагаемого психотерапевтического воздействия.

Е. Г. Сорока

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ШАХТЕРОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

Областная клиническая психоневрологическая больница –
Медико-Психологический Центр, г. Донецк

Одной из важнейших проблем современной психиатрии является изучение психического здоровья работников крупных промышленных предприятий. Это обусловлено как медицинскими, так и социально-экономическими факторами. Особое значение при изучении вопросов социально-психологической адаптации имеет исследование личностной регуляции пациентов.

Нами было обследовано 150 шахтеров с органическими непсихотическими психическими расстройствами, перенесших несчастный случай на производстве.

Изучение индивидуально-личностных свойств нами проводилось с помощью методики СМЛ (в модификации Собчик Л. Н.).

Все обследованные пациенты имели органическое поражение головного мозга различной этиологии (черепно-мозговая травма, отравление угарным и/или рудничным газом), развившееся в результате несчастного случая на производстве.

Профиль обследованных группы «ЧМТ» отличался умеренным подъемами по шкалам «Ра» и «Sch», «Ма», что указывает на межличностную сензитивность и враждебность данных пациентов.

Профиль обследованных группы «Отравление» выявил выраженное невротическое плато с подъемом баллов по шкалам «Нs», «D», «Нy», свидетельствующий о дисгармоничности личности с дезадаптивными паттернами поведения.

Целостный анализ профиля группы «ЧМТ» характеризуются следующими личностными особенностями. Повышенные величины профиля и его «плавающий»

тип, свидетельствуют о выраженных патологических изменениях и состоянии дезадаптации обследуемых.

Повышенная 8-я шкала также выявляет иррациональный тип реакции с уходом в ирреальный мир фантазий и мечты. При этом показатели 8-й шкалы, расположенные выше 80 баллов, выявляют психопатические варианты шизоидного типа реагирования.

Для обследуемых группы «Отравление» оказался характерным профиль с негативным наклоном (подъем на 1-й, 2-й и 3-й шкалах, с сопутствующим вторым пиком на 8-й шкале) свидетельствует о трудностях адаптации, проявляющейся как нарушением межличностного взаимодействия, так и соматическими переживаниями. Повышение профиля по шкале эмоциональной лабильности выявляет неустойчивость эмоций и конфликтное сочетание разнонаправленных тенденций – агрессивности со стремлением нравиться окружающим. Это может объяснять и повышение баллов по так называемой «шкале лжи (L)», что говорит о стремлении давать социально желательные ответы.

Преобладание первой шкалы над третьей красноречиво свидетельствует о тенденции к соматизации переживаний и замыкании их на себе. 1-я шкала в структуре невротической триады 1, 2, 3 выявляет механизм защиты по типу «бегства в болезнь».

Таким образом, изучение индивидуально-личностных свойств шахтеров с органическими психическими нарушениями, вследствие несчастного случая на производстве необходимо проводить для формирования психотерапевтических мишеней и реабилитационных мероприятий.

І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов, С. В. Рокутов, Т. Й. Шустерман, Є. С. Фєденко
МЕТОД МОДЕЛЮВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОГРАМ ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ
ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ З УРАХУВАННЯМ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ТА
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ КРИТЕРІЇВ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Сучасні наукові дослідження виявляють вагомий вплив порушень психосоматичних та соматопсихічних взаємозв'язків у патогенезі багатьох соматичних захворювань. Значна кількість таких захворювань має хронічний характер, погіршує якість життя хворого, в тяжких випадках приводить до інвалідності. Лікування та реабілітація вимагають значних матеріальних витрат.

Пропонується метод моделювання індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми, що виконується за допомогою комп'ютерних технологій та складається з таких етапів. На першому етапі здійснюється діагностична оцінка соматичного та психологічного стану хворого, визначення реабілітаційного потенціалу, розроблюються моделі впливу лікування на стан хворого з урахуванням психосоматичних взаємовідносин і потрібного терміну для реабілітації. На другому етапі визначають критерій ефективності проведення

медичних заходів, після чого з використанням моделей впливу оптимізують за цим критерієм, в рамках фінансових коштів та потрібного терміну реабілітації, план лікувальних та реабілітаційних заходів. На третьому етапі, відповідно до захворювання, визначають перелік професій, доступних хворим. При необхідності змінюють професійну орієнтацію хворого відповідно до діяльності, за якою прогнозується максимальний прибуток у діапазоні доступних професій.

Метод, що пропонується, дозволяє автоматизовано, швидко і об'єктивно, з урахуванням психосоматичних взаємозв'язків та соціально-економічних показників, створювати програми лікування та реабілітації хворих, оптимізувати їх у відповідності до психологічних особливостей пацієнтів та фінансових можливостей держави.

Н. М. Степанова

АДДИКТИВНА ПОВЕДІНКА ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ
РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

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

У сучасній Україні за останнє десятиріччя склалась стійка тенденція інтенсивного зростання кількості підлітків з аддиктивною поведінкою (АП), яка пов'язана зі зловживанням різних психоактивних речовин (ПАР). Масштаби й темпи поширення цієї форми девіантної поведінки настільки великі, що ставлять під загрозу фізичне, психічне й моральне здоров'я підростаючого покоління. Таким чином, рівень вживання ПАР підлітками в значній мірі є своєрідним індикатором психічного здоров'я нації.

Вперше даний термін «аддиктивна поведінка» (від англійської addiction – «хибна звичка, пристрасть до чого-небудь, порочна схильність») був уведений В. Міллером у 1984 році для позначення зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан людини, включаючи алкоголь, наркотики і тютюн, до того, як від них сформується фізична залежність. На сьогодні коло об'єктів аддикції істотно розширилося і містить не тільки нікотин, алкоголь, наркотичні та токсикологічні речовини, а також азартні, комп'ютерні ігри, Інтернет, їжу, спорт, владу, роботу, сексуальну поведінку, сім'ю, релігійне вірування тощо.

Актуальність даного дослідження полягає у високій розповсюдженості АП серед підростаючого покоління та її значній ролі у розвитку психічних і поведінкових у них розладів, внаслідок чого зловживання підлітками ПАР являє собою гостру медико-психологічну та соціальну проблему, що не одержала до сьогоднішнього часу належного вирішення.

Виходячи із вищенаведеного, метою дослідження є на основі аналізу теоретичних джерел дослідити взаємозв'язок АП та психічних і поведінкових розладів у підлітків, які вживають ПАР.

Результати та висновки дослідження. При аналізі вивчення літературних джерел, нами встановлено, що АП це такий вид порушення адаптації, для якого притаманна постійна фіксація уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій. Серед причин підліткової АП частіше зустрічаються ті, які пов'язані із психічними та поведінковими розладами, віковими кризами та причини соціально-психологічного характеру.

