

Науково-практичний журнал
Том 20, №2 (73) ' 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., Цюмік О. В.

Редакційна рада:

Р. В. Богатирьова (Україна), В. А. Абрамов (Україна), К. В. Аймедов (Україна), І. О. Бабюк, 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), Б. Б. Івнєв, З. Каспер (Австрія), З. І. Кекелідзе (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. Піщиків (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
Свідоцтво 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 №4 від 24.04.2013 р.)
Здано до набору 19.05.2013 р. Підп. до друку 19.07.2013 р. Формат 60×84/8. Друк офс. Папір офс.
Гарнітура «Times». Обл.-вид. арк. 23,75. Ум.-друк. арк. 22,92. Наклад 500 прим. Зам. № 124.
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 з письмового дозволу редакції.

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

ЗМІСТ

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

А. В. Степаненко, О. М. Ліщишина, Є. О. Мельник, І. Я. Пінчук, С. О. Малярів, О. О. Хаустова
ПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІТЧИЗНЯНІЙ ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я В ГАЛУЗІ ПСИХІАТРІЇ..... 6

Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, А. В. Бессмертный
КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПИИ ХАРЬКОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ОТ ПЕРВЫХ ИЗЫСКАНИЙ ДО СОВРЕМЕННОСТИ 13

С. С. Шум, І. Я. Пінчук, О. О. Суховій
ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАПОБІЖНИХ ЗАХОДІВ (СТАТТЯ 508 КПК УКРАЇНИ): ПРОПОЗИЦІЇ РЕГІОНІВ 17

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

Є. Г. Гриневич
ІНДИВІДУАЛЬНО-ОСОБИСТІСНІ ЯКОСТІ ПРОТЕХНІКІВ ЯК МАРКЕРИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ 20

Н. А. Дзеружинская¹, В. А. Ломтева²
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ 24

Е. Ю. Жабенко
ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ «ЕВРОПЕЙСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БРЕМЕНИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ» 27

О. М. Дзюба, О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, В. П. Кардашов, К. І. Тарновецька, О. В. Прохорова
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ В КУРАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ 31

В. О. Мельник
ІНДИВІДУАЛЬНО-СПРЯМОВАНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАСАДИ У ЛІКУВАННІ КОМП'ЮТЕРНО-ЗАЛЕЖНИХ ОСІБ 34

Г. А. Приб
ВИЗНАЧЕННЯ ДИСФУНКЦІЇ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У ПСИХІЧНО ХВОРИХ 37

О. П. Романів
ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ АУТОАГРЕСИВНОЇ АКТИВНОСТІ СУЇЦИДЕНТІВ ТА ХВОРИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ 45

Л. Н. Юрьева, А. Е. Юрьев
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА УРОВНЯ САМОУБИЙСТВ В УКРАИНЕ ЗА 30-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД И ЕЕ ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ 48

CONTENTS

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

A. V. Stepanenko, O. M. Lischishina, Y. O. Melnik, I. Y. Pinchuk, S. O. Malyarov, O. O. Khaustova
IMPLEMENTATION A MODERN SYSTEM OF MEDICAL CARE STANDARDIZATION TO THE NATIONAL HEALTH CARE IN PSYCHIATRY 6

B. V. Mykhaylov, V. V. Chugunov, A. V. Bessmertniy
DEPARTMENT OF PSYCHOTHERAPY KHARKIV MEDICAL ACADEMY POSTGRADUATE EDUCATION: FROM THE FIRST SURVEY TO THE PRESENT 13

S. Shum, I. Pinchuk, O. Suhoviy
PROSPECTS OF PREVENTIVE MEASURES (ARTICLE 508 CCP UKRAINE): REGIONS OFFERS. 17

SOCIAL PSYCHIATRY

Ye. G. Grynevych
PERSONALITY INDIVIDUAL FEATURES OF THE SAPPERS AS MARKERS OF THEIR DESADAPTATION . 20

N. A. Dzeruzhinskaya, V. A. Lomteva
SOCIAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH DIFFERENT VARIANTS OF SELF-STIGMA. 24

O. Zhabenko
21-ST EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY «EUROPE CHALLENGES THE BURDEN OF MENTAL DISORDERS» 27

Dzuba O. M., Khaustova O. O., Bushinska O. V., Kardashov V. P., Tarnovetska K. I., Prokhorova O. V.
ISSUES OF MENTAL DISORDERS CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES 31

V. O. Melnik
INDIVIDUALLY-DESIGNED PSYCHOTHERAPEUTIC PRINCIPLES IN THE TREATMENT OF COMPUTER-DEPENDENT INDIVIDUALS 34

G. Prib
DEFINITION DYSFUNCTION VITAL ACTIVITY OF PSYCHIATRIC PATIENTS. 37

A. Romaniv
PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL PARALLELS OF AUTOAGGRESSIVE ACTIVITY OF SUICIDE ATTEMPTS' PERSONS AND PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES 45

L. N. Yur'yeva, A. E. Yur'yev
COMPARATIVE DYNAMICS OF THE SUICIDE RATE IN UKRAINE FOR 30 YEARS AND ITS GENDER-SPECIFIC. 48

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>І. Ф. Здорик</i> ПРОБЛЕМА ДЕПРЕСИВНИХ ТА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	53
<i>В. Е. Казаков</i> НАРУШЕННЯ СНА КАК ПРЕДПОСЬЛКА ВОЗНИКНОВЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	57
<i>О. А. Левада</i> НАРУШЕННЯ ПОВСЕДНЕВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ НА ЕТАПАХ РАЗВИТТЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СОСУДИСТОЇ ДЕМЕНЦІИ ...	61
<i>В. Я. Пішель, Є. Г. Гриневич, А. М. Кушнір</i> АЛГОРИТМ ВСТАНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ДІАГНОЗУ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ ПРОТИ ЖИТТЯ ОСОБИ	67
<i>Є. М. Харченко, О. В. Чернишов</i> ОСОБЛИВОСТІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОМАТОФОРМНИХ ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІСЦІ	71
<i>О. О. Хаустова, К. І. Клебан</i> РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТА РОЛЬ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРЕБІГУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X	74
<i>В. И. Харитонов</i> РЕГИСТРАЦИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ ПУТЕМ НЕЛИНЕЙНО-ДИНАМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ	77

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>К. В. Дубовик</i> ПОВТОРЮВАЛЬНА ТА САМОСТИМУЛЮЮЧА ПОВЕДІНКА ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРА АУТИЗМУ У ДІТЕЙ	80
<i>Я. Б. Бикшаева</i> СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ИНТЕГРАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ, БИХЕВИОРАЛЬНЫХ И ПСИХОДИНАМИЧЕСКИХ КОНЦЕПТУАЛЬНО- МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ	83
<i>І. А. Марценковський</i> ВІКОВИЙ ПОЛІМОРФІЗМ СИМПТОМІВ СПЕКТРА АУТИЗМУ	90

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>В. Р. Илейко</i> СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СУДЕБНОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧЕСКОЇ ЕКСПЕРТИЗИ	95
<i>Л. О. Кригіна</i> ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ (F 91) У НЕПОВНОЛІТНІХ ПРАВОПОРУШНИКІВ	97

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>F. Zdoryk</i> THE PROBLEM OF DEPRESSIVE AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENT WITH HYPERTENSION	53
<i>V. E. Kazakov</i> SLEEP DISTURBANCES AS PREDICTORS OF PSYCHOPATHOLOGY IN THE LONG TERM TRAUMATIC BRAIN INJURY	57
<i>O. A. Levada</i> ACTIVITIES OF DAILY LIVING DISTURBANCES AT THE STAGES OF FORMATION OF THE SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA	61
<i>V. Ya. Pishel, E. G. Grynevych, A. N. Kushnir</i> ALGORITHM OF THE FUNCTIONAL DIAGNOSIS ESTABLISHMENT TO PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, THAT ACCOMPLISHED PUBLICLY DANGEROUS ACT AGAINST PERSON'S LIFE	67
<i>E. N. Kharchenko, O. V. Tchernyshev</i> PARTICULAR CHARACTERISTICS OF SOMATOFORM AUTONOMIC DISORDERS IN ADOLESCENCE	71
<i>O. O. Khaustova, K. I. Kleban</i> PREVALENCE AND ROLE OF MENTAL DISORDERS IN THE METABOLIC SYNDROME X	74
<i>V. Kharytonov</i> REGISTRATION AND PREDICTION OF EPILEPTIC SEIZURES ON NONLINEAR DYNAMICAL APPROACH' BASIS OF HEART RATE VARIABILITY ANALYSIS IN CHILDREN	74

CHILD'S PSYCHIATRY

<i>K. V. Dubovyk</i> REPEATED AND SELF-STIMULATION BEHAVIOR OF AUTISM SPECTRUM DISORDER IN CHILDREN	80
<i>Y. Bikshaeva</i> FAMILY THERAPY OF ADOLESCENTS WITH SOMATOFORMAL DISORDERS: INTEGRATION OF COGNITIVE, BIHEVIOURAL AND PSYCHODYNAMICAL CONCEPTUALLY – METHODOLOGICAL APPROACHES	83
<i>I. Martsenkovsky</i> THE AGE POLYMORPHISM OF SYMPTOMS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS	90

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>V. R. Ileyko</i> STANDARDIZATION OF COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL PSYCHIATRIC EXPERTISE	95
<i>L. O. Krygina</i> THE DIAGNOSTICS OF ADOLESCENT OFFENDERS' CONDUCT DISORDER F 91	97

О. А. Ревенок, Н. Ю. Васильева
ВПЛИВ БІОЛОГІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-
ДЕМОГРАФІЧНИХ ФАКТОРІВ
НА ФОРМУВАННЯ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ
ЖІНОК, ЯКІ СКОЇЛИ ЗЛОЧИНИ ПРОТИ
ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ. 100

*А. О. Ревенок, О. В. Радзевілова, О. П. Олійник,
Н. О. Должикова*
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОГНІТИВНИХ
ПРОЦЕСІВ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ
(СУДОВО-ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА). 104

С. С. Шум, О. О. Суховій
ФАКТОРИ СУСПІЛЬНОЇ НЕБЕЗПЕЧНОСТІ ОСІБ,
ЯКІ ХВОРИЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ. 108

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Р. Т. Габрель
СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ
ОСІБ ТА ЇХ ПАРТНЕРІВ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ
ПОРУШЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ
ПАРТНЕРСЬКОЇ ПАРИ 114

Г. М. Науменко
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ
ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ В ПІСЛЯ
ОПЕРАТИВНИЙ ПЕРІОД. 126

М. В. Маркова, О. М. Царенко
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ
НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, В АСПЕКТІ
ФОРМУВАННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В УМОВАХ
ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ. 130

Ю. Ю. Мартинова
ЗАСАДИ, СТРУКТУРА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ
СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ДОПОМОГИ ЖІНКАМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ
МАСТЕКТОМІЮ 138

О. В. Піонтковська
РОЛЬ ВНУТРІШНЬООСОБИСТІСНИХ ТА
СІМЕЙНИХ ПАТЕРНІВ В АСПЕКТІ
ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ БАТЬКІВ ДО
ОНКОЛОГІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ
У ДИТИНИ 144

Г. А. Приб
ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ
АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ АПЛІКАТА
В СИТУАЦІЇ БЕЗРОБІТТЯ. 147

Н. Г. Пшук, А. О. Камінська
ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА
ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ. 151

О. С. Чабан, І. А. Франкова
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧЕСКІЕ И
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧЕСКІЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСТРОЙ СОЦІАЛЬНОЇ
САМОІЗОЛЯЦІИ 155

Revenok, N. Vasilyeva
THE INFLUENCE OF BIOLOGICAL AND
SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS
ON THE AGGRESSIVE BEHAVIOR OF WOMEN
WHO HAVE COMMITTED CRIMES AGAINST
LIFE AND HEALTH OF INDIVIDUALS. 100

*A. Revenok, A. Radzevilova, O. Oliinyk,
N. Dolzhikova*
PECULIARITIES OF COGNITIVE PROCESSES AND
INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF PATIENTS WITH ALCOHOL (FORENSIC EXPERT
EVALUATION). 104

S. Shum, A. Sukhovey
FACTORS WHICH PREDICT SOCIAL DANGER OF
PERSONS WITH MENTAL DISORDERS 108

MEDICAL PSYCHOLOGY

R. Gabrel
STATE OF MENTAL HEALTH HIV-INFECTED
PERSONS AND THEIR PARTNERS DEPENDING
ON THE LEVEL OF EXCITATION LIFE
AFFILIATE STEAM. 114

G. Naumenko
FEATURES PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE
OF WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMAS 126

M. Markova, H. Tsarenko
CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF THE PATIENT SUFFERING
FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA, IN THE
ASPECT FORMATION IN THE EXCLUSION
OF COMPULSORY TREATMENT 130

Y. Martynova
PRINCIPLES, STRUCTURE AND PERFORMANCE
SYSTEMS MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL
HELP TO WOMEN AFTER MASTECTOMY. 138

O. Piontkovskaya
THE ROLE OF PERSONAL AND FAMILY
PATTERNS FOR PSYCHOLOGICAL
ADAPTATION PARENTS
OF CHILDREN WITH CANCER. 144

G. Prib
PSYCHOSOCIAL CONDITIONS
OF ADDICTIVE BEHAVIOR IN THE SITUATION
OF UNEMPLOYMENT. 147

N. Pschyk, A. Kaminska
THE PROBLEM OF PROFESSIONAL
DISADAPTATION OF SURGERY AND
THERAPEUTIC PROFILE DOCTORS 151

O. Chaban, I. Frankova
SOCIAL MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF ACUTE SOCIAL
WITHDRAWAL 155

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

Ю. А. Войтенко
ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН
ХВОРИМИ НА ШИЗОФРЕНІЮ 161

І. С. Риткіс
СТРЕСМЕНЕДЖМЕНТ ТА СТРЕСОСТІЙКІСТЬ
У СТУДЕНТІВ ЗІ ЗВИЧНИМ ПАЛІННЯМ ТА НА
ІНІЦІАЛЬНОМУ ЕТАПІ ФОРМУВАННЯ
НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ 165

Е. Н. Харченко, А. Е. Алтухова
К ВОПРОСУ О АДДИКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ
ПОДРОСТКОВ, ПРИНИМАЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ
ВЕЩЕСТВА 168

*Є. М. Харченко, Г. А. Приб, Т. В. Синицька,
К. А. Власова, Ю. А. Войтенко*
ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ
ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ, ЩО СПОЖИВАЮТЬ
ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ 172

ДАЙДЖЕСТ

СОСТОЯЛАСЬ ОФИЦИАЛЬНАЯ ПРЕЗЕНТАЦИЯ
DSM-5 177

РАЗРАБОТАНО НОВОЕ МЕТА-РУКОВОДСТВО
ПО ШИЗОФРЕНИИ 177

ПОЛУЧЕНЫ ПЕРВЫЕ ПРЯМЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
НАРУШЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ ЦИРКАДНЫХ
ГЕНОВ ПРИ ДЕПРЕССИИ 178

СИОЗС И ТЦА ОДИНАКОВО ЭФФЕКТИВНЫ
В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ И
ДИСТИМИИ. 178

ОФІЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

*І. Я. Пінчук, Н. М. Степанова,
О. В. Цюмік, О. В. Кир'янов*
НАУКОВО – ПРАКТИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ УКРАЇНСЬКОГО
НАУКОВО-ДОСЛІДНОГО ІНСТИТУТУ СОЦІАЛЬНОЇ
І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ
МОЗ УКРАЇНИ ЗА 2012 РІК. 180

МІЖНАРОДНА КОНФЕРЕНЦІЯ «АКТУАЛЬНІ
ПИТАННЯ СУДОВОЇ І СОЦІАЛЬНОЇ
ПСИХІАТРІЇ ХХІ СТОЛІТТЯ». 183

ЗВІТ ПРО ЗАСІДАННЯ КРУГЛОГО СТОЛУ НА ТЕМУ:
«ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ
МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ,
ЯК РІЗНОВИДУ ДЕРЖАВНОГО ПРИМУСУ»,
ЩО ВІДБУВСЯ У СЕКРЕТАРІАТІ
УПОВНОВАЖЕНОГО ВЕРХОВНОЇ РАДИ
УКРАЇНИ З ПРАВ ЛЮДИНИ
25 ЧЕРВНЯ 2013 РОКУ 184

РЕКОМЕНДАЦІЇ КРУГЛОГО СТОЛУ НА ТЕМУ:
«ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ
МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ, ЯК РІЗНОВИДУ
ДЕРЖАВНОГО ПРИМУСУ» 186

ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ПРОЕКТ «МИСТЕЦТВО,
ЩО ОБ'ЄДНУЄ ВСІХ!» 187

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

Y. Voitenko
PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE BY PATIENTS
WITH SCHIZOPHRENIA. 161

Ritkis I.
STRESS-MANAGEMENT AND STRESS-
STABILITY IN STUDENTS WITH HABITUAL
SMOKING AND THE INITIAL STAGE
OF NICOTINE ADDICTION 165

Y. Kharchenko, A. Altukhova
TO THE QUESTION ABOUT ADDIKTIV BEHAVIOUR
OF JUVENILES WHO USE PSYCHOACTIV
SUBSTANCES (LITERATURE OVERVIEW) 168

*E. Kharchenko, G. Prib, T. Sinitskaya,
K. Vlasova, Y. Voytenko*
PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DATA ADDICTIVE
DISORDERS ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE
WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES 172

DIGEST 177

OFFICIAL INFORMATION 180

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК 616.89

А. В. Степаненко, О. М. Ліщишина, Є. О. Мельник, І. Я. Пінчук, С. О. Маляров, О. О. Хаустова
ПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У
ВІТЧИЗНЯНІЙ ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я В ГАЛУЗІ ПСИХІАТРІЇ

ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: психіатрія, доказова медицина, стандартизація медичної допомоги, клінічна настанова, шизофренія, аутизм, депресія

Еволюція медичної практики – це довгий шлях від терапії пацієнта на основі клінічного досвіду одного фахівця через консенсус експертів до створення клінічних настанов на засадах доказової медицини (рис. 1.) Клінічні настанови – це третинні джерела доказової медицини, що розроблені на основі визначеної методології, для допомоги лікарю і пацієнту у прийнятті рішення щодо надання раціональної медичної допомоги в різних клінічних випадках [1].