Велика кількість досліджень свідчить про тенденцію зростання девіантних поведінкових реакцій (погіршення психічної та соціальної адаптації підлітка, схильність до нездорового способу життя, суїцидальності, зростання «груп поведінкового ризику»). Проаналізувавши сучасні положення у сфері вивчення поведінкових розладів можна зробити висновок про те, що поведінкові розлади і АП, відрізняються етіопатогенетично і мають подібність та ідентичність.

Таким чином, у межах АП можуть поєднуватись психологічні та психопатологічні механізми, які слід враховувати при організації різних форм надання медико-соціальної допомоги підліткам з АП, що вживають ПАР.

І. С. Риткіс, О. В. Гуркова

ДО ПИТАННЯ ПРО КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ У СТУДЕНТІВ ЗІ ЗВИЧКОЮ ДО ПАЛІННЯ ТА ІНІЦІАЛЬНИМ ЕТАПОМ ФОРМУВАННЯ НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

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

Напружений темп життя та навчання студентів в умовах сучасних інноваційних систем, які обумовлені реформуванням вищої школи України, ставить завищені вимоги до компенсаторних механізмів психіки молоді, зрив яких призводить до виникнення стресу і, що сьогодні особливо актуально, вживання психоактивних речовин, а саме тютюну. Ситуація із вживанням сигарет серед студентської молоді українських вищих навчальних закладів є катастрофічною – курять більшість молодих людей до 25 років, і ця цифра з кожним роком тільки зростає, що, в свою чергу, дає підставу припустити наявність взаємозв'язку між невмінням особистості упоратися зі стресом і розвитком дезадаптивної копінг-поведінки, одним з варіантів якої є адиктивна поведінка, в т. ч. тютюнопаління.

Генеральну сукупність склали студенти 1–5(6) курсів Донецького національного медичного університету ім. М. Горького і Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова, які позитивно відповіли на питання про тютюнопаління, при цьому у $51,4 \pm 1,3\%$ з них виявлено звичку до куріння, а у $48,6 \pm 1,3\%$ – ініціальний етап формування тютюнової залежності, причому у більшості з них діагностувався змішаний тип курильної поведінки ($72,1 \pm 1,5\%$): у $50,5 \pm 1,7\%$ молодих людей домінував тип «розслаблення»; у $49,5 \pm 1,7\%$ осіб – «підтримка», у $28,8 \pm 1,5\%$ студентів – «стимуляція» і у $27,1 \pm 1,5\%$ осіб – «ритуальні дії або гра з сигаретою».

Серед основних стресогенних факторів студенти відзначили значні академічні вимоги, пов'язані з переходом на нову кредитно-модульну систему викладання у ВНЗ ($82,8 \pm 0,9\%$) – пристосування до нових форм викладання, контролю і засвоєння знань, складності при роботі з великим об'ємом інформації для самостійного вивчення, брак часу і сну; самостійне життя в новій обстановці

($66,7 \pm 1,2\%$) та пов'язані з нею фінансові обмеження та/або проблеми ($58,9 \pm 1,3\%$); для старшокурсників ($27,8 \pm 1,2\%$) особливо актуальною виявилася підготовка до життя після закінчення навчання та адаптація до майбутньої професії (засвоєння професійних знань, умінь і навичок, якостей).

Аналізуючи результати, отримані за допомогою «Опитувальника про способи копінгу». Так, серед домінуючих стратегій подолання стресу у студентів зі звичним курінням виявилися конструктивні копінг-стратегії: «Прийняття відповідальності» ($78,5 \pm 1,3\%$), що відображає певний ступінь зрілості і самостійності особистості; «Позитивна переоцінка» ($73,2 \pm 1,7\%$), яка відбиває здатність особистості шляхом когнітивної переробки актуальної стресової (негативної) ситуації побачити в ній позитивні сторони, знайти прийнятні способи існування в неприємних життєвих обставинах та «Планування рішення проблеми» ($63,8 \pm 1,1\%$).

У групі студентів з ініціальним етапом формування нікотинової залежності серед домінуючих виявилися дезадаптивні копінг-стратегії, а саме «Дистанціювання» ($83,4 \pm 1,3\%$ студентів), «Конфронтативний копінг» ($62,5 \pm 1,7\%$), а також «Втеча» ($57,6 \pm 1,9\%$), що відображає схильність до уявним прагненням і поведінковим зусиллям, спрямованим на уникнення чи втеча від вирішення проблем, а також показує прагнення до когнітивних зусиль по відділенню від ситуації і зменшення її значущості.

Таким чином, для більшості студентів вживання тютюну є одним із засобів саморегуляції, який допомагає впоратися зі стресом, а сам процес куріння перетворюється на форму захисту від особистих неприємностей і хвилювань, з одного боку, і засобом підтримки тону і працездатності, з іншого.

К. І. Тарновецька, О. О. Хаустова

АКТУАЛЬНІСТЬ КОРЕКЦІЙ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

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

Помічено, що не існує жодної хвороби, яка більшою чи меншою мірою не впливала б на стан психоемоційної сфери пацієнтів, особливо з хронічними неінфекційними захворюваннями. Психоемоційні розлади обтяжують перебіг хвороби, спричиняючи її загострення, погіршують адаптаційні можливості та соціальне функціонування пацієнтів, негативно впливають на якість життя: вимушена відмова/зміна професійної діяльності, інвалідизація, перетворення особи в об'єкт сімейної опіки та/або ізоляція, знижуючи прихильність до лікування

та проведення корекційних програм. Встановлено, що частка осіб із депресіями особливо висока серед людей із соматичними захворюваннями і коливається в межах 20–30% (Wittchen H. U., 2005; Ohayon M. M., 2007; Марута Н. О., 2008; Чабан О. С., 2012). Поряд із депресіями у таких пацієнтів часто спостерігаються тривожні розлади: до 70% всіх клінічних випадків характеризуються тривожною симптоматикою (Приходько В. Ю., 2008). Перш за все, ми спостерігаємо комбінацію симптомів занепокоєння, страху, м'язового напруження, тремтіння,

непосидючості, неможливості сконцентрувати увагу, підозріливості, дратівливості; порушення сну, процесів пізнання та зберігання інформації, поступово приєднуються і інші зміни інтелектуальної сфери: зниження рівня аналітико-синтетичної діяльності мислення з переважанням наглядно-образного мислення над абстрактно-логічним (Дзюба О. М. і співавт., 2012). Як наслідок, формування інтелектуальної недостатності, зниження продуктивності мислення, змін в емоційному стані у вигляді зниження контролю емоцій.

Тому, необхідно не тільки визначати особливості порушень психоемоційної сфери хворих з хронічними неінфекційними захворюваннями, а й оптимізувати процес діагностики цих змін з подальшим призначенням як адекватного медикаментозного лікування, так і медико-психологічної допомоги пацієнтам, яке буде ґрунтуватись на ефективному міждисциплінарному співробітництві лікарів загально соматичного профілю, психіатрів, психологів, та психотерапевтів.