Рис. 1. Еволюція медичної практики

Сучасні вимоги доказової медицини передбачають впровадження новітніх технологій систематичного збору, аналізу, синтезу та застосування якісної наукової медичної інформації, яка дозволяє приймати оптимальні клінічні рішення на користь пацієнта. Отже, йдеться про добросовісне, точне і свідоме використання кращих результатів клінічних досліджень для вибору лікування конкретного пацієнта.

Завданням сучасної доказової медицини є підвищення ефективності (зменшення смертності та покращення якості життя пацієнтів) та безпечності (зменшення ризику розвитку ускладнень при використанні застосовуваних методів терапії), а також оптимізація економічних аспектів лікування (вибір найбільш ефективного та найбільш економічного лікувального підходу).

Впровадження сучасної системи стандартизації медичної допомоги у вітчизняній охороні здоров'я, зокрема в галузі психіатрії, здійснюється за рахунок інструментів управління якістю медичної допомоги, а

саме: ліцензування, сертифікації/атестації, контролю, стандартизації та акредитації. Нові підходи до управління якістю медичної допомоги (доказова медицина, зміна парадигми ретроспективної оцінки на проспективну (моніторинг, клінічний аудит), а також потреба в підвищенні якості та ефективності медичних втручань на тлі дефіциту фінансових ресурсів сформували потребу в ефективній системі стандартизації медичної допомоги, що ґрунтується на доказах.

Система стандартизації медичної допомоги в міжнародній практиці складається з клінічних рекомендацій (настанов), медичних стандартів та протоколів. В Україні станом на 2012 рік одночасно існувало 158 медичних стандартів (переліків послуг), 1343 протоколи (в т. ч. у вигляді клінічних рекомендацій), 698 нормативів та 9 методичних рекомендацій. Причому стандарти, протоколи, нормативи та інші документи в основному були розроблені експертним методом (на основі фахового консенсусу), а не на принципах доказової медицини (в документи мають включатися медичні технології, ліки з доведеною ефективністю). У більшості нормативи були розроблені за спеціальністю (наприклад, «психіатрія»), а не на клінічну тему (діагноз). За однією темою почасти було затверджено 5–6 окремих протоколів/стандартів. Ці документи були розроблені монодисциплінарною робочою групою на окрему спеціальність, не враховуючи системний підхід та мульти/коморбідність хворобливих станів. Не поодинокі випадки, коли протоколи входять у протиріччя один з одним, включають незареєстровані в Україні ліки та ін. Наприкінці, затверджені нормативи не працюють в системі управління якістю, оскільки не містять індикаторів якості для моніторингу, що унеможливило виміряти та оцінити ефективність наданої медичної допомоги в цілому.

Враховуючи міжнародний досвід у сфері методології такої роботи, «золотим стандартом» якої можна вважати «SIGN 50: A guideline developers», «Handbook SIGN Publication No 50» Шотландської міжколегіальної організації розробників рекомендацій (www.sign.ac.uk), в Україні була імплементована ця європейська методологія з окремими елементами адаптації. Методичні

засади затверджені Наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 року №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за №2001/22313.

Відповідно до цього Наказу на методичних засадах міжнародної практики та принципах доказової медицини в Україні ведеться робота по створенню національних клінічних настанов, стандартів, протоколів у різних галузях медицини, в тому числі в психіатрії. У такі документи включаються медичні технології, ліки з доведеною ефективністю, а експертний метод використовується тільки за відсутності інших доказів. Документи створюються на клінічну тему (діагноз, синдром), їх розробляють мультидисциплінарні робочі групи з участю представників всіх дотичних до патологічного стану спеціальностей (мультидисциплінарний підхід) згідно до затверджених: методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини; методики розробки системи індикаторів якості медичної допомоги, а також положення про мультидисциплінарну робочу групу з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини (<http://www.dec.gov.ua/mtd/metmat.html>) за певним алгоритмом (рис. 2).



Рис. 2. Алгоритм розробки медико-технологічних документів на засадах доказової медицини

Доказова медицина для всіх медико-технологічних документів вимагає обов'язковий пошук доказів (існує мінімальна схема пошуку для розробників), оцінку рівня «доведеності» даних (шкала для оцінки сили доказів). Якщо докази відсутні, технологію вносять в стандарт, зазначивши низький рівень доведеності.

Складний механізм розробки медико-технологічних документів через підготовку клінічних настанов необхідний, оскільки: кожне методологічне правило спрямоване на запобігання систематичних помилок. Викривлення може бути пов'язане з відбором інформації (застаріла, часткова, селективно відібрана), зі складом розробників настанови, з суб'єктивними цінностями та уподобаннями.

Робота над клінічною настановою починається з пошуку джерел інформації (рис. 3).

Доказова цінність знайденої інформації ранжується від найбільшого до найменшого ступеня доказовості: систематичні огляди та мета-аналізи; рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) з визначеними результатами; рандомізовані контрольовані дослідження з невизначеними результатами; когортні дослідження;



Рис. 3. Первинні, вторинні та третинні джерела інформації

дослідження «випадок-контроль» (case-control study); поперечні (кресекційні) дослідження; опис окремих випадків (case study). Методологічно прийнятний у світі розподіл рівней доказовості має вісім градацій (табл. 1).

Таблиця 1

Рівні доказовості

1++	Високоякісний мета-аналіз, систематичні огляди рандомізованих контрольованих досліджень або РКД з дуже низьким рівнем систематичної помилки
1+	Добре проведений мета-аналіз, систематичний огляд РКД або РКД з низьким рівнем систематичної помилки
1-	Мета-аналіз, систематичний огляд РКД або РКД з високим рівнем систематичної помилки
2++	Високоякісний систематичний огляд досліджень, які мають структуру випадок-контроль і когортних досліджень. Високоякісні дослідження, які мають структуру метод-контроль і когортних досліджень із низьким рівнем викривлення або систематичних помилок і висока ймовірність того, що зв'язки є причинними
2+	Добре проведені дослідження, які мають структуру метод-контроль або когортні дослідження з низьким ризиком викривлення або систематичної помилки і допустима ймовірність, що зв'язки є причинними
2-	Дослідження структури випадок-контроль або когортні дослідження з низьким рівнем викривлення або систематичних помилок і значним ризиком, що зв'язки неперчинні
3	Неаналітичні дослідження, наприклад, повідомлення про випадок, кілька випадків
4	Точка зору експертів

Відповідно до рівней доказовості в міжнародних та національних клінічних настановах визначено ступеневі оцінки сили окремих положень (діагностичних, лікувальних) цих настанов. Кількість ступенів може бути різною (3÷6), в залежності від рішення розробників настанови. Розподіл ступеня доказовості в градації A–D представлено в табл. 2.

Таблиця 2

Оцінка сили положень настанов

A	Щонайменше один мета-аналіз, систематичний огляд, або РКД, оцінений як 1++ і може бути прямо застосований до цільової популяції. Або основна частина доказів складається головним чином із досліджень, оцінених 1+, які можуть бути прямо застосовані до цільової популяції і мають повну стійкість результатів
B	Основна частина доказів включає дослідження, які оцінюються як 2++, і можуть бути прямо застосовані до цільової популяції і мають повну стійкість результатів. Або результати досліджень з 1++ і 1+ можуть бути екстрапольовані на популяцію
C	Основна частина доказів складається з досліджень 2+, які можуть бути прямо застосовані до цільової популяції і мають повну стійкість результатів. Або результати досліджень з 2++ можуть бути екстрапольовані на популяцію
D	Рівень доказів 3 або 4, або результати досліджень з 2+ можуть бути екстрапольовані на популяцію
▼	Рекомендована найкраща практика, яка ґрунтується на клінічному досвіді групи з розробки настанов

Виходячи з того, що клінічні настанови є формою медичного втручання, професійні медичні та урядові структури повинні мати впевненість щодо належної їх якості перед початком впровадження КН в практику для запобігання спричинення суттєвих ризиків для багатьох пацієнтів. Головними ознаками якості клінічної настанови вважаються: оприлюднена методологія створення; наявність переліку членів мультидисциплінарної робочої групи; наявність зовнішніх рецензентів; визначення

дати перегляду; наявність шкали рівнів доказів; список першоджерел літератури (статті за результатами досліджень, мета-аналізи, огляди літератури) тощо.

Розробка будь-якої клінічної настанови є дуже високовартісним науковим процесом. Відсутність або недостатність ресурсів у галузі охорони здоров'я у багатьох країнах стало причиною для адаптації вже створених міжнародних клінічних настанов. Так, за сприяння методології Міжнародного співтовариства ADAPTE були створені національні адаптовані клінічні настанови в розвинених країнах (Франція, Швейцарія, Нідерланди, Канада, Бельгія, Японія, Республіка Корея), а також у країнах з обмеженими ресурсами (Молдова, Румунія, Казахстан, Колумбія, Бразилія, Єгипет, Судан та ін.).

Стандарт медичної допомоги (МС) – наступний крок після створення клінічної настанови – нормативний документ державного рівня, що визначає норми, вимоги до організації і критерії якості надання медичної допомоги, а також індикатори, за якими в подальшому здійснюється аудит на різних рівнях управління системою забезпечення якості; розробляється на основі клінічних настанов із урахуванням можливостей системи охорони здоров'я і затверджується МОЗ або уповноваженим органом центральним виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Стандартів медичної допомоги – критеріїв якості – не може бути багато, кількість протоколів набагато більша.

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги (УКПМД) – нормативний акт державного рівня, що розробляється на основі клінічної настанови з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я, (а в разі наявності стандарту медичної допомоги, то і у відповідності до нього). Покроково визначає процес надання медичної допомоги, обсяг та її результати при певному захворюванні, затверджується Міністерством охорони здоров'я. В основу розробок уніфікованого клінічного протоколу і медичного стандарту покладені клінічні настанови

Галузева система моніторингу виконання уніфікованих протоколів



Рис. 4. Система моніторингу МОЗ України

– джерела доказової медицини. Уніфікований клінічний протокол «покроково» визначає процес надання медичної допомоги, її обсяг та очікуваний результат. На основі УКПМД в умовах закладу охорони здоров'я створюється локальний протокол (ЛПМД), що є деталізованою інструкцією надання допомоги з маршрутом пацієнта. Таким чином забезпечується баланс дотримання вимог медичного стандарту та обґрунтованих потреб пацієнта шляхом реалізації наукової доказової бази при наданні медичної допомоги кожному пацієнту, послідовного включення втручань до медико-технологічних документів. Визначена система індикаторів якості, що затверджується відповідним УКПМД надалі стає основою системи моніторингу його виконання окремими ЛПЗ (рис. 4).

У межах реалізації завдань та заходів Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року, затвердженої наказом МОЗ України від 19.09.2011 р. №597, разом із фахівцями Департаменту стандартизації медичних послуг ДЕЦ МОЗ України співробітники УНДІ ССПН почали роботу по створенню адаптованих клінічних настанов, стандартів, протоколів у психіатрії. Був використаний наступний алгоритм включення доказових даних у медико-технологічні документи (рис. 5). Головним позаштатним спеціалістом МОЗ із психіатрії І. Я. Пінчук була подана заявка на розробку стандартів медичної допомоги за темами «Аутизм», «Шизофренія» і «Депресія». До складу мультидисциплінарних робочих груп були включені співробітники УНДІ ССПН.

Департаментом стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України», який відповідно до наказу МОЗ України від 08.10.12 р. №786 здійснює методичне забезпечення розробки документів, а саме :

- здійснює пошук оригінальних клінічних настанов (КН) (системний підхід за провідними базами даних джерел доказової медицини);



Рис. 5. Алгоритм обробки даних щодо включення в медико-технологічні документи

- організує та проводить разом із членами робочої групи (РГ) оцінку якості обраних прототипів за шкалою AGREE (експертна група 3÷5 осіб за участю клініцистів);
- сприяє забезпеченню перекладу українською мовою тексту КН або здійснює пошук спонсорів;
- проводить навчальні тренінги членів робочої групи;
- організацію та проведення засідань РГ;
- забезпечує технічний супровід розробки (корекція тексту документів, комунікація електронною поштою тощо);
- експертизу на дотримання принципів доказової медицини та уніфікованої методики з розробки документів;
- забезпечує рецензування медико-технологічних документів, їх оприлюднення на сайті МОЗ України та ДЕЦ МОЗ України;
- комунікацію з міжнародними організаціями;
- забезпечує співпрацю робочої групи з МОЗ України.

Результати пошуку у визначених наказом МОЗ України базах даних та за відповідними темами наведені в табл. 3÷5.