І. В. Тодорів, М. І. Винник, М. І. Мулик, Н. М. Галига
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК З ПОСТАБОРТНИМ СИНДРОМОМ
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ
Івано-Франківська обласна психоневрологічна лікарня №3, м. Івано-Франківськ

Постабортний синдром (ПАС) – це сукупність фізичних та психічних розладів, які виникають у жінок після абортів. Переважна більшість таких жінок переносять психологічну травму як реактивний психологічний досвід (реакція на значущі для даної людини події), що викликає тривалі емоційні переживання та тривалу психологічну дію. Вони включають відчуття безпорадності, безнадійності, печалі, горя, зниженого почуття власної гідності, недовір'я, жалю, руйнування взаємовідносин, погіршення комунікації і обмеження однорідних переконань (Repentance, 1995: 20).

Психічні наслідки абортів значно важчі, ніж фізичні, і вони майже не піддаються лікуванню. Багато із цих симптомів жінка ніяк не пов'язує з минулим абортів. Вони мають тенденцію згодом наростати, що може призводити до соціальної дезадаптації, нездорової ситуації в сім'ї й розлученню. Постабортний синдром рідко розвивається у духовно інфантильних (незрілих) жінок, які часто бувають малочутливі, не несуть відповідальності за свої слова і вчинки (В. Пуллавская, 2002).

Деякі науковці за результатами досліджень зовсім не визнають наявності постабортного синдрому в контексті психологічних проблем або психічних розладів (Stotland, 1992). Вони не погоджуються, що аборт призводить до значної психологічної дезадаптації і що немає ніякого свідчення для визнання існування постабортного синдрому.

Ми вирішили з'ясувати психологічні особливості жінок, які перенесли постабортний синдром.

Методом випадкового відбору нами було виділено 45 жінок віком від 20 до 52 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній психіатричній лікарні з приводу невротичних, особистісних або пов'язаних із стресом розладів. Ці жінки відповіли на анкету «Чи страждаєте Ви на постабортний синдром?» Із них у 36 (80%) був діагностований постабортний синдром, а у 9 (20%) його не виявили.

Постабортний синдром проявлявся з ознаками посттравматичного стресового розладу, obsesії і депресії.

Із обстежених 40 жінок лише половина вийшли заміж «через кохання».

При психологічному обстеженні жінок, які демонструють постабортний синдром, виявляється установка на гіпернормальні відповіді при вираженій тенденції до невідвертості і бажання наближати відповіді до «норми». В групі обстежених переважають особи з небагатою фантазією, шаблонно, тверезо і практично мислячі. Серед них більше особистостей з емотивним, циклотимним і збудливим типами акцентуацій, для яких вплив несприятливих факторів (наприклад, абортів) сприяє деформації особистості, внаслідок чого акцентуації приймають патологічний характер і сприяють розвитку комплексу психологічних проблем і психічних розладів, які відомі як «постабортний синдром».

Жінки з постабортним синдромом виявляють нейтральне ставлення до сім'ї і негативне до себе й батька, що формує «конфліктну зону» й може слугувати мішенню для психологічної корекції.

В. В. Тофан
СУБ'ЄКТИВНЕ ЗАБАРВЛЕННЯ СВОГО СТАНУ У ЖІНОК ЗІ ЗМІШАНИМ ТРИВОЖНИМ
ТА ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ
Одеський національний медичний університет, Одеса

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), більше ніж у 110 млн. людей у світі (3–6%) виявлені ті чи інші клінічно значимі прояви депресивних розладів. Аналогічна тенденція відзначається й в

Україні, де за останні десятиріччя кількість таких випадків збільшилася з 2,27 до 3,8%.

Метою нашого дослідження було виявити суб'єктивне оцінювання жінок зі змішаним тривожним та

депресивним розладом свого стану для розуміння того, на що саме потрібно звертати увагу при проведенні психотерапії. Для цього ми проводили тестування за методиками Сакса–Леві (незакінчених речень), піктограми, ціннісних орієнтацій Рокіча, Спілберга у 24 жінок з вищезазначеним станом у постменопаузальному періоді, середній вік яких склав 58 років.

Виявилися наступні закономірності: на перших місцях у системі їх життєвих цінностей переважало поняття «здоров'я» та «матеріально забезпечене життя» (тест Рокіча). За методикою незакінчених речень було часто виявлено, що такі жінки вважають однією з нереалізованих можливостей своє здоров'я, а також відчують провину за «свою хворобу», яку, як було часто виявлено, вони бояться, а також «бояться свого страху за своє здоров'я». Також звертає на себе увагу група речень, які характеризують ставлення до майбутнього: вони його «не бачать», або вважають «страшним та неясним», але сподіваються «на виздоровлення або хоча би покращення свого здоров'я». За даними піктограми мислення таких жінок можна характеризувати як

схильне до застрягання на одних і тих самих уявленнях (персеверативний феномен єдиної системи – 10,12%), а також не завжди здатне до абстрактного бачення себе та оточуючого та опис цього бачення (особливий феномен фрагментизації – 26,2%, рівень метафоричних образів – 0,6%). Такий акцент уваги на своєму стані, а також патогенний стресовий чинник (за даними анамнезу) визвали високий рівень реактивної тривожності (56,8 балів) у тесті Спілберга.

Таким чином, поряд та після відповідного медикamentозного лікування, на наш погляд, повинна проводитися наступна психотерапевтична корекція: допомогти жінкам розширити свій обсяг уваги та поліпшити її переключаємість за рахунок адекватного знецінення переживань за своє здоров'я. А також навчити таких пацієнтів абстрагуватися від різних життєвих ситуацій, та загалом поступово розвивати в них здатність до абстрактного світосприйняття, що допоможе їхній сфері мислення протікати на достатньому рівні, значно покращить когнітивні функції, а отже, посприє швидшому одужанню та довшим ремісіям.

Е. Н. Харченко¹, О. В. Чернышев²

ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ СИНДРОМА ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ПОДРОСТКОВ

¹Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев

²Николаевская областная психиатрическая больница №1, г. Николаев

Синдром вегето-сосудистой дистонии (ВСД) – часто встречаемый диагноз у подростков, маскирующий психическую патологию. Это полиэтиологическая патология, в генезе которого могут участвовать различные психические нарушения, прежде всего, соматоформные расстройства (F45.30). Они быстро хронифицируются, плохо поддаются лечению и трансформируются в различные психосоматические расстройства.