Таблиця 3

Результати пошуку за темою «Аутизм»

Autisme et autres troubles envahissants du développement: interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. [Autism and other severe developmental disorders: treatment of children and adolescents]	HAS (FR) – French National Authority for Health (formerly: ANAES). France	01.03.2012
Autism in adults (CG142)	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	01.06.2012
Best evidence statement (BEST). The use of video-based modeling in teaching daily living skills to children with autism	AHRQ (US) – Agency for Healthcare Research and Quality	21.06.2012
Best evidence statement (BEST). Speech therapist directed use of video modeling for patients with autism spectrum disorder	AHRQ (US) – Agency for Healthcare Research and Quality	22.08.2012
Best evidence statement (BEST). Craniosacral therapy for children with autism and/or sensory processing disorder. Cincinnati Children's Hospital Medical Center	AHRQ (US) – Agency for Healthcare Research and Quality	25.08.2011

Продовження табл. 3

Autism spectrum disorders in children and young people (CG128)	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	01.09.2011
Occupational therapy practice guidelines for children and adolescents with autism	AHRQ (US) – Agency for Healthcare Research and Quality	01.01.2009
Best evidence statement (BEST). Use of sensory assessment tools with children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD)	AHRQ (US) – Agency for Healthcare Research and Quality	29.03.2009
Best evidence statement (BEST). Outcomes assessment tool for children with autism spectrum disorder (ASD). Cincinnati Children's Hospital Medical Center	AHRQ (US) – Agency for Healthcare Research and Quality	29.06.2009
Best evidence statement (BEST). Use of motor and self-care assessment tools for children with autism spectrum disorder (ASD)	AHRQ (US) – Agency for Healthcare Research and Quality	07.07.2009
New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline	Ministries of Health and Education, New Zealand	2008
Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders published (SIGN CPG 98)	SIGN (UK) – Scottish Intercollegiate Guidelines Network. United Kingdom	01.07.2007, у процесі оновлення
Practice parameter: Screening and diagnosis of autism. American Academy of Neurology. Child Neurology Society	AHRQ (US) – Agency for Healthcare Research and Quality	01.08.2000

Таблиця 4

Результати пошуку за темою «Шизофренія»

SIGN 131: MANAGEMENT OF SCHIZOPHRENIA	SIGN (UK) – Scottish Intercollegiate Guidelines Network. United Kingdom	03.2013
Psychosis and Schizophrenia in children and young people	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	01.2013
Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Long-term treatment of schizophrenia	WFSBP – World Federation of Societies of Biological Psychiatry	Оновлення 2013
Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Acute treatment of schizophrenia	WFSBP – World Federation of Societies of Biological Psychiatry	Оновлення 2012
Psychosis with coexisting substance misuse (CG120)	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	01.03.2011
Aripiprazole for schizophrenia in people aged 15 to 17 years (TA213)	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	01.01.2011
Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology	British Association for Psychopharmacology	2011
The clinical effectiveness and cost effectiveness of electroconvulsive therapy (ECT) for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania (TA59)	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	01.05.2010
Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2010 – stöd för styrning och ledning – Preliminär version [Psychotherapy for persons with schizophrenia]	SOS (SE) – National Board of Health and Welfare – Socialstyrelsen. Sweden	01.03.2010
Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update) (CG82) full guideline	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	01.03.2009

Продовження табл. 4

Schizophrenia (CKS Topic)	SCHIN (GB) – Sowerby Centre for Health Informatics at Newcastle. UK	01.10.2009
Comparación de la eficacia de las formas farmacéuticas de liberación retardada (depot) versus las formas farmacéuticas orales de los antipsicóticos (típicos y atípicos), comercializados en Cataluña, en pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia	AATRM (ES) – Catalan Agency for Health Information, Assessment and Quality (CAHIAQ). Spain	01.01.2009
Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente [Clinical practice guideline on schizophrenia and early psychotic disorders]	AATRM (ES) – Catalan Agency for Health Information, Assessment and Quality (CAHIAQ). Spain	01.03.2009
Schizophrenia. Australian Treatment Guide for Consumers and Carers	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	2009
Structural neuroimaging in first episode psychosis (TA136)	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	01.02.2008
Mental health disorders among substance-using HIV-infected patients	New York State Department of Health. United States	01.03.2008
Efficacy and Comparative Effectiveness of Off-Label Use of Atypical Antipsychotics	AHRQ (US) – Agency for Healthcare Research and Quality. United States	17.01.2007
Off-Label Use of Atypical Antipsychotic Drugs	AHRQ (US) – Agency for Healthcare Research and Quality. United States	12.07.2007
Schizophrénies. Guide ALD [Schizophrenia]	HAS (FR) – French National Authority for Health (formerly: ANAES). France	01.06.2007
Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en zorgorganisatie voor mensen met schizofrenie [Multidisciplinary Guideline on Schizophrenia]	TRIMBOS (NL) – Trimbos-Institute – Netherlands Institute of Mental Health & Addiction. The Netherlands	01.09.2005
Schizophrenie – Kurzfassung. S3-LL (DGPPN) [Schizophrenia]	AWMF (DE) – Association of Scientific Medical Societies. Germany	01.11.2005
Memòria científica: Convocatòria de recerca en esquizofrènia, [Scientific memory of the schizophrenia calling]	AATRM (ES) – Catalan Agency for Health Information, Assessment and Quality (CAHIAQ). Spain	01.04.2005
Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison	German Society of Psychiatry, Psychotherapy and Nervous Diseases (DGPPN)	2005
Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second edition.	American Psychiatric Association. United States	01.02.2004
REFERENCEPROGRAM for skizofreni Udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af SfR	Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Sweden	01.01.2004
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	2004
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists – Summary Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for the Treatment of Schizophrenia (2003)	NZGG (NZ) – New Zealand Guidelines Group. New Zealand	01.06.2003
Guia de pràctica clínica per a l'atenció al pacient amb esquizofrènia [Clinical practice guideline on the care for patients with schizophrenia]	AATRM (ES) – Catalan Agency for Health Information, Assessment and Quality (CAHIAQ). Spain	01.01.2003

Результати пошуку за темою «Депресія»

Major depression in adults in primary care. Institute for Clinical Systems Improvement.	ICSI – Institute for Clinical Systems Improvement. United States	Бер.2011
Agomelatine for the treatment of major depressive episodes (TA 231)	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	Лип.2011
Depression the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults full guideline (CG90)	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	01.01.2010
Non-pharmaceutical management of depression (SIGN CPG 114)	SIGN (UK) – Scottish Intercollegiate Guidelines Network. United Kingdom	01.01.2010
Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. [National guideline on depression and anxiety disorder management – Preliminary version]	SOS (SE) – National Board of Health and Welfare – Socialstyrelsen. Sweden	01.03.2010
Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), Canada	2009
The treatment and management of depression in adults with chronic physical health problems (partial update of CG23) (CG91) final draft	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	01.10.2009
Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression. [Bupropion, mirtazapine, and reboxetine in the treatment of depression]	IQWiG (DE) – Institute for Quality and Efficiency in Health Care. Germany	09.11.2009
Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care	NZGG (NZ) – New Zealand Guidelines Group. New Zealand	17.07.2008
Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety (TA 97)	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	Вер.2008
Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Treatment and ongoing management. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care	American Academy of Pediatrics. United States	01.11.2007
Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Identification, assessment, and initial management. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care	American Academy of Pediatrics. United States	01.11.2007
Major Depression in Adults in Primary Care	ICSI – Institute for Clinical Systems Improvement. United States	Тра.2006
The management of depression in cancer patients: a clinical practice guideline	Program in Evidence-based Care (PEBC), Cancer Care Ontario (CCO), Canada	17.10.2006
Bipolar affective disorder (SIGN CPG 82)	SIGN (UK) – Scottish Intercollegiate Guidelines Network. United Kingdom	01.05.2005
Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care (CG28) full guideline	NICE (UK) – National Institute for Health and Clinical Excellence. United Kingdom	01.09.2005
Depression	University of Michigan Health System. United States	01.10.2005
Руководство по биологической терапии монополярных депрессивных расстройств	WFSBP – World Federation of Societies of Biological Psychiatry	2002

Таблиця 6

Результати сукупної експертної оцінки клінічних настанов із шизофренії

Назва оцінюваних настанов	Кількість експертів	Розділи / бали:					
		1. Сфера застосування цілі	2. Залучення зацікавлених сторін	3. Ретельна розробка	4. Зрозумілий та спосіб представлення	5. Можливість застосування	6. Незалежна розробка
		Ст. бал по розділу 1, %	Ст. бал по розділу 2, %	Ст. бал по розділу 3, %	Ст. бал по розділу 4, %	Ст. бал по розділу 5, %	Ст. бал по розділу 6, %
NICE Schizophrenia 2009	4	100,00	100,00	94,05	89,58	72,22	100,00
NICE Psychosis and Schizophrenia in children and young people, 2013	7	100,00	95,24	87,76	84,52	80,95	97,62
Schizophrenia Brit. Ass. of Psychopharmacology 2011	3	96,30	50,00	60,32	75,00	55,56	72,22
Treatment of Schizophrenia and Related Disorders Australia 2004	7	96,83	78,57	72,11	73,81	57,14	85,71

Оцінка наведених третинних джерел здійснювалась експертами із числа членів РГ та співробітників Департаменту стандартизації медичних послуг відповідно до AGREE – Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (Опитувальник з експертизи та оцінки настанов). Він призначений для оцінки якості подання клінічних рекомендацій, проте він не дозволяє оцінити вплив рекомендацій на клінічний результат захворювання. У табл. 6 наведено результати сукупної експертної оцінки клінічних настанов із шизофренії. Аналогічна робота щодо аутизму та депресії триває.

Таким чином, в Україні розпочато роботу з оновлення медико-технологічних документів – стандартів, протоколів надання медичної допомоги в галузі психіатрії, результатами якої постануть поліпшення організації спеціалізованої психіатричної допомоги, діагностики,

лікування, реабілітації психічно хворих та поліпшення якості їх життя.

Література:

1. *Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Institute of Medicine. Field M. J., Lohr K. N., eds. Clinical Practice Guidelines: Directions of a new Programm. Washington, DC: National Academy Press; 1990.*
2. *Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за №2001/22313.*
3. *Наказ МОЗ України від 08.10.2012 № 786 «Про визначення головної організації у сфері розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, проектів нормативних актів щодо медичного, в тому числі фармацевтичного, обслуговування та фармаконагляду».*

УДК 615.851.001-07(091)

Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, А. В. Бессмертный
КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПИИ ХАРЬКОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ОТ ПЕРВЫХ ИЗЫСКАНИЙ ДО
СОВРЕМЕННОСТИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

Харьковская психотерапевтическая школа по сегодняшний день является ведущей не только в Украине, но и в СНГ. Для этого существуют объективные исторические предпосылки. Возникновение первой в мире кафедры психотерапии именно в Харькове неслучайно. Оно было определено тем, что Харьков – крупнейший

центр медицинской науки, психоневрологии Украины и всего СССР – издавна являлся средоточием развития психотерапии.

Официальная дата открытия кафедры психотерапии в мае 1962 года при тогда ещё Украинском институте усовершенствования врачей (ныне – Харьковской

Таблиця 6

Результати сукупної експертної оцінки клінічних настанов із шизофренії

Назва оцінюваних настанов	Кількість експертів	Розділи / бали:					
		1. Сфера застосування цілі	2. Залучення зацікавлених сторін	3. Ретельна розробка	4. Зрозумілий та спосіб представлення	5. Можливість застосування	6. Незалежна розробка
		Ст. бал по розділу 1, %	Ст. бал по розділу 2, %	Ст. бал по розділу 3, %	Ст. бал по розділу 4, %	Ст. бал по розділу 5, %	Ст. бал по розділу 6, %
NICE Schizophrenia 2009	4	100,00	100,00	94,05	89,58	72,22	100,00
NICE Psychosis and Schizophrenia in children and young people, 2013	7	100,00	95,24	87,76	84,52	80,95	97,62
Schizophrenia Brit. Ass. of Psychopharmacology 2011	3	96,30	50,00	60,32	75,00	55,56	72,22
Treatment of Schizophrenia and Related Disorders Australia 2004	7	96,83	78,57	72,11	73,81	57,14	85,71

Оцінка наведених третинних джерел здійснювалась експертами із числа членів РГ та співробітників Департаменту стандартизації медичних послуг відповідно до AGREE – Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (Опитувальник з експертизи та оцінки настанов). Він призначений для оцінки якості подання клінічних рекомендацій, проте він не дозволяє оцінити вплив рекомендацій на клінічний результат захворювання. У табл. 6 наведено результати сукупної експертної оцінки клінічних настанов із шизофренії. Аналогічна робота щодо аутизму та депресії триває.

Таким чином, в Україні розпочато роботу з оновлення медико-технологічних документів – стандартів, протоколів надання медичної допомоги в галузі психіатрії, результатами якої постануть поліпшення організації спеціалізованої психіатричної допомоги, діагностики,

лікування, реабілітації психічно хворих та поліпшення якості їх життя.

Література:

1. *Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Institute of Medicine. Field M. J., Lohr K. N., eds. Clinical Practice Guidelines: Directions of a new Programm. Washington, DC: National Academy Press; 1990.*
2. *Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за №2001/22313.*
3. *Наказ МОЗ України від 08.10.2012 № 786 «Про визначення головної організації у сфері розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, проектів нормативних актів щодо медичного, в тому числі фармацевтичного, обслуговування та фармаконагляду».*

УДК 615.851.001-07(091)

Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, А. В. Бессмертный
КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПИИ ХАРЬКОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ОТ ПЕРВЫХ ИЗЫСКАНИЙ ДО
СОВРЕМЕННОСТИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

Харьковская психотерапевтическая школа по сегодняшний день является ведущей не только в Украине, но и в СНГ. Для этого существуют объективные исторические предпосылки. Возникновение первой в мире кафедры психотерапии именно в Харькове неслучайно. Оно было определено тем, что Харьков – крупнейший

центр медицинской науки, психоневрологии Украины и всего СССР – издавна являлся средоточием развития психотерапии.

Официальная дата открытия кафедры психотерапии в мае 1962 года при тогда ещё Украинском институте усовершенствования врачей (ныне – Харьковской

медицинской академии последиplomного образования) не совпадает с появлением первых изысканий в области психотерапии, которые восходят ещё к начальным этапам месмеризма. О его естественнонаучных, а не мистико-схоластических корнях здесь говорили уже в то время, когда Парижская академия наук вообще отвергла какую-либо научную ценность явлений «животного магнетизма».

В 1815 году в Харькове выходит одно из самых первых профильных пособий не большое по объёму, но ёмкое по содержательности: «Краткое руководство к опытному душесловию», написанное П. М. Любовским [1].

О ранних этапах жизни Петра Михайловича Любовского по настоящий день практически ничего не известно, как не известны точные годы жизни. Исторически личность автора пособия представлена логиком и психологом. Его научно-практический путь проистекает от образования, полученного в Харьковском университете. Учителем П. М. Любовского стал Йоган Баптист Шад (1758–1834) – первый профессор философии кафедры теоретической и практической философии Харьковского университета. Профессор Й. Б. Шад преподавал логику, психологию и эстетику, оказывая большое влияние на развитие философии в Украине в XIX веке.

П. М. Любовский являлся одним из первых учеников Й. Б. Шада на этико-политическом отделении. Окончив курс обучения в 1808 году после успешных экзаменов, в том же году он и ещё 12 выпускников университета получили степень кандидата философии. В дальнейшем продолжительное время работал учителем философии и логики в Слободско-украинской гимназии Харькова [2].

28 января 1878 года на заседании Харьковского медицинского общества В. Я. Данилевский представляет первую современную научную экспериментальную работу «О гипнотизме у человека и животных» [3]; итоги же многолетних – с 1874 года – «психических вивисекций», проведённых на разнообразнейших представителях животного царства (лягушках, тритонах, ящерицах, змеях, черепахах, крокодилах, камбалах, электрических скатах, речных раках, морских крабах, лангустах, омахах, каракатицах) подведены им в 1891 году в докладе «Единство гипнотизма у человека и животных» [4].

Харьковский журнал «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» в конце XIX столетия публикует ряд материалов по психотерапии. На страницах журнала в 1888 году появляется классический труд московского учёного А. А. Токарского «Гипнотизм и внушение» [5].

В сентябре 1911 года состоялся первый съезд союза, созданный в память С. С. Корсакова. В числе прочего на этом съезде прозвучал доклад приват-доцента Харьковского университета Б. С. Грейденберга «Психологические основы нервно-психической терапии» [6].

В 1912 году К. И. Платонов (сын И. Я. Платонова – владельца одной из первых частных психоневрологических клиник в Харькове), начавший свою деятельность по изучению гипноза и психотерапии в целом в 1911

году под руководством В. М. Бехтерева [7], защищает докторскую диссертацию «О воспитании сочетательно-двигательного рефлекса у человека на совместные звуковые и световые раздражения» [8].

Среди отечественных учёных, работавших в Харькове в области психотерапии в конце XIX – начале XX веков, можно назвать такие известные имена, как В. М. Гаккебуш, С. Н. Давиденков, П. И. Ковалевский, И. Я. Платонов, Т. И. Юдин и многие другие. Однако истинный расцвет психотерапии в Харькове начинается в 1920-е годы под руководством К. И. Платонова. Вокруг него собираются многочисленные соратники – П. П. Истомин, И. З. Вельвовский, Д. С. Губергриц, Е. С. Катков, П. Я. Гальперин, М. Я. Милославский, И. М. Аптер, разрабатывающие научные, методические и практические вопросы психотерапии (главным образом – гипносуггестивной терапии) [7].

Некоторые крупные учёные-психиатры, такие как действительный член АМН профессор Е. А. Попов, профессор Н. П. Татаренко, продолжали и творчески развивали работы в области психотерапии, выступая в данной области как ученики К. И. Платонова [9; 10].

К 1922 году образуются несколько центров психотерапии. На кафедре нервных болезней медицинского института (заведующий – профессор К. И. Платонов) был организован психотерапевтический кабинет (которым заведовали И. З. Вельвовский, за ним – П. П. Истомин) [11]. Под руководством К. И. Платонова функционировал отдел психотерапии в Украинском психоневрологическом институте (директор – А. И. Гейманович). Ранее (в 1920 году) возник кабинет психотерапии в студенческой больнице (И. З. Вельвовский). Большое психотерапевтическое отделение было организовано в 1928 году в психоневрологическом диспансере Южной железной дороги (И. З. Вельвовский, а далее М. И. Холоденко, М. М. Хаимович и др.)

На железнодорожном транспорте с 1928 года также осуществляется психопрофилактическая и психогигиеническая работа (И. З. Вельвовский и сотрудники), которая особенно ярко развернулась с образованием Института социальной психоневрологии Украинской психоневрологической академии.

В это время в Харькове начинается издание журнала «Психогигиена в массы», открывается ряд психотерапевтических кабинетов в поликлиниках, проводится большая антиалкогольная психотерапевтическая работа.

После 1933 года всё интенсивнее развивается психотерапевтический центр в Психоневрологическом институте Южной железной дороги. Здесь были открыты клиника психотерапии (К. И. Платонов) и психотерапевтическое отделение в диспансере (И. З. Вельвовский, М. И. Холоденко, Е. Н. Закаменная, М. М. Хаимович, Г. Э. Рихтер и другие).

Начиная с 1933 года – после публикации работы К. И. Платонова и И. З. Вельвовского о применении гипноза в хирургии, стоматологии, акушерстве и гинекологии – в Харькове появляются десятки психотерапевтических научных работ. Харьков становится одним из крупнейших центров психотерапии.

Обобщающей работой большого теоретического и практического значения явилась монография К. И. Платонова «Слово как физиологический и лечебный фактор», опубликованная в виде статьи в 1930 году [12] и, почти одновременно, вышедшая отдельным изданием [13].

С этого же года К. И. Платонов, Е. С. Катков и И. З. Вельвовский систематически читают факультативные курсы лекций по гипносихотерапии в Медицинском институте, в Санитарно-гигиеническом институте, в Университете, в Харьковском институте усовершенствования врачей. В 1928 году при Харьковском медицинском обществе и научной ассоциации союза «Медсантруд» была организована секция гипнологии. Её учредителями стали К. И. Платонов, П. П. Истомина, И. З. Вельвовский, Е. С. Катков, И. М. Аптер.

Харьков становится крупнейшим центром психотерапии. О харьковской психотерапевтической школе говорят как о ведущей.

В военный период новаторами психотерапевтических подходов в Харькове осуществляется организационная помощь в попечении пациентов из лечебных учреждений, в том числе, и для душевнобольных. В весьма тяжёлых условиях читаются лекции для студентов медицины и практических врачей.

В послевоенный период Харьковская психотерапевтическая школа быстро возрождается [14]; особенно это касается психопрофилактической работы. В 1947 году в Харькове появилась – и вскоре стала общим достоянием СССР, а затем и всего мира – психопрофилактическая система обезболивания родов, предложенная и теоретически разработанная И. З. Вельвовским в содружестве с В. А. Плотицером, Э. А. Шугом при активной поддержке К. И. Платонова.

В это время выходят второе [15] и третье [16] издания монографии К. И. Платонова «Слово как физиологический и лечебный фактор», а также работа И. З. Вельвовского, К. И. Платонова, В. А. Плотицера, Э. А. Шугом «Психопрофилактика болей в родах» [17]. Оба эти труда вскоре были переведены на английский, испанский и другие языки и получили распространение во многих странах мира.

На основании накопленного многолетнего опыта науки и практики для дальнейшего его развития психотерапия в структуре ХМАПО было организовано общество психотерапевтов; в состав первого правления избраны: почётный председатель – К. И. Платонов, председатель – И. З. Вельвовский, заместитель – В. В. Шостакович, члены – М. Э. Телешевская, И. М. Аптер, Е. С. Катков, З. Н. Болотова, М. Я. Милославский, И. Т. Цветков, секретарь – М. Н. Бржезинская.

Наряду с проведением заседаний, конференций, пленумов, общество развило активную работу по стимулированию психотерапевтической общественности в различных городах. Влияние деятельности общества, несомненно, сказалось на организации секции психотерапии и медицинской психологии в Москве, Общества психотерапевтов в Перми, психотерапевтической секции при Обществе невропатологов и психиатров в Киеве и

аналогичной структуры в Союзном правлении общества невропатологов и психиатров.

Ряд шагов по институционализации психотерапии осуществляется коллективом Центральной психоневрологической больницы МПС, поскольку она являлась базой Украинского института усовершенствования врачей. Оценив значение психотерапии как общемедицинской специальности, тогдашний директор УИУВ доцент И. И. Овсиенко санкционирует целую серию учебных мероприятий в области психотерапии, психопрофилактики и психогигиены. Первоначально это были циклы по двум основным разделам: 1) психопрофилактическое обезболивание родов (велись И. З. Вельвовским, Э. А. Шугом, В. А. Плотицером, Д. А. Каплан, М. Л. Линецким); 2) психотерапия в антиалкогольном деле (проводились И. З. Вельвовским, К. И. Лавровой, М. И. Кашпур, а далее М. И. Раенко и другими). Эти циклы стали функционировать с 1948 – 1949 годов, будучи оформлены как внештатные при кафедре нервных болезней УИУВ (заведующий – профессор Ф. Ф. Харченко) на базе ЦПНБ МПС.

Успехи в деле психопрофилактического обезболивания родов далее вызвали узаконение этих циклов как всесоюзного мероприятия [18].

Важной вехой в развитии харьковской психотерапии явился приказ Министерства здравоохранения СССР №142 от 13 февраля 1951 года, регламентировавший циклы для акушеров-гинекологов по психопрофилактическому обезболиванию родов. В ЦПНБ МПС сложилась инициативная группа преподавателей (И. З. Вельвовский (руководитель), психоневрологи-психотерапевты К. И. Лаврова, М. И. Кашпур, а позже – М. И. Раенко, невропатолог Д. А. Каплан, физиолог М. Л. Линецкий и акушеры-гинекологи Э. А. Шугом и В. А. Плотицер), которые инициировали формирование отдельной – и первой в мире – кафедры психотерапии. В этих устремлениях они опирались на поддержку правления Харьковского общества психотерапевтов, психопрофилактиков и психогигиенистов, почётного председателя этого общества заслуженного деятеля науки К. И. Платонова, руководителей Харьковского общества невропатологов и психиатров профессоров Г. Д. Лещенко (председатель) и Н. П. Татаренко (заместитель председателя).

С тех пор такие курсы проводились на внештатных основаниях, а далее при поддержке психоневрологической общественности были созданы внештатные, а затем штатные доцентские курсы – и, наконец, самостоятельная кафедра психотерапии, психопрофилактики и психогигиены.

Созданная в 1962 году кафедра имела следующий штатный состав: заведующий (профессор), доцент и четыре ассистента. Заведующим кафедрой был избран И. З. Вельвовский. Должность доцента, по его ходатайству, была заменена должностью профессора (для доктора медицинских наук М. Э. Телешевской), поскольку существовали намерения развернуть психиатрический раздел работы. Ассистентами стали врачи-психиатры Е. Н. Мейтина, В. И. Кучерова, невропатолог М. И. Раенко

и – по линии психотерапии в акушерстве и гинекологии – акушер-гинеколог Г. Н. Балтпурвин-Безуглова.

В последующие годы развитие психотерапии связано с именами видных харьковских профессоров А.Т. Филатова, Н. К. Липгарт, В. В. Кришталя, А. А. Мартыненко, Т. И. Ахмедова и др. [19].

С 1971 по 1993 кафедру возглавлял известный ученый А.Т. Филатов. С 1993 по 1999 заведующим кафедрой был Т. И. Ахмедов. С 1999 года по настоящее время кафедру психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования возглавляет главный специалист по специальностям «психотерапия» и «медицинская психология» МЗ Украины, профессор Б. В. Михайлов. Под руководством Бориса Владимировича Михайлова возобновились регулярные заседания и повседневная деятельность общества психотерапевтов; секретарём общества является доцент Г. П. Андрух.

Кафедрой психотерапии разрабатываются теоретические, клинические и профилактические вопросы психотерапии, проводится большая педагогическая, научно-методическая и научно-исследовательская работа (в том числе участие в международных съездах, конгрессах, симпозиумах, конференциях).

Развиваются такие направления как:

- представления о собственной клинике психотерапии как самостоятельной клинической медицинской дисциплины;
- методология, понятийное поле, клиническая семиотика, правила формулирования и алгоритм постановки психотерапевтического диагноза;
- новые организационные формы оказания психотерапевтической помощи (психотерапевтическое отделение, психотерапевтический центр);
- дисциплинарная история психотерапии;
- мнестологическая парадигма психотерапии;
- новые методы и методики психотерапии и пр.
- интрадисциплинарная концепция психотерапии как её первая аутодисциплинарно-идентификационная модель.

Представителями кафедры созданы академические, структурированные, высокопрофессиональные руководства и учебные пособия, в том числе издан первый отечественный учебник по психотерапии с грифом МЗ Украины [20], учебные пособия с грифами МОНУ и МЗ Украины и ряд монографий [21–23].

Кафедра поддерживает тесные отношения с профессиональными обществами и организациями других городов Украины, СНГ и мира.

Осуществляется координационная работа кафедры психотерапии ХМАПО с Российской психотерапевтической ассоциацией (РПА), президентом которой является руководитель отдела новых технологий и внебольничной психотерапии ГУ СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, Р. К. Назыров, с профессиональными ассоциациями Беларуси и Казахстана, а также является ассоциированным членом International Federation Psychotherapy (IFP).

Литература:

1. Любовский П. [М.] *Краткое руководство к опытному душесловию*

- / П. [М.] Любовский, Имп. Харьк. Ун-та Философии Магистром и Учителем в Слободско-Украинской Гимназии в Харькове. – Х.: Унив. Тип., 1815. – [4], IV. – 140, [4] с.
2. Петровский А. П. Пётр Любовский – передовой психолог начала XIX века / А. П. Петровский // *Вопросы философии*. – 1952. – №3. – С. 211 – 217.
 3. *Протоколы заседаний Харьковского Медицинского Общества №2–6 за 1878 год*. – Х.: Тип. К. П. Счасни, 1878. – Протокол №2 от 28 января 1878 года. – С. 1 – 3.
 4. Данилевский В. Я. Единство гипнотизма у человека и животных: (Речь 3 января 1891 года [в сокр.]) / В. Я. Данилевский // *Дневник IV-го Съезда Русских Врачей в память Н. И. Пирогова / Под ред. П. И. Дьяконова*. – М.: Изд-е Правления Съезда; Т-во Скоропечатни А. А. Левенсон, 1891. – С. 139 – 157.
 5. Токарский А. А. Гипнотизм и внушение: (Сообщение, сделанное в Московском психологическом обществе) / А. А. Токарский. – Х., 1888. – 72 с.
 6. Грейденберг Б. С. Психологические основы нервно-психической терапии: Речь, прочитанная на публичном заседании I Съезда Русского Союза психиатров и невропатологов, созданного в память С. С. Корсакова в Москве, 6 сентября 1911 года / Б. С. Грейденберг. – Х.: Изд-е З. Я. Добина; Тип. «Печатник», 1912. – 46 с.
 7. Петрюк П. Т. Династия Платоновых и проблемы психиатрических нейронаук. Профессор Константин Иванович Платонов – известный отечественный психиатр, невропатолог, психотерапевт и бывший сабурьянин. Сообщение 2 / П. Т. Петрюк, А. П. Петрюк // *Психичне здоров'я*. – 2010. – № 2. – С. 87 – 93.
 8. Платонов К. И. О воспитании сочетательно-двигательного рефлекса у человека на совместные звуковые и световые раздражения: Дис. ... д-ра медицины / К. И. Платонов. – [Из психол. лаб. при клинике нервных и душевных болезней акад. В. М. Бехтерева]. – Санкт-Петербург: Тип. Глав. Управ. Уделов, 1912. – 152 с.
 9. Платонов К. И. Внушение и гипноз (в акушерстве и гинекологии) / К. И. Платонов, М. В. Шестопал. – Кременчуг: Госиздат Украины, 1925. – 77 с.
 10. Платонов К. И. Внушение и гипноз в практической медицине / К. И. Платонов – Х.: Научная мысль, 1925. – 127 с.
 11. Михайленко А. А. Первая отечественная кафедра нервных и душевных болезней (к 150-летию учреждения кафедры в Императорской медико-хирургической академии) / А. А. Михайленко, М. М. Одинак, С. Ю. Голохвастов, В. Ю. Лобзин // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2009. – Т. 109, № 7. – С. 82 – 86.
 12. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор (Материалы к физиологии психотерапии) / К. И. Платонов // *Психотерапия: Сб. ст. / Под ред. и с предисл. К. И. Платонова; Ввод. слово А. И. Геймановича*. – Х.: Госиздат Украины, 1930. – С. 11 – 122.
 13. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор (К физиологии психотерапии): Для врачей, биологов и педагогов / К. И. Платонов. – Х.: Госиздат Украины, 1930. – 116 с.
 14. Платонов К. И. Внушение и гипноз в свете учения И. П. Павлова: Научно-популярный очерк / К. И. Платонов. – М.: Медгиз, 1951. – 56 с.
 15. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор (Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова) / К. И. Платонов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медгиз, 1957. – 432 с.
 16. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор (Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова) / К. И. Платонов. – 3-е изд., с некоторыми доп. и изм. – М.: Медгиз, 1962. – 533 с.
 17. Вельвовский И. З. Психопрофилактика болей в родах: Лекции для врачей-акушеров / И. З. Вельвовский, К. И. Платонов, В. А. Плотицер, Э. А. Шугом; Под ред. и с предисл. А. П. Николаева. – Л.: Медгиз. Ленингр. отд-ние, 1954. – 290 с.
 18. Вельвовский И. З. Психотерапия в клинической практике / И. З. Вельвовский, Н. К. Липгарт, Е. М. Багалей, В. И. Сухоруков. – К.: Здоров'я, 1984. – 157 с.
 19. Бессмертный А. В. Психотерапия в практике врача Сабуровой дачи Светланы Николаевны Смирновой (к 50-летию первой

- кафедры психотерапии в мире) / А. В. Бессмертный, С. Н. Смирнова // Психичне здоров'я. – 2012. – № 1 (34). – С. 93 – 95.
20. Михайлов Б. В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III – IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. – Х.: Око, 2002. – 768 с.
21. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. – 2-е изд. стереотипн. – К.: Здоров'я; Х.: Око-Наука, 2008. – 768 с.
22. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии та психотерапевтичний діагноз: [Навчальний посібник]. – Х.: Наука, 2010. – 304 с.
23. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие]. – Х.: Наука, 2010 – 304 с.

**КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПИИ ХАРЬКОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ:
ОТ ПЕРВЫХ ИЗЫСКАНИЙ ДО СОВРЕМЕННОСТИ**

Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, А. В. Бессмертный

ХАРЬКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПИИ

Статья посвящена анализу исторических фактов, послуживших организации и становлению первой кафедры психотерапии в мире, которая была открыта в 1962 году при Украинском институте усовершенствования врачей (ныне – Харьковской медицинской академии последипломного образования). Освещаются вопросы реализации первых наработок психологических и физиологических основ психотерапии в Харькове. Подробно описан опыт различных корифеев Харьковской школы психотерапии. Представлены векторы развития современной деятельности кафедры психотерапии.