Цель исследования. Провести дифференциально-диагностическое исследование этиологии психопатологических расстройств, проявляющихся в виде синдрома ВСД в подростковом возрасте.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 44 подростка: 26 девушек (59,1 %) и 18 юношей (40,9 %) в возрасте 16 – 17 лет. Все дети впервые обследованы психиатром после длительного неэффективного лечения по поводу синдрома ВСД. Дифференциально-диагностическое исследование пациентов проводилось согласно диагностическим критериям психических и поведенческих расстройств МКБ-10 и с применением диагностической карты обследования ребенка с соматоформными расстройствами.

Результаты исследования. Было установлено, что чаще всего в группе обследованных подростков наблюдалась соматоформная вегетативная дисфункция с цефалгическим синдромом (F45.30) – в 14 случаях (31,8%), из них 9 (34,6%) у девушек и в 5 (27,8%) – у юношей. Ипохондрическое расстройство (F45.2) было зафиксировано у 6 подростков (13,6%), вдвое чаще у

девушек, чем у юношей: соответственно 4 (15,4%) и 2 случая (11,1%). Также по 6 случаев (13,6%) наблюдались легкие депрессивные эпизоды с соматическими симптомами (F32.01) и астеническое органическое расстройство ЦНС с цефалгическим синдромом (F06.6), но в обратной пропорции: по 2 случая у девушек (7,7%) и по у 4 юношей (22,2%). У 5 подростков (11,4) было диагностировано паническое расстройство (F41): у 4 девушек (15,4%) и у 1 юноши (5,5%). Хроническое болевое расстройство (F45.4) было диагностировано только у 4 подростков (9,1%) – по два случая у девушек и юношей (11,1 и 7,7 % соответственно). В 3 случаях (6,8) среди обследованных подростков и только у девушек (11,5%) наблюдалась депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации с выраженным цефалгическим синдромом (F43.21). В целом среди обследованных подростков более чем в половине случаев синдром ВСД был ведущим соматизированным проявлением при соматоформных расстройствах. Данное расстройство было выявлено в 54,5% случаев (у 24 подростков): у 15 девушек (57,7%) и у 9 юношей (50,0%). Депрессивная симптоматика в рамках различных расстройств зафиксирована в целом в 20,5% случаев (у 9 подростков): у 5 девушек (19,2%) и у 4 юношей (22,2%). Реже всего причиной выявления синдрома ВСД – астеническая симптоматика в рамках органического расстройства ЦНС и тревожно-фобический синдром как проявление панического расстройства.

Выводы. Проведенное исследование выявило, что у всех обследованных подростков этиологическим

базисом синдрому ВСД були різні психічні розлади, в яких він виступав ведучим соматизованим компонентом. Частіше за все у пацієнтів спостерігалися різні види соматоформних (54,5% випадків), а також депресивні розлади (20,5% випадків). Вони своєчасно не зверталися до психіатра,

так як основною скаргою була головний біль, приховуюча психічні порушення. Таким чином, пацієнти потрапляючи до психіатра через деякий час після виникнення синдрому ВСД, відповідно, не отримують своєчасної, адекватної і ефективної допомоги.

О. О. Хаустова, О. В. Гришина
ТИПОВІ ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХИСТИ У ПОВІЙ
Український НДІ соціальної і судової психіатрії МЗ України м. Київ

Пояснення детермінантів патернів саморуйнуючої поведінки серед жінок, які займаються проституцією, неможливо без дослідження механізмів психологічного захисту, які підтримують руйнівну поведінку, не повністю зрозуміла.

Саморуйнування у повій проявляється у ризикованій сексуальній поведінці, психосоматичних захворюваннях, інфікуванні ВІЛ, ІПСШ, вживанні алкоголю, наркотиків, суїцидальних спробах.

Метою дослідження було з'ясувати типові психологічні захисти у повій, які у подальшому можуть бути використані, як терапевтичні мішені психокорекційної та цілеспрямованої профілактичної роботи.

Після проведення дослідження жінок, які займаються проституцією, з використанням методики «Індекс життєвого стилю» Плутчика, були отримані результати, на підставі яких можна говорити про те, що проститутки найбільш використовують типові деструктивні форми психологічного захисту, про це свідчать такі результати: дуже високий рівень напруженості ПЗ проєкції і інтелектуалізація мають 100% повій, регресії та реактивного формування 84% повій, заперечення у 72% повій, витиснення у 60% повій, це виражено у несвідомому

«віддаленні» загрози від себе, дозволяє вважати власні неприпустимі чи неприйнятні почуття чужими і не відчувати за них відповідальність. Вони аналізують, розмірковують про засуджувану суспільством проституцію і проблеми, пов'язані з цим заняттям, у спробах знайти втішаючи логічні пояснення, як «Дуже давню професію...», «ця послуга має попит, тому ми цим і займаємося», «це така ж робота, як і інші», при цьому вони ігнорують свої емоції та почуття, мають схильність до оперативного мислення та хронічного витиснення травматичного матеріалу і, як наслідок, специфічні психосоматичні розлади.

Для підтвердження феномену використання повіями типових деструктивних форм психологічного захисту було проведено дослідження з використанням тієї ж методики («Індекс життєвого стилю» Плутчика) серед жінок, які ніколи не надавали сексуальні послуги за винагороду, яке виявило, що найчастіше жінки використовують такі психологічні захисти, як заперечення, зміщення, компенсацію, інтелектуалізацію і у 100% досліджених жінок відсутність наднормованої напруженості психологічних захистів.

О. О. Хаустова, С. Г. Сахно
ВИКОРИСТАННЯ МОТИВАЦІЙНОГО ІНТЕРВ'Ю В ПРОЦЕСІ ДІАГНОСТИКИ І
ЛІКУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

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

Мета роботи – впровадження мотиваційного інтерв'ю (МІ) в клінічну практику лікаря-психолога для встановлення ефективного рівня комунікації із пацієнтами, підвищення рівня прихильності до терапії, модифікації способу життя (МСЖ).

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі ДКЛ №1. При апробації моделі комунікації «мотиваційна бесіда» виявлена позитивна динаміка у підвищенні рівня прихильності до терапії (у середньому 26,6%). Порівнявши рівень комплаєнсу пацієнтів відмічено, що МІ значно впливає на прихильність пацієнтів до терапії і засвоєння конструктивної поведінки для подолання захворювання.

Наступним етапом було застосування МІ в діагностично-лікувальному континуумі. Вироблено базову

модель для підвищення мотивації пацієнта на різних рівнях психологічної готовності до лікування. Використовувалися методи дослідження: 4-пунктова шкала прихильності до лікування (DARN, Motivational interview in healthcare); таблиця нехтувань здоров'ям (Mellor K., and Sigmund, E. «Discounting»); метод мотиваційних сценаріїв (НДІ імені Бехтерева, 2011).

Результати та обговорення. На основі особистого досвіду і результатів роботи із п'ятьма пацієнтами, МІ може однаково успішно використовуватись у системі охорони здоров'я як самостійний метод, і як підготовка або доповнення до інших методів терапії.