Ключевые слова: история медицины, кафедра психотерапии, первые изыскания, харьковская школа психотерапии, последипломное образование, современная деятельность кафедры

**КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПІЇ ХАРКІВСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ:
ВІД ПЕРШИХ НАПРАЦЮВАНЬ ДО СУЧАСНОСТІ**

Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, О. В. Безсмертний

ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПІЇ

Стаття присвячена аналізу історичних фактів, щодо організації та становленню першої кафедри психотерапії в світі, яка була відкрита в 1962 році при Українському інституті удосконалення лікарів (нині – Харківській медичній академії післядипломної освіти). Висвітлюються питання реалізації перших напрацювань психологічних і фізіологічних основ психотерапії у Харкові. Детально описано досвід різних корифеїв харківської школи психотерапії. Представлені вектори розвитку сучасної діяльності кафедри психотерапії.

Ключові слова: історія медицини, кафедра психотерапії, перші вишукування, харківська школа психотерапії, післядипломна освіта, сучасна діяльність кафедри

**DEPARTMENT OF PSYCHOTHERAPY KHARKIV MEDICAL ACADEMY POSTGRADUATE EDUCATION:
FROM THE FIRST SURVEY TO THE PRESENT**

B. V. MYKHAYLOV, V. V. CHUGUNOV, A. V. BESSMERTNIY

KHARKIV MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION, DEPARTMENT OF PSYCHOTHERAPY

This article analyzes the historical facts, which served as the organization and establishment of the first Chair of psychotherapy in the world, which was opened in 1962 at the Ukrainian Institute of Advanced Medical (now – Kharkiv medical academy of postgraduate education). The problems of the first developments of psychological and physiological bases of psychotherapy in Kharkov. Described in detail the experiences of various luminaries of the Kharkov school of psychotherapy. Presented vectors of the department of modern psychotherapy.

Key words: history of medicine, department of psychotherapy, the first survey, the Kharkov school of psychotherapy, postgraduate education, current activities of the department

УДК 615.861.001-08

С. С. Шум, І. Я. Пінчук, О. О. Суховій

**ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАПОБІЖНИХ ЗАХОДІВ (СТАТТЯ 508 КПК УКРАЇНИ):
ПРОПОЗИЦІЇ РЕГІОНІВ**

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

Ключові слова: Кримінальний процесуальний кодекс України, психічні розлади, запобіжні заходи (ст. 508 КПК України), примусові заходи медичного характеру

Новим Кримінальним процесуальним кодексом (КПК) України, який набрав чинності 19.11.2012 року, впроваджено низку нововведень. Зокрема, відповідно до ст. 508 КПК України, до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, можуть бути застосовані судом такі запобіжні заходи: 1) передання на піклування опікунам, близьким родичам чи членам сім'ї з обов'язковим лікарським наглядом; 2) поміщення до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку. Зазначені запобіжні заходи застосовуються судом до особи з моменту

встановлення факту розладу психічної діяльності чи психічної хвороби.

Практика застосування вимог ст. 508 КПК України продемонструвала наявність ряду проблем під час реалізації даного законодавчого нововведення, що в основному пов'язано з відсутністю нормативно-правового акта щодо порядку застосування запобіжних заходів у вигляді поміщення особи до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку. Так, за даними Генеральної прокуратури, з часу набрання чинності нового КПК України – до 01.06.2013 року, зазначений запобіжний захід судами було застосовано до 84 осіб.

- кафедры психотерапии в мире) / А. В. Бессмертный, С. Н. Смирнова // Психичне здоров'я. – 2012. – № 1 (34). – С. 93 – 95.
20. Михайлов Б. В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III – IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. – Х.: Око, 2002. – 768 с.
21. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. – 2-е изд. стереотипн. – К.: Здоров'я; Х.: Око-Наука, 2008. – 768 с.
22. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии та психотерапевтичний діагноз: [Навчальний посібник]. – Х.: Наука, 2010. – 304 с.
23. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие]. – Х.: Наука, 2010 – 304 с.

**КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПИИ ХАРЬКОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ:
ОТ ПЕРВЫХ ИЗЫСКАНИЙ ДО СОВРЕМЕННОСТИ**

Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, А. В. Бессмертный

ХАРЬКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПИИ

Статья посвящена анализу исторических фактов, послуживших организации и становлению первой кафедры психотерапии в мире, которая была открыта в 1962 году при Украинском институте усовершенствования врачей (ныне – Харьковской медицинской академии последипломного образования). Освещаются вопросы реализации первых наработок психологических и физиологических основ психотерапии в Харькове. Подробно описан опыт различных корифеев Харьковской школы психотерапии. Представлены векторы развития современной деятельности кафедры психотерапии.

Ключевые слова: история медицины, кафедра психотерапии, первые изыскания, харьковская школа психотерапии, последипломное образование, современная деятельность кафедры

**КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПІЇ ХАРКІВСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ:
ВІД ПЕРШИХ НАПРАЦЮВАНЬ ДО СУЧАСНОСТІ**

Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, О. В. Безсмертний

ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПІЇ

Стаття присвячена аналізу історичних фактів, щодо організації та становленню першої кафедри психотерапії в світі, яка була відкрита в 1962 році при Українському інституті удосконалення лікарів (нині – Харківській медичній академії післядипломної освіти). Висвітлюються питання реалізації перших напрацювань психологічних і фізіологічних основ психотерапії у Харкові. Детально описано досвід різних корифеїв харківської школи психотерапії. Представлені вектори розвитку сучасної діяльності кафедри психотерапії.

Ключові слова: історія медицини, кафедра психотерапії, перші вишукування, харківська школа психотерапії, післядипломна освіта, сучасна діяльність кафедри

**DEPARTMENT OF PSYCHOTHERAPY KHARKIV MEDICAL ACADEMY POSTGRADUATE EDUCATION:
FROM THE FIRST SURVEY TO THE PRESENT**

B. V. MYKHAYLOV, V. V. CHUGUNOV, A. V. BESSMERTNYI

KHARKIV MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION, DEPARTMENT OF PSYCHOTHERAPY

This article analyzes the historical facts, which served as the organization and establishment of the first Chair of psychotherapy in the world, which was opened in 1962 at the Ukrainian Institute of Advanced Medical (now – Kharkiv medical academy of postgraduate education). The problems of the first developments of psychological and physiological bases of psychotherapy in Kharkov. Described in detail the experiences of various luminaries of the Kharkov school of psychotherapy. Presented vectors of the department of modern psychotherapy.

Key words: history of medicine, department of psychotherapy, the first survey, the Kharkov school of psychotherapy, postgraduate education, current activities of the department

УДК 615.861.001-08

С. С. Шум, І. Я. Пінчук, О. О. Суховій

**ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАПОБІЖНИХ ЗАХОДІВ (СТАТТЯ 508 КПК УКРАЇНИ):
ПРОПОЗИЦІЇ РЕГІОНІВ**

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

Ключові слова: Кримінальний процесуальний кодекс України, психічні розлади, запобіжні заходи (ст. 508 КПК України), примусові заходи медичного характеру

Новим Кримінальним процесуальним кодексом (КПК) України, який набрав чинності 19.11.2012 року, впроваджено низку нововведень. Зокрема, відповідно до ст. 508 КПК України, до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, можуть бути застосовані судом такі запобіжні заходи: 1) передання на піклування опікунам, близьким родичам чи членам сім'ї з обов'язковим лікарським наглядом; 2) поміщення до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку. Зазначені запобіжні заходи застосовуються судом до особи з моменту

встановлення факту розладу психічної діяльності чи психічної хвороби.

Практика застосування вимог ст. 508 КПК України продемонструвала наявність ряду проблем під час реалізації даного законодавчого нововведення, що в основному пов'язано з відсутністю нормативно-правового акта щодо порядку застосування запобіжних заходів у вигляді поміщення особи до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку. Так, за даними Генеральної прокуратури, з часу набрання чинності нового КПК України – до 01.06.2013 року, зазначений запобіжний захід судами було застосовано до 84 осіб.

Українським НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології 04.02.2013 року було ініційовано проведення обговорення з головними позаштатними спеціалістами зі спеціальності «Психіатрія» регіонів України та головними лікарями психіатричних закладів, відносно проблем застосування запобіжного заходу у вигляді поміщення особи до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку, та шляхів вирішення даних проблем. Обговорення стосувалося необхідності та доцільності розробки та затвердження «Порядку застосування запобіжного заходу у вигляді поміщення особи до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку», «Порядку проведення лікарського нагляду щодо особи, до якої застосовано запобіжні заходи у вигляді передання на піклування опікунам, близьким родичам чи членам сім'ї з обов'язковим лікарським наглядом» та внесення відповідних змін до Закону України «Про психіатричну допомогу», у зв'язку з прийняттям нового КПК України.

В обговоренні взяли участь 19 регіонів України.

На питання щодо необхідності та доцільності розробки порядку застосування зазначених у ст. 508 КПК України запобіжних заходів, думки серед регіонів, які надали відповіді, розподілились наступним чином:

За – 11 (58%). *Проти* – 3 (16%).

Конкретно не вказана – 5 (26%).

На питання стосовно необхідності та доцільності внесення змін до Закону України «Про психіатричну допомогу» у зв'язку з прийняттям нового КПК України, думки серед регіонів, які надали відповіді, розподілились наступним чином:

За – 10 (53%). *Проти* – 4 (21%).

Конкретно не вказана – 5 (26%).

Варто окремо навести деякі коментарі та рекомендації регіонів України стосовно питань, які обговорювались.

Так, серед інших, була надана пропозиція щодо проміжного варіанта вирішення питання про перебування зазначеного контингенту осіб після завершення проведення судово-психіатричної експертизи, а саме у вигляді внесення наступних змін до наказу № 397 від 08.10.2001 р.: «Особи, які вчинили суспільно небезпечні діяння та пройшли судово-психіатричну експертизу, стосовно яких передбачається застосування примусових заходів медичного характеру, в тому числі ті, що знаходяться під вартою, можуть залишатися в умовах психіатричного стаціонару, де їм була проведена судово-психіатрична експертиза, до моменту винесення рішення суду щодо застосування до них того чи іншого примусового заходу медичного характеру».

Також надійшла пропозиція віднести запобіжні заходи у вигляді поміщення особи до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку, до примусових заходів медичного характеру, та внести необхідні зміни до відповідних нормативно-правових актів.

Наголошувалося на необхідності обов'язкового врахування рекомендацій судово-психіатричної експертизи щодо режиму тримання особи, під час застосування до особи запобіжних заходів, вказаних у ст. 508 КПК

України. Зазначалось, що перевагою такого варіанта є те, що він не потребує внесення суттєвих змін до нормативної бази, та дозволить виконувати рішення суду за допомогою механізмів, які вже затверджені наказами МОЗ та інших відомств, що дозволить забезпечити тримання осіб у відділеннях, які технічно пристосовані до конкретного контингенту та мають підготовлений персонал, а також дозволить захистити персонал та інших пацієнтів шляхом утримання в умовах, що виключають небезпечну поведінку.

Підкреслювалася необхідність призначення зазначеному контингенту осіб, після проведення судово-психіатричної експертизи, госпіталізація в примусовому порядку (відповідно до ст. 14 Закону України «Про психіатричну допомогу»).

Звісно ж, вищепераховані точки зору обумовлені певними внутрішніми переконаннями та ґрунтуються на законодавчій базі, що існувала до прийняття нового КПК України. Однак перебування особи у спеціалізованій державній експертній установі після закінчення строку проведення судово-психіатричної експертизи, діючим законодавством не передбачено, та є грубим порушенням прав людини. Віднесення зазначеного запобіжного заходу до примусових заходів медичного характеру також є неможливим, оскільки це буде суперечити самій його суті та суті примусових заходів медичного характеру. Поява в КПК України запобіжних заходів (передбачених ст. 508) викликана необхідністю охорони прав свобод та інтересів учасників кримінального провадження. Думку щодо необхідності призначення зазначеному контингенту осіб госпіталізації в примусовому порядку також неможливо реалізувати, так як до особи не може бути застосовано одночасно два різних види державного примусу, пов'язаних із госпіталізацією до психіатричного стаціонару.

Кількома пропозиціями регіонів України було рекомендовано виділити у психіатричних стаціонарах спеціально обладнані палати для надання медичної допомоги особам, які хворіють на психічні розлади, щодо яких обрано запобіжні заходи у вигляді поміщення особи до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку. Зазначалося, що охорона таких осіб має забезпечуватися працівниками міліції.

Серед регіонів України, які брали участь у обговоренні перерахованих питань, 4 регіони надали негативні відповіді стосовно необхідності внесення змін до чинного законодавства у зв'язку з прийняттям нового КПК України, зокрема змін до Закону України «Про психіатричну допомогу» та розробки порядку застосування зазначених у ст. 508 КПК України запобіжних заходів.

Першим серед зазначених регіонів було висловлено думку щодо відсутності, на час проведення обговорення, досвіду застосування зазначених запобіжних заходів, що вимагає проведення протягом 2013 року детального вивчення практики застосування таких запобіжних заходів, і на основі проведеного аналізу – внесення необхідних змін до діючого законодавства.

Другим регіоном України було висловлено точку зору щодо відображення порядку застосування запобіжних заходів, передбачених ст. 508 КПК України, у ст. 14 Закону України «Про психіатричну допомогу» у зв'язку з чим внесення змін до чинного законодавства, на думку регіону, є недоцільним.

Третій регіон наполягав на тому, що регламентація застосування вказаних у ст. 508 КПК України запобіжних заходів здійснюється інструкцією, затвердженою наказом МОЗ України та МВС України № 346/877 від 19.12.2000 р. «Про заходи та організацію взаємодії закладів охорони здоров'я й органів внутрішніх справ щодо запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади» та наказом МОЗ СРСР № 225 від 21.03.1988 р. «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи...».

Четвертим регіоном було висловлено переконання щодо наявності регламентації застосування запобіжних заходів у вигляді поміщення особи до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку, у наказі МОЗ України № 397 від 08.10.2001 р. «Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади». Також даним регіоном було зазначено, що така норма діяла і раніше, механізм практично відпрацьований, тому з цього питання немає доцільності внесення будь-яких змін до діючого законодавства.

Серед перерахованих негативних відповідей тільки перша ґрунтується на конструктивній пропозиції щодо можливості та доцільності розробки порядку застосування запобіжних заходів, передбачених ст. 508 КПК України, а саме лише після проведення дослідження практики застосування таких заходів. Три інші регіони недостатньо аргументовано дійшли висновку про відсутність необхідності внесення змін до нормативно-правових актів та необхідності розробки порядку застосування вказаних запобіжних заходів, у зв'язку з прийняттям нового КПК України, помилково обґрунтовуючи власну точку зору наявністю таких механізмів у деяких нормативно-правових актах, які набули чинності задовго до прийняття нового КПК України. Крім того, не можна враховувати позицію регіону України, що відображена в наступній редакції: «... дана норма діяла і раніше, механізм практично відпрацьований, тому з цього питання немає доцільності внесення будь-яких змін до діючого законодавства...».

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕР ПРЕСЕЧЕНИЯ (СТАТЬЯ 508 УПК УКРАИНЫ): ПРЕДЛОЖЕНИЯ РЕГИОНОВ

С. С. Шум, И. Я. Пинчук, А. А. Суховий

В статье приведены результаты общественного обсуждения проблем применения мер пресечения, предусмотренных ст. 508 Уголовного процессуального кодекса Украины. Итоги общественного обсуждения данного вопроса, проведенного УНИИ ССПН в феврале 2013 г., совместно с главными внештатными специалистами по специальности «Психиатрия» регионов Украины, продемонстрировали актуальность разработки и утверждения нормативно-правовых актов, призванных урегулировать данную проблему.

Ключевые слова: Уголовный процессуальный кодекс Украины, психические расстройства, меры пресечения (ст. 508 УПК Украины), принудительные меры медицинского характера

PROSPECTS OF PREVENTIVE MEASURES (ARTICLE 508 CCP UKRAINE): REGIONS OFFERS

S. SHUM, I. PINCHUK, O. SUHOVIY

The results of public discussion on the application of preventive measures by art. 508 of the Criminal Procedure Code of Ukraine are shown. The results of the public discussion of this issue, conducted in February 2013 by Ukrainian Research Institute of Social and Forensic demonstrated the importance of the developing and approving regulations designed to resolve this problem.

Key words: Criminal Procedure Code of Ukraine, mental disorders, preventive measures, compulsory medical measures

оскільки в українському законодавстві ніколи (до прийняття нового КПК України) не передбачалось окремих запобіжних заходів при розгляді справ про застосування примусових заходів медичного характеру. Тому виникає питання: який саме механізм та на яких підставах було відпрацьовано в зазначеному регіоні?

Підсумовуючи результати проведеного обговорення, ініційованого УНДІ ССПН у лютому 2013 р., необхідно додати, що на розширеному засіданні колегії Генеральної Прокуратури України дане питання розглядалось у квітні 2013 р. – через призму дотримання конституційних прав затриманих, ув'язнених та засуджених. За результатом розгляду, оцінивши відсутність правової регуляції застосування запобіжних заходів, передбачених ст. 508 КПК України, Генеральна Прокуратура України виступила з ініціативою розробки міжвідомчого нормативно-правового акта про порядок виконання застосованого судами запобіжного заходу у вигляді поміщення особи до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку.

Окремо варто звернути увагу, що у ст. 508 КПК України, якою регламентовано застосування двох видів запобіжних заходів, відносно осіб, які захворіли на психічні розлади, – йдеться про «поміщення до психіатричного закладу» та «лікарський нагляд». Відсутні вказівки щодо обов'язкового психофармакологічного лікування під час застосування до таких осіб запобіжних заходів, що зобов'язує лікарів-психіатрів отримувати усвідомлену згоду осіб, до яких застосовуються вищезазначені запобіжні заходи, щодо лікування. Ці та інші проблемні аспекти застосування запобіжних заходів у вигляді поміщення особи до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку, потребують якнайшвидшого урегулювання. Необхідність розробки та затвердження «Порядку застосування запобіжного заходу у вигляді поміщення особи до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку», «Порядку проведення лікарського нагляду щодо особи, до якої застосовано запобіжні заходи у вигляді передання на піклування опікунам, близьким родичам чи членам сім'ї з обов'язковим лікарським наглядом» та внесення відповідних змін до Закону України «Про психіатричну допомогу» у зв'язку з прийняттям нового КПК України, зазначається більшістю регіонів України, що свідчить про значну актуальність даної проблеми та потребу в її вирішенні.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89–84–083: 614.88 (477)

Є. Г. Гриневич

ІНДИВІДУАЛЬНО-ОСОБИСТІСНІ ЯКОСТІ ПІРОТЕХНІКІВ ЯК МАРКЕРИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Ключові слова: надзвичайні ситуації, реакції дезадаптації, особливо небезпечна професійна діяльність, особистісні особливості, маркери, діагностика, піротехніки

Надзвичайні ситуації (НС), аварії та катастрофи – є однією із найактуальніших проблем нашого суспільства. Досить сказати, що від зазначених екстремальних подій протягом 2005–2012 років в Україні постраждало більше ніж 12,6 тисяч осіб, з яких 3501 – загинула. Ці показники є значно вищими у порівнянні з попередніми вісьмома роками (11,5 тис. та 1217 людей відповідно). При цьому, серед усіх НС вже протягом п'ятнадцяти років лідируюче місце займають пожежі та вибухи, які і роблять найпотужніший внесок у цю сумну статистику [1].

Відомо, що окремі види професійної діяльності передбачають значно вищий ризик для життя і здоров'я при ліквідації наслідків НС через перебування в особливо небезпечних умовах. Зрозуміло, що стан фізичного і психічного здоров'я представників таких професійних груп зазнає особливо потужних і частих випробувань на міцність. До такої групи «підвищеного професійного ризику», безумовно, належать піротехніки.

У цьому зв'язку питання збереження їх професійної працездатності набувають значної актуальності [2–4] з позицій визначення та зміцнення відповідних професійних здібностей, що проявляються сукупністю достатньо стійких індивідуально-психологічних якостей [5].

У світлі вказаного стає зрозумілою необхідність виділення у даного контингенту таких індивідуально-типологічних особливостей особистості, які дозволяють витримувати вплив значних та життєво небезпечних чинників НС (раптова вибухопожежонебезпечність) при виконанні професійних обов'язків без формування реакцій дезадаптації (РД) (як донозологічного рівня психічних розладів). Той факт, що РД суттєво знижують ефективність професійної діяльності, якість життя та згодом трансформуються у психічну патологію, доведений багаторічними численними науковими дослідженнями.

Ось чому **метою цієї роботи** було визначення провідних індивідуально-типологічних особливостей особистості піротехніків як маркерів реакцій дезадаптації заради вдосконалення процедури динамічного моніторингу їх функціонального стану.

Матеріали і методи дослідження

Нами на базі медико-санітарної частини 2 аварійно-рятувального загону (смт. Мирне Запорізької області)

проведено дослідження піротехніків зведеного загону (33) по розмінуванню території колишньої бази зберігання боєприпасів Державної служби України з НС під час виконання робіт у с. Новобогданівка. Всього обстежено 59 піротехніків (всі чоловіки), віком від 21 до 43 років (середній вік склав $28,77 \pm 0,77$ років). Жоден із обстежених не мав обтяженої спадковості на психічні розлади і не перебував на диспансерному обліку за психічним захворюванням.

Реакції дезадаптації (РД) у рятувальників 33 були представлені психопатологічною симптоматикою донозологічного рівня у вигляді роздратованості, розладів засипання, глибини й тривалості сну, відчуття тривоги, страху, зниженого настрою, підвищеної фізичної втоми, яка «не шукала покою», нетерплячості, емоційної лабільності, падіння ініціативи, пасивності, тремору рук при емоційному напруженні, підвищеного АТ, головного болю. Вказана симптоматика входила до структури астено-депресивного (31,25% випадків), тривожно-депресивного, астеничного (по 25% випадків) та вегетативного (18,75% випадків) синдромів.

Квантифіковану оцінку РД здійснювали за допомогою розробленого нами «Скрінінгу психопатологічних симптомів» [6]. При цьому визначали частоту і ступінь виразності психопатологічних проявів і на цій основі розраховували інтегральні показники їхньої інтенсивності. Психопатологічний прояв вважали таким, що входить у структуру РД тоді, коли показник його інтенсивності дорівнював або перевищував 5 балів. Для верифікації синдромальної структури РД використовували клініко-психопатологічне дослідження.

У результаті такої оцінки піротехніки були розподілені на дві нерівні групи. До I групи порівняння увійшли особи з РД (16 осіб, 27,11%), до II групи порівняння – особи без ознак психічної дезадаптації (43 осіб, 72,88%).

У подальшому, для визначення індивідуально-особистісних якостей (ІОЯ) обстежених як маркерів РД проводили порівняльний аналіз вказаних груп за допомогою індивідуально-типологічного опитувальника (ІТО) через його встановлену високу інформативність та диференційно-діагностичні властивості щодо верифікації РД [6]. Отримані за клініко-психопатологічним методом

дані також співставляли по групах із результатами обстеження піротехніків за багаторівневим особистісним опитувальником «Адаптивність» (БОО-АМ) задля виділення граничних бальних значень особистісного адаптаційного потенціалу (ОАП). Його складовими є поведінкова регуляція (ПР), комунікативний потенціал (КП), моральна нормативність (МН) – професійні якості, що підвищують ефективність діяльності досліджених [7].

Обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний, регресійний, кореляційний аналізи) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003» [8]. Визначення маркерів адаптації/деадаптації, їхніх діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності Кульбака (J) здійснювали за Є. В. Гублером [9].

Результати та обговорення

Результати порівняльного аналізу піротехніків 33 показали, що вік виявився нейтральною обставиною щодо формування у них РД, достовірні відмінності віком по групах були відсутні, а середній вік склав $30,19 \pm 1,64$ та $28,24 \pm 0,77$ в I та II групі відповідно.

Усереднені психограми обстежених з РД та без них надані на рис. 1.

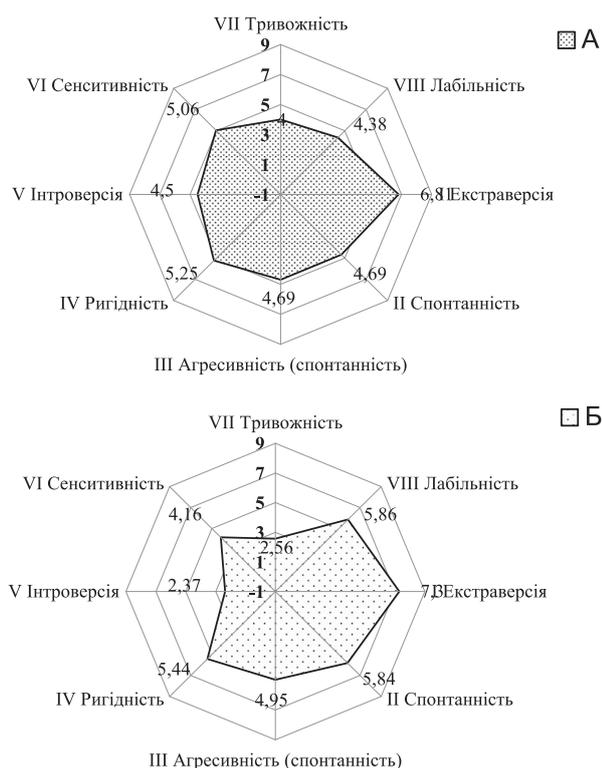


Рис. 1. Усереднена психограма провідних індивідуально-типологічних особливостей у піротехніків із реакціями дезадаптації (А) та з достатнім рівнем адаптації (Б)

На рисунках представлені провідні особистісні тенденції (ПОТ) обстежених, що, за концепцією автора, становлять собою первинну основу особистості у вигляді конституції, темпераменту, характеру та врешті-решт обумовлюють ІОЯ. Так, якщо соціально прищеплені атрибути складають «фасад» особистості, то саме ПОТ визначають непередбачувані форми поведінки в умовах

стресу. Тому їх своєчасне виявлення дозволяє прогнозувати неадекватні реакції людини, а також визначають напрямки психокорекційного впливу, спрямованого на посилення контролю конкретної особистості над ПОТ та оволодіння стресовою ситуацією [10].

Середні бали ПОТ в обох групах не досягали рівня дезадаптуючих властивостей (8÷9 балів). Акцентуованими рисами (5÷7 балів) виявилися (в порядку зменшення середніх балів) екстраверсія, ригідність, сенситивність у першій групі та екстраверсія, лабільність, спонтанність, ригідність – у другій.

Це означає, що піротехнікам без РД були притаманні такі соціально-психологічні аспекти як лідерство, що проявлялося як акцентуований стиль міжособистісної поведінки на фоні виразних показників екстраверсії та спонтанності, та комунікативність – екстраверсія та лабільність, на тлі відсутності індивідуалізму (високий показник ригідності у поєднанні з низькими значеннями інтраерсії).

Встановлено наявність емоційної напруги та ознак внутрішнього конфлікту через компенсацію виразних ПОТ їх антитенденціями в обох групах. Але якщо в I-й групі це стосувалося основних ПОТ, то в II-й – проміжних. Так, в першому випадку, основою внутрішнього конфлікту слугували різноспрямовані коливання між інтровертним та екстравертним типами реагування (схильність до перепадів настрою, циклотимність), сенситивність та спонтанність (між потребою у прихильності та захисті, чутливістю до середовищних впливів та прагненням до лідерства), то в другому – лише між лабільністю та ригідністю (мотиваційна нестійкість, емотивність, пошуки визнання знаходились у дисбалансі з педантичністю, настирливістю).

Усереднена психограма II групи ілюструє також притаманні цим особам ІТЯ, що проявляються як виразна орієнтація на власні суб'єктивно обумовлені настанови (гомономність) (через розташування переважно у нижньої частині півкола), а I групи (з РД) – орієнтованість на вплив середовища (гетерономність).

У цілому усереднена психограма обстежених без ознак психічної дезадаптації свідчила про їх приналежність до «сильного» типу поведінки через сполучення розкутого самоствердження, наступальності, жадання лідерства («спонтанність») з екстравертованістю, підвищеною агресивністю на тлі наднизьких показників тривожності (до рівня гіпоемотивності) та інтроверсії. У той час як поєднання чутливості, орієнтації на авторитет, конформності, рис залежності, що входять до поняття «сенситивність», з інтровертованістю та тривожністю сприяло формуванню «слабкої» (гіпотимної) конституційної структури піротехніків з РД.

У процесі порівняння середніх значень результатів психодіагностичного дослідження статистично достовірні відмінності між групою з РД і групою умовно здорових обстежених на рівні $p < 0,05$ знайдені за показниками брехні, що не перевищували нормативних значень ($3,25 \pm 0,37$ та $4,77 \pm 0,35$ відповідно), спонтанності ($4,69 \pm 0,44$ та $5,84 \pm 0,22$ відповідно), інтроверсії ($4,5 \pm 0,58$

та $4,16 \pm 0,22$ відповідно) та лабільності ($4,38 \pm 0,52$ та $5,86 \pm 0,22$ відповідно).

Результати порівняльного аналізу показників за методикою ІГО за групами вказують на те, що статистично значущими маркерами наявності реакцій дезадаптації (ДК позитивні) у рятувальників 33 є наступні: у порядку зменшення інформативності (МІ) – «тривога» >4 бали, «інтроверсія» >5 балів, «агравация» в діапазоні 1÷5 балів, «спонтанність» >5 балів, «лабільність» ≤4 бали, «сенситивність» >6 балів та «брехня» ≤3 бали.

До статистично значущих маркерів відсутності реакцій дезадаптації (ДК негативні) у обстежених виявились оцінки за шкалами (у порядку зменшення МІ): «тривога» ≤2 бали, «брехня» в діапазоні 3÷5 балів, «інтроверсія» ≤3 бали, «лабільність» >4 бали, «спонтанність» >5 балів, «сенситивність» ≤5 балів та відсутність «агравации» (0 балів).

Виявлена досить висока сумарна інформативність методики ($\Sigma_{MI} = 15,13$) щодо діагностики та диференційної діагностики станів наявності/відсутності РД у піротехніків під час виконання робіт з розмінування територій.

Проведене дослідження дозволило створити діагностичну таблицю для визначення станів адаптації та реакцій дезадаптації піротехніків на основі провідних особистісних тенденцій (табл. 1). Маркери подані в порядку зменшення їхніх діагностичних коефіцієнтів (ДК).

Діагностика РД на основі індивідуально-типологічних особливостей за допомогою табл. 2 має здійснюватись шляхом застосування послідовної процедури

Вальда (у модифікації С. В. Гублера) [8]. Суть процедури полягає у тому, що ДК притаманних особі ознак додаються один до одного, поки не буде досягнуто бажаний рівень достовірності. Так, наприклад, достовірності на рівні $p < 0,05$ відповідає значення суми діагностичних коефіцієнтів $\Sigma_{DK} > 13$, на рівні $p < 0,01$ – $\Sigma_{DK} > 20$, а на рівні $p < 0,001$ – $\Sigma_{DK} > 30$.

У світлі цього стає зрозумілим, що жоден із встановлених маркерів не є самодостатнім для вірогідного визначення адаптації-дезадаптації (у всіх маркерів поданих у таблиці ДК < 13), і тому достовірний діагноз можливо встановити лише при їх сукупному використанні. Помітно, що найбільшу діагностичну силу мають такі маркери, як «тривожність» (ДК = 12,07), «інтроверсія» (ДК = 12,07) та «сенситивність» (ДК = 10,31), які досягають рівня акцентуованих рис. Наявність у особи, що обстежується, лише пари з цих ознак забезпечує вірогідність верифікації РД не гірше $p < 0,01$, оскільки Σ_{DK} такої сукупності маркерів перевищує 20 – граничне значення для цього рівня достовірності.