Застосування процедури МІ на початку діагностично-лікувального процесу створює підґрунтя для високого рівня прихильності пацієнта із психосоматичними

захворюваннями (ПСЗ) до терапії. Використовуючи метод МІ лікар інвестує час в контакт із хворим, і сприяє усуненню психологічних факторів, які в майбутньому можуть негативно вплинути на лікування пацієнта.

Висновки. Впровадження МІ на початку діагностично-лікувального континууму з урахуванням

індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів сприятиме досягненню оптимальної прихильності до лікування, ефективному контролю захворювання та покращенню прогнозу видужання.

А. В. Чеховская

РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ 3–5 ЛЕТ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса

Ранний детский аутизм встречается в 4 случаях на 10000 населения. У мальчиков это расстройство встречается в 4 раза чаще, чем у девочек.

Постановка диагноза детского аутизма основывается на наличии трех основных качественных нарушений: недостаток взаимной коммуникации, недостаток социального взаимодействия, а также наличие стереотипных форм поведения. Они являются общими чертами индивидуального развития, хотя могут варьироваться по степени выраженности. Независимо от наличия или отсутствия других психических расстройств и заболеваний, которые нередко сопровождают детский аутизм, данное расстройство определяется только по наличию особенностей поведения, не соответствующих умственному развитию.

Обычно эти особенности проявляются уже в первые 12 месяцев жизни ребёнка, а к 36 месяцам становятся очевидными.

Наиболее часто встречающийся диагностический критерий расстройств аутистического спектра – это нарушение развития коммуникации и социальных навыков.

Целью этой работы является выявление влияния психокоррекционной программы на развитие социальных навыков и навыков коммуникации у детей 3–5 лет. Объектом исследования стали 20 детей в возрасте от 3 до 5 лет, с расстройствами аутистического спектра. Первую (основную) группу составили дети, посещавшие занятия, на которых применялись коррекционные программы, с учётом индивидуальных особенностей на протяжении 12 месяцев. Во вторую – вошли дети, не посещавшие занятий. Исследование включало в себя 2 этапа: 1-й этап – констатирующий, на котором мы проводили тестирование уровня развития элементарных

вербальных действий, самостоятельной игры, визуального восприятия, начальных академических навыков и навыков обучения в группе у детей 1-ой и 2-ой группы; 2-ой этап – контрольный – заключался в повторном тестировании и сравнительном анализе результатов в 1-ой группе после применения коррекционной программы, и во 2-ой группе – без использования коррекционной программы. Исследование включало в себя тестирование с использованием методики Анализа вербального поведения VB – MAPR Марка Сандберга, которое позволило определить уровень развития вышеописанных навыков.

Результаты тестирования 1-ой группы детей на констатирующем этапе оказались следующими: у 83% детей выявили низкий уровень приобретения социальных навыков, 17% – средний уровень, 0% – высокий уровень. Во 2-ой группе: 87% – низкий уровень, 13% – средний уровень, 0% – высокий уровень приобретения социальных навыков.

Разделение испытуемых первой группы по результатам контрольного тестирования уровня социальных навыков был следующим: у 8,3% детей выявился низкий уровень приобретения социальных навыков, у 75% детей – высокий уровень приобретения навыков и у 16,6% детей – средний уровень. Во второй группе испытуемых детей: у 75% детей был выявлен низкий уровень приобретения социальных навыков, 25% – средний уровень и у 0% – высокий уровень приобретения социальных навыков.

Анализ результатов показал, что уровень развития социальных навыков и навыков коммуникации выше у детей, с которыми применялась психокоррекционная программа, чем уровень тех же навыков у детей, не использовавших данной программы.

В. В. Шиндер

ПОРУШЕННЯ СОМАТОСТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ПОДРУЖНИХ ПАР З ЕПІЛЕПСІЄЮ В ЧОЛОВІКА В ГЕНЕЗІ ЇХ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Епілепсія являється розповсюдженим захворюванням, на неї хворіють 0,8–1,2 % серед населення. Її перебіг, окрім конвульсивних станів, характеризується наявністю різноманітної психопатологічної симптоматики.

Вказані хворобливі прояви негативно відображаються на сексуальній функції пацієнта, що в подальшому провокує розвиток сексуальної дезадаптації з порушенням сімейних відносин у цих хворих. Такі наслідки призводять

до посилення стигматизації хворого, а часто, в сукупності дії цих негативних факторів обтяжують перебіг основної хвороби та нерідко провокують почастищення пароксизмальних станів. Вивчення причин розвитку сексуальної дезадаптації в хворих на епілепсію чоловіків дозволить оптимізувати терапевтичний та реабілітаційний потенціал в них, знизити тяжкість перебігу, рецидиву пароксизмальних симптомів, забезпечити оптимальну взаємодію хворого в соціальному середовищі.

Мета: вивчити соматостатевий розвиток подружніх пар, в яких чоловік хворіє на епілепсію, як провокуючий фактор розвитку сексуальної дезадаптації.

Матеріали та методи: 58 подружніх пар середнього віку в інтеріктальний період перебігу епілепсії в чоловіка проведено всебічне клініко-анамнестичне, психодіагностичне та спеціальне сексологічне обстеження.

Результати та їх обговорення : клінічна картина основного захворювання інтеріктального періоду епілептичної хвороби в чоловіків характеризувалася симптоматикою афективних, когнітивних, особистісних та поведінкових розладів (за МКХ-10 : F 06.33, F07.83 F06.73 відповідно). За результатами системно-структурного аналізу ми виділили 3 групи подружніх пар: I – 34 (58,62 %) пари з сексуальною дезадаптацією внаслідок епілепсії, II – 16 (27,59%) пар з недостатньою обізнаністю одного або обох осіб в подружжі щодо питань

психогієни статевого життя, III – 8 (13,79 %) подружжів, де дезадаптація обумовлювалася низьким рівнем соціально-психологічної адаптації.

Аналіз стану компонентів і складових сексуальної гармонії подружніх пар дозволив встановити, що 32 (55,17%) чоловіка з усіх клінічних груп належали до слабого та ослабленого середнього типів статевої конституції, а їх дружини – 20 (62,50%) до середньої та 12 (20,69%) – до сильної статевої конституції.

Висновки: епілептична хвороба сприяє виникненню сексуальних розладів у чоловіків та провокує розвиток подружньої дезадаптації. Відхилення в соматосексуальному розвитку можуть поглиблювати порушення сексуального здоров'я чоловіка та дружини, а також посилювати інтенсивність сексуальної дисгармонії в таких сімейних парах. Визначення специфічності статевої конституції в чоловіка з епілептичною хворобою та його дружини дає можливість отримати об'єктивні дані про індивідуальні особливості статевої функції в них та охарактеризувати їх сексуальність. Оптимізація сексуальних взаємовідносин чоловіка з епілепсією та його дружини може сприяти покращенню сімейних відносин. Оптимальна адаптація сприятиме зменшенню рецидивів пароксизмальних станів та покращить якість життя хворого.