У процесі дослідження встановлено також маркери адаптації рятувальників 33, які характеризувались меншими значеннями ДК та інформативністю ($\Sigma_{срMI} = 0,89$ порівняно з $\Sigma_{срMI} = 1,26$). Занизький рівень тривожності (≤2 балів) постає визначальним маркером адаптації обстежених, який у сполученні з будь-якими двома з таких показників як замала інтроверсія (≤3 бали), лабільність (>4 бали) та спонтанність >5 балів (на рівні акцентуації) набуває величини загальної $\Sigma_{DK} > -13$, що забезпечує достовірність висновку про психічну адаптацію

Таблиця 1

Діагностична таблиця для виявлення станів адаптації-дезадаптації у піротехніків

Параметр	Діапазон (бали)	Пацієнти		P (ТМФ)	Частотність		Відн. частостей	ДК	МІ
		Адаптація	Деадаптація		Адаптація	Деадаптація			
Маркери дезадаптації									
Тривожність	>4	1	6	0,00101	0,0233	0,3750	16,13	12,07	2,12
Інтроверсія	>5	1*	6	0,00018	0,0233	0,3750	16,13	12,07	2,12
Сенситивність	>6	1	4	0,01563	0,0233	0,2500	10,75	10,31	1,17
Агравация	>1 <5	1*	3	0,02	0,0233	0,1875	8,06	9,06	0,74
Спонтанність	≤3	2	4	0,04	0,0465	0,2500	5,38	7,30	0,74
Лабільність	≤4	6	10	0,00044	0,1395	0,6250	4,48	6,51	1,58
Брехня	≤3	13	9	0,047	0,3023	0,5625	1,86	2,70	0,35
Маркери адаптації									
Тривожність	≤2	23	1	0,00071	0,5349	0,0625	0,12	-9,32	2,20
Брехня	>3 ≤5	17	1	0,010	0,3953	0,0625	0,16	-8,01	1,33
Інтроверсія	≤3	33	5	0,00161	0,7674	0,3125	0,41	-3,90	0,89
Лабільність	>4	37	6	0,00044	0,8605	0,3750	0,44	-3,61	0,88
Спонтанність	>5	27	5	0,02	0,6279	0,3125	0,50	-3,03	0,48
Сенситивність	≤5	36	8	0,01040	0,8372	0,5000	0,60	-2,24	0,38
Агравация	0	33	9	0,08	0,7674	0,5625	0,73	-1,35	0,14

піротехніка в умовах виконання професійної діяльності на рівні не гірше $p < 0,05$. У свою чергу, сукупність вказаних ПТО з нормальним рівнем сенситивності (≤ 5 балів) та відсутністю прагнення до підкреслювання проблем (0 балів за агравацією) забезпечує достовірність висновку на рівні не гірше $p < 0,01$, оскільки $\Sigma_{\text{ДК}}$ складає (-)23,45.

Співставлення середніх значень ОАП по групах дозволило виявити знижену та задовільну адаптації (стени $3 \div 4$, середні значення ОАП $31,52 \pm 1,81$ у осіб з РД та $27,69 \pm 2,53$ у осіб без РД, $p < 0,05$). Тобто під час проведення робіт по розмінуванню бойових складів в умовно здорових піротехніків спостерігалася часткова компенсація акцентуованих рис особистості, а незалежність від впливів середовищних чинників, що обумовлена ПОТ, запобігала станам декомпенсації при зміні напруженості діяльності. Величини показників – складових ОАП знаходилися у II групі на рівні значень, що відповідали достатньому ступеню поведінкової регуляції (ПР), комунікативного потенціалу (КП), моральної нормативності (МН) ($\Sigma_{\text{ПР}} = 9,31 \pm 0,60$ бали, $\Sigma_{\text{КП}} = 2,83 \pm 0,38$ бали, $\Sigma_{\text{МН}} = 2,25 \pm 0,19$ бали, стени 7, 9, 8 відповідно). У свою чергу, у осіб з РД при збереженні пограничного рівня ПР ($\Sigma_{\text{ПР}} = 15,00 \pm 0,86$ балів, 6 стени), що проявлялися деякою схильністю до «нервових зривів», несуттєвим зниженням самооцінки, – відмічали зменшення КП ($\Sigma_{\text{КП}} = 10,10 \pm 0,72$, стени 5) та МН ($\Sigma_{\text{МН}} = 8,1 \pm 0,86$, стени 5) у вигляді ускладнень у побудові контактів, замкненості, підозрливості, а також погіршення розуміння власної ролі у колективі, порушення окремих норм поведінки. Виходячи із зазначеного, гранична величина показника ОАП стосовно розмежування наявності/відсутності РД дорівнює 31 балу.

Висновки

1. Стан дезадаптації у піротехніків під час виконання ними робіт з розмінування територій за індивідуально-типологічним опитувальником (ІТО) проявляє себе наступними провідними особистісними тенденціями:

- достовірно ($p < 0,05$) вищими (ніж в умовно адаптованих колег) середніми значеннями: інтроверсії та тривожності;
- достовірно ($p < 0,05$) нижчими (ніж у умовно адаптованих колег) середніми значеннями: брехні, спонтанності та лабільності.

2. Наявність достовірних відмінностей поміж середніми величинами показників за ІТО в групах умовно адаптованих та піротехніків із реакціями дезадаптації дозволила виділити особистісні маркери вказаних станів, оцінити їхню диференційно-діагностичну спроможність та інформативність. У якості маркерів стану дезадаптації виділені (у порядку зменшення інформативності): тривога > 4 бали, інтроверсія > 5 балів, сенситивність > 6

балів, агравація в діапазоні від 1 до 5 балів, спонтанність ≤ 3 бали, лабільність ≤ 4 бали, брехня ≤ 3 бали. Маркерами стану адаптації постали (в порядку зменшення інформативності): тривога ≤ 2 бали, брехня у діапазоні від 3 до 5 балів, інтроверсія ≤ 3 бали, лабільність > 4 бали, спонтанність > 5 балів, сенситивність ≤ 5 балів та відсутність агравації – 0 балів.

3. Виділення згаданих вище психодіагностичних маркерів дозволило оцінити інформативність ІТО ($\Sigma_{\text{МІ}} = 15,13$) стосовно розв'язання диференційно-діагностичної задачі щодо наявності/відсутності у піротехніків реакцій дезадаптації впродовж виконання ними професійних обов'язків.

4. Порівняльний аналіз середніх значень показника «особистісний адаптаційний потенціал» (ОАП) у групах піротехніків із наявністю/відсутністю реакцій дезадаптації дозволив встановити знижений та задовільний (стени $3 \div 4$, середні значення ОАП $31,52 \pm 1,81$ та $27,69 \pm 2,53$, $p < 0,05$ відповідно) рівень їхньої адаптації. Такі зміни у функціональному стані даного контингенту потребують застосування відповідних психокорекційних заходів, а також втілення профілактичних заходів для запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів.

Література

1. *Національна доповідь про стан техногенної та природної небезпеки в Україні : (2005-2012 рр.) [Електронний ресурс] / Державна служба України з надзвичайних ситуацій. – Режим доступу до офіційного сайту <http://www.mns.gov.ua>.*
2. *Корольчук М. С. Актуальні проблеми психофізіології військової діяльності. – К.: Вид-во КВГІ, 1996. – 120.*
3. *Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності. /Підручник для ВНЗ (затв. МОН України)- К. Ника-центр.- 2003.- 400 с.*
4. *Медведев В. И. Экстремальные состояния в процессе деятельности. // Физиология трудовой деятельности. – СПб.: Наука, 1993. – С. 153-161.*
5. *Иванов К. П. Пределы физиологической адаптации человека к последствиям современных катастроф. // Физиология человека. – 1997. – Т. 23, № 3. – С. 109-121.*
6. *Гриневиц Є. Г. Психотерапія, психопрофілактика та корекція постраждалих з психічними розладами внаслідок надзвичайних ситуацій : дис. на здобуття наук. степ. доктора мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Є.Г. Гриневиц. – Київ, 2008. – 454 с.*
7. *Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина // Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Ред. и сост. Райгородский Д. Я. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2006. – С. 549–672.*
8. *Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в меди-ко-биологических исследованиях с Использованием Excel // Киев, «Моріон», 2000 - 320 с.*
9. *Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. – М., Медицина, 1978. – 294 с.*
10. *Собчик Л. Н. Дифференциальные методы психологической диагностики невротических расстройств. Индивидуально-типологический опросник (ИТО) (Пособие для врачей). – М.: ГИЦ ССП им. В. П. Сербского, 1999. – 32 с.*

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА САПЕРОВ КАК МАРКЕРЫ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Е. Г. Гриневиц

Целью этой работы явилось определение ведущих индивидуально-типологических особенностей саперов как маркеров реакций дезадаптации (РД) у них для усовершенствования процедуры динамического мониторинга их функционального состояния. Проведен сравнительный анализ показателей индивидуально-типологического опросника (ИТО) у лиц с РД и без них, а также оценены их адаптационные возможности с использованием многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность». Показано, что ИТО является удобным и высокоинформативным методом для диагностики РД и динамического наблюдения за психологическим состоянием саперов в процессе выполнения ими работ по разминированию территорий и объектов. Выделены личностные маркеры адаптации-дезадаптации данного контингента, дана сравнительная

характеристика обобщенных психогрaмм саперов с реакциями дезадаптации и их условно здоровых коллег, обоснованы направления психокоррекции и психопрофилактики.

Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, реакции дезадаптации, особо опасная профессиональная деятельность, личностные особенности, маркеры, диагностика, саперы

PERSONALITY INDIVIDUAL FEATURES OF THE SAPPERS AS MARKERS OF THEIR DESADAPTATION

YE. G. GRYNEVYCH

The aim of this work was determination the leading individually-typology the personality features as markers of sapper's desadaptation for the improvement the dynamic monitoring procedure of their functional state. The comparative analysis the indexes of individually-typology questionnaire (ITQ) was conducted at persons with desadaptation reactions (DR) and without it, and also their adaptation possibilities were appraised by multi-level personality questionnaire "Adaptivity".

The research shown that ITQ is a comfortable and high informative method for diagnostics of DR and dynamic monitoring the sapper's psychological state during the process of implementation by them works on the mine clearing of territories and objects.

Presence of reliable differences between the averages of indexes after ITQ in groups conditionally of adapted sappers and pyrotechnics with the DR allowed distinguishing the personality markers of the indicated psychopathological status, to estimate their differentially-diagnostic possibility and informativity, at what (in order of reduction the informativity informing):

- as markers of the DR were distinguished: accentuated anxiety, introversion, sensitivity & reduced or normal points of malingering, spontaneity, lability, lie;
- as markers of the adaptation were distinguished: reduced points of anxiety, normal lie diapason, low introversion, normal lability, high spontaneity, low sensitivity, and absence of malingering.

The personality markers the sapper's adaptation/desadaptation were distinguished, comparative description of generalized psychogramms of the sappers having the DR and their conditionally healthy colleagues were given, the reasonable directions for psychocorrection and psychoprophylactic were proved.

Keywords: emergencies, reactions of desadaptation, extrahazardous professional activity, personality features, markers, diagnostics, sappers

УДК 616.895.8

Н. А. Дзеружинская¹, В. А. Ломтева²

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ

¹Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев

²Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1, г. Киев

Ключевые слова: шизофрения, психосоциальная помощь, критерии качества помощи, самостигматизация

Совершенно очевидно, что в последние годы в психиатрии утвердилось понимание того, что, несмотря на бурное развитие биологических теорий психических заболеваний и основанных на этих теориях высокоэффективных методах психофармакотерапии, лечение и реабилитация психически больных требует применения психосоциальных и психотерапевтических методов. Современные психосоциальные подходы рассматриваются не как альтернатива биологическим, а как параллельные, взаимодополняющие элементы терапевтического процесса. Значение всех этих методов особенно повышается в связи с необходимостью адаптации больного и включения его в жизнь общества [1; 2].

В работе В. Я. Пишеля с соавт. [3] выделены критерии качества оказания психиатрической помощи больным шизофренией. Это уровень социального функционирования больного шизофренией и качества его жизни, определение компенсаторных механизмов и ресурсов личности, формирование и поддержание комплаенса, явления госпитализма и многое другое.

Показатели социального функционирования, наряду с клиническими данными, все более активно рассматриваются в качестве диагностических критериев. В ряде случаев они даже включаются в официальные классификации психических заболеваний, в частности DSM-IV и МКБ-10, что является свидетельством значимости

оценки социального функционирования больных на всем протяжении психического заболевания и степени его восстановления в результате лечения. Наряду с этим, все большее внимание уделяется субъективным переживаниям пациентов. Интерес к вопросам социального функционирования и качества жизни психически больных (как субъективного показателя) объясняется рядом причин [4]. В первую очередь он знаменует собой отход клиницистов от ориентации только на имеющуюся патологию и рост интереса к более широкой концепции психического здоровья, учитывающей, кроме того, психологические и социальные аспекты жизни пациентов и требующей полипрофессионального оказания психиатрической помощи. Данный подход является в большей степени личностно ориентированным, адресованным к индивидуальным нуждам каждого конкретного пациента со всеми его характерологическими и социальными особенностями, успехами, неудачами, суждениями и оценками, в том числе касающимися заболевания и его последствий. Только использование интегративного подхода в организации помощи больным шизофренией сможет существенно повлиять на их социальное функционирование [2].

В процессе длительного нахождения в психиатрических больницах у пациентов формируются явления госпитализма – утрата навыков самостоятельного

характеристика обобщенных психогрaмм саперов с реакциями дезадаптации и их условно здоровых коллег, обоснованы направления психокоррекции и психопрофилактики.

Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, реакции дезадаптации, особо опасная профессиональная деятельность, личностные особенности, маркеры, диагностика, саперы

PERSONALITY INDIVIDUAL FEATURES OF THE SAPPERS AS MARKERS OF THEIR DESADAPTATION

YE. G. GRYNEVYCH

The aim of this work was determination the leading individually-typology the personality features as markers of sapper's desadaptation for the improvement the dynamic monitoring procedure of their functional state. The comparative analysis the indexes of individually-typology questionnaire (ITQ) was conducted at persons with desadaptation reactions (DR) and without it, and also their adaptation possibilities were appraised by multi-level personality questionnaire "Adaptivity".

The research shown that ITQ is a comfortable and high informative method for diagnostics of DR and dynamic monitoring the sapper's psychological state during the process of implementation by them works on the mine clearing of territories and objects.

Presence of reliable differences between the averages of indexes after ITQ in groups conditionally of adapted sappers and pyrotechnics with the DR allowed distinguishing the personality markers of the indicated psychopathological status, to estimate their differentially-diagnostic possibility and informativity, at what (in order of reduction the informativity informing):

- as markers of the DR were distinguished: accentuated anxiety, introversion, sensitivity & reduced or normal points of malingering, spontaneity, lability, lie;
- as markers of the adaptation were distinguished: reduced points of anxiety, normal lie diapason, low introversion, normal lability, high spontaneity, low sensitivity, and absence of malingering.

The personality markers the sapper's adaptation/desadaptation were distinguished, comparative description of generalized psychogramms of the sappers having the DR and their conditionally healthy colleagues were given, the reasonable directions for psychocorrection and psychoprophylactic were proved.

Keywords: emergencies, reactions of desadaptation, extrahazardous professional activity, personality features, markers, diagnostics, sappers

УДК 616.895.8

Н. А. Дзеружинская¹, В. А. Ломтева²

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ

¹Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев

²Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1, г. Киев

Ключевые слова: шизофрения, психосоциальная помощь, критерии качества помощи, самостигматизация

Совершенно очевидно, что в последние годы в психиатрии утвердилось понимание того, что, несмотря на бурное развитие биологических теорий психических заболеваний и основанных на этих теориях высокоэффективных методах психофармакотерапии, лечение и реабилитация психически больных требует применения психосоциальных и психотерапевтических методов. Современные психосоциальные подходы рассматриваются не как альтернатива биологическим, а как параллельные, взаимодополняющие элементы терапевтического процесса. Значение всех этих методов особенно повышается в связи с необходимостью адаптации больного и включения его в жизнь общества [1; 2].

В работе В. Я. Пишеля с соавт. [3] выделены критерии качества оказания психиатрической помощи больным шизофренией. Это уровень социального функционирования больного шизофренией и качества его жизни, определение компенсаторных механизмов и ресурсов личности, формирование и поддержание комплаенса, явления госпитализма и многое другое.