Dr. Elmar Spancken

DEZENTRALISIERUNG. EIN GRUNDPRINZIP DER PSYCHIATRIEREFORM IN DEUTSCHLAND

Deutschland

Das wesentliche Prinzip der Psychiatriereform in Deutschland seit 1975 war die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung mit der schrittweisen Auflösung der großen psychiatrischen Anstalten und dem Aufbau einer differenzierten stationär/teilstationär/ambulant Versorgungstruktur in der Region.

Der Grundsatz lautete:

Vom Großkrankenhaus zur gemeindenahen Psychiatrie

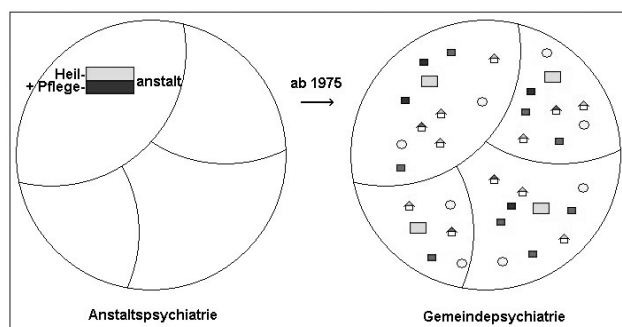


Abb. 1

Niels Pörksen hat die wichtigsten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die inhaltlichen und administrativen Merkmale des Reformprozesses aufgezeigt.

Ich will die Folgen dieses Prozesses an einem **konkreten Beispiel** darstellen, das zugleich typisch ist für den Gesamtprozess in Deutschland.

Ich wähle dafür eine Region im Rheinland, nahe der Grenze zu den Niederlanden, und ein Krankenhaus, das bis in die jüngste Zeit zu den größten in Deutschland zählte.

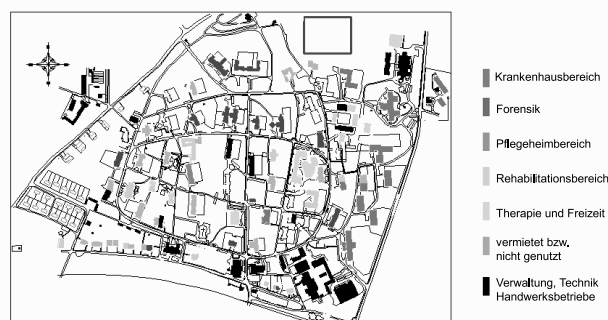


Abb. 2

Bedburg-Hau, 1912 für 2.200 Patienten gegründet, steht für das Prinzip der zentralisierten Psychiatrie, wie es bis in die 1970er-Jahre in Deutschland üblich war:

- Heil- und Pflegeanstalt
- weit entfernt von Wohngebieten
- 1.000 Betten und mehr
- dauerhafter Lebensraum für chronisch Kranke

- soziale Isolierung und Hospitalismus
- keine ambulanten Versorgungsstrukturen im Einzugsbereich

Wenn ich über die Geschichte dieser Klinik spreche, kann ich nicht unerwähnt lassen, dass im Rahmen der Tötungsaktion psychisch Kranker zur Zeit des Nationalsozialismus über 2.000 Patienten der Klinik deportiert und ermordet wurden.

Mitte der 1970er-Jahre erreichte die Belegung mit fast 4.000 Patienten ihren Höhepunkt und führte zu unwürdigen Lebensbedingungen vor allem der chronisch Kranken.

Wir sehen jetzt den schrittweisen Prozess der Dezentralisierung über einen Zeitraum von etwa 30 Jahren.



Abb. 3. (1975)

Wir finden folgende Ausgangssituation:

- Einzugsbereich von 2,2 Mio. Einwohnern
- nur Bedburg-Hau mit fast 4.000 Betten
- nur eine kleine Universitätspsychiatrie in Essen
- praktisch keine ambulant-rehabilitativen Strukturen
- Entfernung zur Klinik bis 100 km
- viele chronisch Kranke fanden nicht mehr in ihre Heimat zurück.

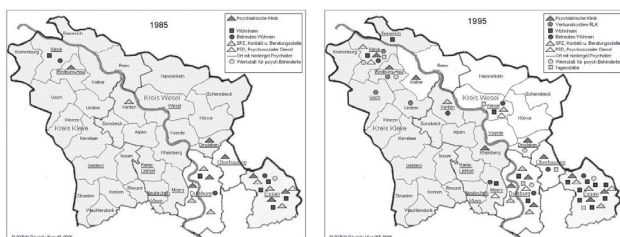


Abb. 4 – 1985

Abb. 5 – 1995

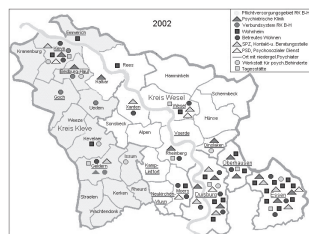


Abb. 6 – 2002

Jetzt sehen wir eine völlig veränderte psychiatrische Versorgungslandschaft. **Was war geschehen?**

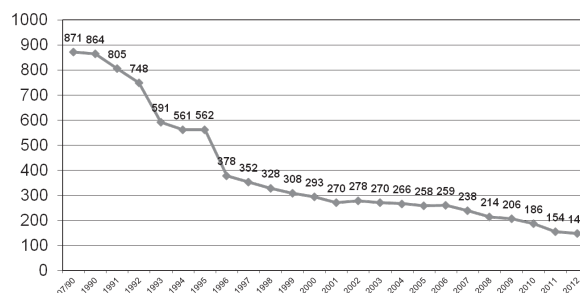
Erste Phase:

- Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern in mehreren Städten
- allmähliche Verringerung der Aufnahmen in Bedburg-Hau. Aber erst 1995, nach 20 Jahren, keine Aufnahmen mehr aus diesen Städten. Sie haben jetzt ihre eigene tragfähige Versorgungsstruktur.
- Bedburg-Hau war von nun an nur noch zuständig für eine begrenzte Region von 250.000 Einwohnern.
- Aufbau von Tageskliniken, sozialpsychiatrischen Diensten, Wohnheimen, beschützten Arbeitsstätten.

Zweite Phase:

- Sie betrifft die **chronisch Kranken**. 1990, als ich Chefarzt in Bedburg-Hau wurde, lebten noch **ca. 1.000 chronisch Kranke** im Klinikgelände seit 20, 30 oder mehr Jahren unter sehr schlechten räumlichen Bedingungen
- es begann, initiiert und gefördert durch den regionalen Krankenhausträger (Landschaftsverband Rheinland), ein umfassendes **Enthospitalisierungsprogramm**
- es wurden Mittel bereitgestellt zum Aufbau **kleiner Wohnheime** in den Herkunftsstädten der Patienten
- zum Beispiel kehrten 200 chronisch Kranke nach 20 oder 30 Jahren wieder in ihre Heimatstadt Essen zurück
- uns war wichtig, dass der Prozess auf **freiwilliger Basis** erfolgte, denn wer sich nach so langer Zeit in der Anstalt heimisch fühlte, konnte, unter wesentlich verbesserten räumlichen Bedingungen, auch dort bleiben.
- immerhin haben letztlich viele hundert chronisch Kranke den Schritt nach draußen gewagt.

Betriebsbereich Soziale Rehabilitation
Belegungsentwicklung 01.07.1990 – 31.12.2012



1995 wurden 2 Langzeitstationen der Abteilung Gerontopsychiatrie mit 40 Patienten nachträglich dem Reha-Bereich zugeordnet. Demnach wurden 1990 insgesamt wurden 911 Langzeitpatienten betreut (871+40).

Abb. 7 - Belegungsentwicklung 1990-2012

Das alles war ein **komplizierter und konfliktträchtiger Prozess** über viele Jahre.

Unter was für **Voraussetzungen** kann so ein Konzept gelingen?

- Eine übergreifende gesundheitspolitische Beschlussfassung auf nationaler Ebene. In Deutschland war es die vom Parlament beschlossene Enquete zur Lage der Psychiatrie
- ein Prozess der fachlichen Konsensbildung der professionellen Entscheidungsträger. In Deutschland war es die Enquete-Kommission, die über mehrere Jahre gearbeitet hat

- Übernahme und Umsetzung auf der Ebene der regionalen und kommunalen Entscheidungsträger (Landschaftsverband Rheinland, Städte und Gemeinden)
- ein sensibles Management auf der Ebene der Klinik selbst (denn keine Institution wird gerne kleiner)
- Bereitstellung finanzieller Mittel.
Wo liegen die **Probleme** und **Konflikte**?
- Ideologisch-inhaltliche Diskussion: Ist die Anstalt nicht doch der humanere Lebensraum?
- Widerstände gegen die Auflösung der Anstalt wegen Angst vor Bedeutungsverlust, Verlust finanzieller Ressourcen, Mitarbeiterabbau

Lösungsmöglichkeiten:

- Dezentrale Einheiten als „Filialen“ der Klinik, dadurch Erhalt von finanziellen Ressourcen und Mitarbeitern
- schrittweiser Prozess über viele Jahre
- Einbeziehung und Verantwortungsübertragung an die Mitarbeiter.
Was geschieht mit den **frei gewordenen Gebäuden**?
Mögliche **Alternativen**:
- Wohnheime für chronisch Kranke mit rehabilitativem Charakter (so lange Enthospitalisierung nach draußen für den chronisch Kranken nicht möglich ist)
- Verkauf an die Stadt für normale kommunale Nutzung, „Patienten ziehen in die Stadt, die Stadt zieht in das Klinikgelände“
- In Bedburg-Hau wurde eine größere Zahl frei gewordener Gebäude für eine Ausweitung der forensischen Psychiatrie genutzt (steigender Platzbedarf für steigende Zahlen psychisch kranker Straftäter)

Ich habe Bedburg-Hau als Beispiel für einen typischen Dezentralisierungsprozess gewählt, weil Parallelen zu erkennen sind zu den Planungen unserer Partner in **Lviv**.

Unsere Region im Rheinland, zu der auch die Klinik Bedburg-Hau gehört, kooperiert im Rahmen des Projektes „**Partnership for Mental Health**“ mit der Region Lviv und der Klinik Kulpakov.

Wir haben großen Respekt vor den konsequenten Plänen zur Dezentralisierung, wie sie für Stadt und Region Lviv konzipiert worden sind.

Auch das wird ein komplexer Prozess werden, der sich an den Rahmenbedingungen und Möglichkeiten in der Ukraine und der Region orientieren muss. Aber es lohnt sich damit zu beginnen, denn es steht im Einklang mit den Grundprinzipien einer zeitgemäßen Psychiatrie.

ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ РЕФОРМЫ В ГЕРМАНИИ

Э. Шпанкен

В данной статье рассмотрены вопросы психиатрической реформы в Германии и структурной децентрализации психиатрической службы, что привело к проблемам и конфликтам отдельных звеньев службы. Проблемы могут быть частично решены в случае рационального использования коммунальных объектов, в частности общежитий для психически больных с программами реабилитации.

С. С. Шум, О. О. Суховій

СЕМАНТИЧНА НЕУЗГОДЖЕНІСТЬ ТЕРМІНОЛОГІЇ ПРИМУСОВИХ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАХОДІВ

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

Nomina sunt mutabilia, res autem immobiles

Всі існуючі нині в Україні різновиди примусових психіатричних заходів об'єднує однакова мета застосування таких видів державного примусу, яка редуковано може бути сформульована у вигляді двох взаємопов'язаних складових: 1) проведення стосовно особи лікувально-діагностичних заходів; 2) запобігання вчиненню особою суспільно небезпечних діянь (СНД) відносно себе та/або інших осіб. Відрізняються такі примусові психіатричні заходи трьома основними аспектами: 1) підставами і процесуальним порядком їх застосування; 2) видом профілактики (попередження первинного чи повторного СНД); 3) специфікою відділень (палат) закладів, у яких застосовуються такі заходи.

Українським законодавством фактично затверджено три терміни, якими позначаються різновиди примусових психіатричних заходів: 1) примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) – ст. 92 КК України; 2) психіатрична допомога в примусовому порядку (ПДПП) – Закон України «Про психіатричну допомогу» та ЦПК України

використовують даний термін, але не наводять його визначення; 3) запобіжні заходи у вигляді поміщення до психіатричного закладу в умовах, що виключають небезпечну поведінку – термін наведено у ст. 508 КПК України, але визначення та порядок застосування такого роду заходів відсутні.

Логіко-семантичний аналіз вищезазначених термінів демонструє, що ім'я (як семантична категорія) кожного з примусових психіатричних заходів, незважаючи на значний обсяг, абсолютно не відображає особливості, якими перераховані примусові заходи відрізняються один від одного. Наведені дескрипції (терміни) лише умовно відносяться до їх предметів, а конструкти таких термінів є невалідними і вводять в оману не лише неспеціалістів, але й досвідчених лікарів-психіатрів та навіть лікарів – судово-психіатричних експертів.

Так, семантична структура терміну «ПЗМХ» вказує на певні медичні заходи, які застосовуються примусово, без вказівки на застосування таких заходів лише у психіатричних закладах охорони здоров'я. З точки

зору семантики, підпорядкування терміну «примусове лікування» (ПЛ) термінові «ПЗМХ» не суперечитиме логіці, адже лікування є складовою частиною заходів медичного характеру. Але визначення ПЛ затверджено у ст. 96 КК України, тому ні в якому разі не може вживатись ні як синонім, ні як складова ПЗМХ. Розповсюджене в Україні застосування терміну «ПЛ» для позначення ПЗМХ порушує принцип однозначності імені, що призводить до підміни одного смислу імені іншим смислом, адже предмет терміну «ПЛ» знаходиться поза межами площини ПЗМХ та не передбачає попередження суспільної небезпечності, обумовленої психічними захворюваннями.

Поширеність такої помилки можна пояснити істотним впливом російської судово-психіатричної науки на вітчизняну та одночасним існуванням у КК РФ синонімічних термінів «принудительные меры медицинского характера» та «принудительное лечение», які часто калькуються в українських наукових статтях, монографіях та підручниках.

Конструкт «психіатрична допомога в примусовому порядку» теж виглядає досить сумнівним, адже, відповідно до ст. 4 Закону України «Про психіатричну допомогу», психіатрична допомога надається, поруч з іншими, на основі принципу добровільності. Більш доречним у цьому значенні вбачається термін «психіатричне втручання у примусовому порядку», який все

одно не здатний хоча б частково відобразити особливості такого роду заходів.

Термін «запобіжні заходи у вигляді поміщення до психіатричного закладу в умовах, що виключають небезпечну поведінку» є досить новим та потребує доопрацювання, адже така дескрипція підміняє необхідність лікування поміщенням до психіатричного закладу, крім того, хибно припускає можливість створення умов, які повністю виключали б можливість небезпечної поведінки осіб з психічними розладами.

Одна з головних функцій імені – давати точне позначення певним іменем певного предмета. Розглянуті терміни не відповідають такій вимозі, що обумовлює актуальність пошуку альтернативних варіантів. На нашу думку, у розглянутому випадку не варто зосереджуватись на пошуку найбільш влучних імен для різновидів примусових психіатричних заходів (ППЗ), необхідно лише розподілити варіанти таких заходів за категоріями і підкатегоріями, відокремлюючи їх чіткими дефініціями.

Пропонуємо до розгляду визначення ППЗ, як заходів державного примусу, які призначаються у рамках кримінального або цивільного провадження та передбачають примусові психіатричні втручання у відповідних психіатричних закладах, в залежності від ступеня суспільної небезпечності особи, з метою діагностики, лікування, реабілітації та первинної або вторинної профілактики суспільної небезпечності осіб, які хворіють на психічні розлади.

Л. М. Юр'єва, Ю. М. Шевченко

ПРОФІЛАКТИКА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Згідно з висновками ВООЗ до першочергових завдань щодо покращення психічного здоров'я належить «... забезпечення гідного психосоціального стану людей та наявності комплексних служб по наданню допомоги хворим на хронічні неінфекційні захворювання, які мають проблеми пов'язані з психічним здоров'ям» (WHO, 2000).

Гострий панкреатит є досить розповсюджена соматична патологія серед населення України (біля 10 нових випадків на 100 000 населення кожного року). Результати багатьох досліджень свідчать про високу частоту та значний поліморфізм психічних розладів у соматичних хворих. Існує встановлений взаємозв'язок між больовими проявами гострого панкреатиту та вираженістю тривожно-депресивних розладів. У таких хворих більш ніж у 50% високий рівень особистісної невротизації.

Також спостерігаються неадаптивні типи відношення до хвороби у хворих на панкреатит, що впливає на погіршення перебігу захворювання та якості життя. Тому проблема профілактики тривожно-депресивних розладів та особистісного відношення до хвороби у хворих на гострий панкреатит є важливою та актуальною.

З метою створення корекційних та профілактичних програм для пацієнтів з неспокійними психічними розладами при гострому панкреатиті нами був розроблений комплекс психометричних, психодіагностичних та психологічних методів дослідження. Отриманні дані дозволили виявити ряд специфічних проявів та динаміку неспокійних психічних розладів у хворих на гострий панкреатит, які лягли в основу створення диференційних корекційних та профілактичних програм.

Л. Н. Юрьева

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ – ЗВЕНО В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В УКРАИНЕ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МОЗ Украины, г. Днепропетровск

Показатель суицидальной смертности является одним из важнейших индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения. С 2006 года Украина из группы стран с высоким или «критическим» уровнем суицидов, где она находилась с 1991 года, переместилась в группу стран со средним уровнем распространенности самоубийств. Причем, среди всех суицидентов, пациенты с психическими и поведенческими расстройствами составляют от 2,1% до 2,8%. В 2010 году суицидальную попытку совершили 0,1% от всех лиц с психическими и поведенческими расстройствами, находящихся под наблюдением психиатра в государственной психиатрической службе. Среди них – завершённый суицид был у 22,1%.

Свыше 97% суицидов совершают лица которые никогда не состояли на учете у психиатра. По данным проведенного в Украине эпидемиологического исследования (2000 г.) было выявлено, что распространенность суицидальных идей на протяжении жизни во всей выборке составила 8,2%. Этот уровень был гораздо выше у женщин (10,1%), чем у мужчин (5,8%). 12,7% украинцев отметили у себя те или иные проявления суицидального поведения (идеи, планы, попытки) в течение жизни и 3% – в течение последних 12 месяцев. Было выявлено, также, что среди тех, кто имел суицидальные намерения только 25,1% (18,8% – мужчин и 28,0% женщин) обращались за медицинской помощью.

Ранее проведенный нами анализ суицидологической смертности в Украине (Л. Н. Юрьева и соавт. 2002–2012)

позволил выявить региональные, возрастные и гендерные особенности суицидального поведения, а также выделить медицинские, социальные, экономические и демографические факторы потенцирующие и лимитирующие риск суицидальной смертности в Украине.

Полученные данные убедительно доказывают необходимость разработки Национальной программы превенции суицидов имеющей междисциплинарный характер. В ее реализацию должны быть вовлечены не только специалисты в сфере охраны психического здоровья, но и семейные врачи, педагоги, социальные работники, представители общественных организаций, пациенты и их родственники.

Суицидологическая служба в рамках психиатрической службы должна иметь свою нормативно-правовую базу, регламентирующую порядок оказания суицидологической помощи на 3-х уровнях оказания медицинской помощи, инфраструктуру, профессионально подготовленных штатных сотрудников и протоколы ведения пациентов с суицидальным поведением.

Необходимо, также, разработать пакет образовательных программ для различных социальных категорий прямо или косвенно влияющих на процессы, способствующие уменьшению аутоагрессивного поведения в обществе: учителей, школьных психологов, социальных работников, волонтеров, сотрудников телефонов доверия и «горячих линий», представителей общественных организаций, оказывающих поддержку ВИЧ-инфицированным и химически-зависимым, представителей СМИ.