Показатели социального функционирования, наряду с клиническими данными, все более активно рассматриваются в качестве диагностических критериев. В ряде случаев они даже включаются в официальные классификации психических заболеваний, в частности DSM-IV и МКБ-10, что является свидетельством значимости

оценки социального функционирования больных на всем протяжении психического заболевания и степени его восстановления в результате лечения. Наряду с этим, все большее внимание уделяется субъективным переживаниям пациентов. Интерес к вопросам социального функционирования и качества жизни психически больных (как субъективного показателя) объясняется рядом причин [4]. В первую очередь он знаменует собой отход клиницистов от ориентации только на имеющуюся патологию и рост интереса к более широкой концепции психического здоровья, учитывающей, кроме того, психологические и социальные аспекты жизни пациентов и требующей полипрофессионального оказания психиатрической помощи. Данный подход является в большей степени лично ориентированным, адресованным к индивидуальным нуждам каждого конкретного пациента со всеми его характерологическими и социальными особенностями, успехами, неудачами, суждениями и оценками, в том числе касающимися заболевания и его последствий. Только использование интегративного подхода в организации помощи больным шизофренией сможет существенно повлиять на их социальное функционирование [2].

В процессе длительного нахождения в психиатрических больницах у пациентов формируются явления госпитализма – утрата навыков самостоятельного

проживання и социального функционирования, происходит профессиональная дезадаптация, теряются родственные связи [5–7]. Синдром госпитализма служит дополнительным препятствием к выписке таких пациентов из больницы. Для пациентов с утратой навыков повседневной жизни, проблемами в социальных взаимоотношениях, низким комплаенсом также характерны частые повторные госпитализации [8].

Существенным фактором, влияющим на качество оказываемой психиатрической помощи больным шизофренией, является уровень их когнитивного функционирования. Изучение особенностей такого функционирования с анализом степени снижения высших психических функций в структуре формирования психического дефекта при шизофрении позволяет прогнозировать возможный уровень качества жизни таких больных. На наш взгляд, особо важным представляется не только оценка уровня снижения когнитивного и личностного функционирования, сколько оценка возможностей адаптации и наличие ресурсов личности больного.

Рассмотрение вопросов оказания психосоциальной помощи больным шизофренией невозможно без изучения отношения самого больного к предлагаемым видам помощи. Разнообразие клинических проявлений, различная степень изменения личности и другие аспекты заболевания отражаются в отношении пациента к своему страданию, а также к реакции общества, близких людей, микросоциума на него. Это отношение получило отражение в феномене самостигматизации.

Самостигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной несостоятельности [9; 10]. Медико-социальный анализ проблемы стигматизации психиатрических больных предполагает специальное исследование феномена самостигматизации – и как рефлексии социального статуса, и как саморефлексии клинического статуса, зафиксированного в показателях качества жизни [11].

Изучение явления самостигматизации больных шизофренией является важной задачей современной психиатрии, поскольку оно оказывает влияние на многие аспекты качества психосоциальной помощи таким пациентам. Самостигматизация оказалась тесно связанной с такими аспектами личности, как внутренняя картина болезни, психологические защиты, используемые больными, а также со стратегиями преодолевающего поведения. Все эти проявления накладывают отпечаток на формирование комплаенса. По данным Н. Б. Лутовой [12], при шизофрении комплаентность в среднем достигает лишь 50–60%. У больных шизофренией в течение года после первой госпитализации 40% рецидивов является результатом частичного комплаенса, а при полном отказе от лекарств рецидивы отмечаются у 70% больных. Установлено, что в 2/3 случаев регоспитализация является следствием нарушения режима медикаментозной терапии. К предикторам низкой комплаентности относятся клинические, социальные и психологические

факторы, среди которых важную роль играют выраженность психопатологической симптоматики, наличие когнитивного дефицита и самостигматизации у больного шизофренией.

Таким образом, актуальным представляется изучение клинико-социальных критериев медико-социальной помощи больным шизофренией и их взаимовлияния для разработки saniрующих психосоциальных мероприятий, направленных на повышение качества этой помощи.

Целью исследования стало исследование феномена самостигматизации больных параноидной шизофренией и факторов, способствующих его возникновению, а также его влияния на их социальное функционирование.

Материалы и методы. Нами обследовано 50 мужчин, больных параноидной шизофренией, находящихся на лечении в Киевской городской клинической психоневрологической больнице №1. Ведущим методом исследования был клинико-психопатологический метод, который применялся для определения клинических проявлений психических расстройств с использованием диагностических критериев МКБ-10 для верификации диагноза. У всех пациентов была диагностирована параноидная шизофрения (F20). Исследование проводилось в виде структурированного интервью с помощью разработанной карты исследования пациента и опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б.) Для определения структуры психических расстройств применялся опросник PANSS. Для изучения явлений самостигматизации использовался опросник, разработанный сотрудниками отдела организации психиатрической помощи НЦПЗ РАМН (И. И. Михайлова, С. Н. Ениколопов, В. С. Ястребов). Изучение факторов комплаентности больных шизофренией проводила с помощью шкалы оценки медикаментозного комплаенса в психиатрии, разработанной в НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Использование этой шкалы позволяет выйти за пределы самоотчета больного и сделать оценку комплаенса системной, опираясь на все основные группы факторов, влияющих на соблюдение режима лекарственной терапии: факторы, связанные с отношением к медикации, с пациентом, лечащим врачом и близким окружением [12].

Вся полученная информация заносилась в созданную для исследования компьютерную базу данных в Excel 2003. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью компьютерной программы Microsoft Excel 2003 та SPSS 10.05 for Windows XP.

Результаты исследования. Обследуемую группу составили пациенты с параноидной шизофренией. Среди них – все мужчины в возрасте от 25 до 61 года. Средний возраст пациентов составил $39,1 \pm 1,3$ лет. Подавляющее большинство составили пациенты трудоспособного возраста, количество пациентов старше 50 лет составило 14%. Среди обследованных только у одного пациента продолжительность заболевания составила до 3-х лет, от 5 до 10 лет – у 18 (36%), от 10 до 15 лет – у 7 (14%), свыше 15 лет – у 24 пациентов (48%). Длительность

наблюдения в ПНД свыше 5 лет отмечалась у 94%. У большинства пациентов (64%) частота стационаризований за последние 5 лет составляла 3÷5 и более раз. Из всех обследованных только половина 50% постоянно получала поддерживающую терапию, 42% – принимали эпизодически, а 8% пациентов отказывались принимать.

При анализе социально – демографических показателей выявилось, что большинство пациентов имели среднее (30%) и среднее специальное (50%) образование. 42 (84%) из них находились на инвалидности, остальные либо не имели места работы либо выполняли низкоквалифицированные работы.

Свое материальное положение оценили как бедственное – с трудом «сводят концы с концами» 48% пациентов, столько же (48%) расценили его как удовлетворительное и только 4% как хорошее. Среди обследованных пациентов не было ни одного, не имеющего жилой площади, 32% – не имеют отдельной комнаты в квартире, 60% – имеют комнату в отдельной квартире, и 8% – живут в отдельной квартире. Среди всех обследованных только 18% состояли в браке, 66% были холосты, 16% разведены.

Отношение больных шизофренией к материальному положению, жилищным условиям и другим социальным факторам отражено в табл. 1.

Интересными были оценки больными шизофренией своей физической и интеллектуальной активности, а также счастья. По возможностям физической активности больные распределились таким образом: «может с трудом выполнять только простейшие виды домашнего труда» – 5 (10,0%) чел., «выполняет элементарную домашнюю работу, однако, более сложные виды деятельности затруднены, может их выполнять только «через силу», снижена продуктивность» – 20 (40,0%) чел., «работает без принуждения, но снижена продуктивность» 24 (48,0%) чел., «работоспособность восстановлена полностью» – 1 (2,0%) чел.

Однако удовлетворенными своей физической активностью оказались: 31 (62,0%) чел., неудовлетворенными в той или иной мере – 19 (38,0%) чел. В отношении интеллектуальной деятельности возможности распределились следующим образом: «ограничена возможность элементарных действий: смотреть ТВ, читать «легкую» литературу» – 5 (10,0%) чел., «сохранена возможность элементарных действий, однако, выполняет их с трудом,

«через силу», снижена продуктивность» – 21 (42,0%) чел., «способность к интеллектуальной деятельности восстановлена, однако снижена ее продуктивность, отсутствует возможность к творчеству» – 23 (46,0%) чел., «восстановлена полностью» – 1 (2,0%) чел. Удовлетворенность своими интеллектуальными возможностями больные выразили таким образом: «удовлетворен в той или иной мере» – 39 (78,0%), «не удовлетворен в той или иной мере» – 11 (22,0%).

Ощущение благополучия и счастья, оценивалось больными следующим образом: 1 (2%) чел. – абсолютно несчастлив, 10 (20%) чел. считают, что в основном жизнь неблагоприятна, 25 (50%) чел. отметили, что в основном жизнь благополучна, и 14 (28%) чел. были полностью счастливы.

Обработка результатов, полученных по шкале самостигматизации, производилась методом кластерного анализа. Данные анализа позволили выделить 3 группы утверждений, которые соответствовали 3 вариантам самостигматизации. Нами отмечены социоцентрированный, нозоцентрированный и амбивалентный (или конформный) варианты самостигматизации. Различия в этих вариантах были связаны с тем, на кого пациент возлагал ответственность за изменение его состояния. Так, при социоцентрированной форме пациент полагает, что другие люди, общество не дают возможности пациенту реализоваться, чувствовать себя таким как все, видят его «измененность», т. е. ответственность за его проблемы перекладывается на других. При нозоцентрированной форме проблемой для реализации пациента является болезнь, она виновна в изменении его статуса. При конформном варианте самостигматизации пациент имеет двойственную позицию: иногда он отмежевывается от группы психически больных, а иногда в ситуациях возможной выгоды причисляет себя к этой группе. Больные распределились по вариантам следующим образом: социоцентрированный вариант выявлен у 14 (28,0%), нозоцентрированный – у 23 (46,0%) и конформный – у 13 (26,0%) пациентов.

Рассматривая удовлетворенность больными положением в семье оказалось, что достоверно больше ($p < 0,05$) таковым удовлетворены пациенты с нозоцентрированным и конформным вариантами, причем наиболее полно пациенты с последним вариантом самостигматизации. Удовлетворенность взаимоотношениями

Таблица 1

Удовлетворенность больных шизофренией социальными факторами

Социальные факторы	Степень удовлетворенности			
	Не удовлетворен	Скорее не удовлетворен	Скорее удовлетворен	Удовлетворен полностью
Материальное положение	34 %	24%	30%	12%
Качество питания	4%	4%	50%	42%
Обеспеченность одеждой	12%	6%	46%	36%
Семейное положение	28%	8%	40%	24%

с родственниками (конфликтные, напряженные, нейтральные, неустойчивые, хорошие) – оказалась самой высокой, достоверной большей ($p < 0,05$) в группе с конформным вариантом. При оценке удовлетворенности жизнью «в целом» оказалось, что 30,4% пациентов с нозоцентрированным вариантом не удовлетворены, а наиболее достоверно высокий показатель удовлетворенности отмечается снова в группе с конформным вариантом самостигматизации.

Ощущение благополучия и счастья распределились в группах следующим образом: в группе с социоцентрированным вариантом 50% больных отметили, что в основном жизнь благополучна, и 35,7% – полностью счастливы; среди больных с нозоцентрированным вариантом – наблюдалась та же тенденция (52,2% и 26,1%), а в группе с конформным вариантом 30,8% пациентов сочли, что в основном жизнь неблагополучна, несмотря на удовлетворенность отдельными ее аспектами и жизнью в целом.

Таким образом, проведенное исследование позволило выделить три варианта самостигматизации больных шизофренией. Изучены социально-психологические характеристики удовлетворенности пациентов различными сторонами их жизни. Отмечено взаимовлияние этих факторов. Проведение дальнейшего исследования по изучению других факторов, влияющих на формирование вариантов самостигматизации, позволит выявить точки приложения для оказания адресной психосоциальной помощи больным шизофренией.

Литература

1. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2004. – 492с.

2. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография. – Донецк, 2009. – 584 с.
3. Пішель В. Я., Дзеружинська Н. О., Полив'яна М. Ю., Гузенко К. В. Індикатори якості медико-соціальної допомоги пацієнтам з першим психотичним епізодом. – Інформаційна карта галузевих нововведень в системі охорони здоров'я Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. – 2009. – 4 с.
4. Oliver J., Huxley P., Bridges K. & Mohamad H. Quality of life and mental health services. London: Routledge. – 1996.
5. Красик Е. Д., Логвинович Г. В. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты). – Томск: Томский университет, 1983. – 136 с.
6. Путятин Г. Г. Диагностические критерии и клиническая характеристика синдрома госпитализма у больных шизофренией // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – №3 (20). – С. 16-21.
7. Абрамов В. А., Путятин Г. Г. Особенности социальной поддержки больных шизофренией на различных стадиях формирования госпитализма // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – №1 (21). – С. 73-78.
8. Давыдов К. В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальные характеристики и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара). – Автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 2005. – 24 с.
9. Anthony W. A., Rogers E. S., Cohen M. et al. Relationships psychiatric symptomatology, work skills and future vocational performance. Psychiatric Services. 1995. № 46. P.353-357.
10. Link B. G., Phelan J. C. Теория «ярлыков» применительно к психическим расстройствам: последствия прикрепления «ярлыка». В кн. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях. 2001. С 427-437.
11. Тараканова Е. А. Стигматизация и самостигматизация в динамике качества жизни больных шизофренией. – Автореф. дисс... докт. мед. наук. – Волгоград, 2011. – 48 с.
12. Лутова Н. Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика / Н. Б. Лутова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2012. — № 3. — С. 59—65.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ САМОСТИГМАТИЗАЦІЇ

Н. О. Дзеружинська, В. О. Ломтева

У статті розглядаються деякі питання психосоціальної допомоги хворим на шизофренію. Розглядається такий критерій її якості, як самостигматизація.

Ключові слова: шизофренія, психосоціальна допомога, критерії якості допомоги, самостигматизація

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH DIFFERENT VARIANTS OF SELF-STIGMA

N. A. DZERUZHINSKAYA, V. A. LOMTEVA

In the article some issues of psychosocial treatment of schizophrenic patients are examined. Criterion of its quality as such as self-stigma is considered.

Keywords: schizophrenia, psychosocial treatment, criteria of treatment's quality, self-stigma

Е. Ю. Жабенко

ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ «ЕВРОПЕЙСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БРЕМЕНИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, Киев

Ключевые слова: Европейская психиатрическая ассоциация, конференция, наркология, молодые психиатры

С 6 по 9 апреля 2013 года в городе Ницца, Франция проходил 21-й Европейский Конгресс по Психиатрии (21th European Congress of Psychiatry), организованный Европейской Психиатрической Ассоциацией (European Psychiatric Association, EPA) (Wasserman D., 2013).

ЕПА была организована в 1983 г. в Страсбурге, Франция. Членами ЕПА являются психиатры из 75-ти стран мира, а также ведущие специалисты из 33-х европейских психиатрических ассоциаций. В 2013 г. ЕПА отпраздновала свое тридцатилетие.

с родственниками (конфликтные, напряженные, нейтральные, неустойчивые, хорошие) – оказалась самой высокой, достоверной большей ($p < 0,05$) в группе с конформным вариантом. При оценке удовлетворенности жизнью «в целом» оказалось, что 30,4% пациентов с нозоцентрированным вариантом не удовлетворены, а наиболее достоверно высокий показатель удовлетворенности отмечается снова в группе с конформным вариантом самостигматизации.

Ощущение благополучия и счастья распределились в группах следующим образом: в группе с социоцентрированным вариантом 50% больных отметили, что в основном жизнь благополучна, и 35,7% – полностью счастливы; среди больных с нозоцентрированным вариантом – наблюдалась та же тенденция (52,2% и 26,1%), а в группе с конформным вариантом 30,8% пациентов сочли, что в основном жизнь неблагополучна, несмотря на удовлетворенность отдельными ее аспектами и жизнью в целом.

Таким образом, проведенное исследование позволило выделить три варианта самостигматизации больных шизофренией. Изучены социально-психологические характеристики удовлетворенности пациентов различными сторонами их жизни. Отмечено взаимовлияние этих факторов. Проведение дальнейшего исследования по изучению других факторов, влияющих на формирование вариантов самостигматизации, позволит выявить точки приложения для оказания адресной психосоциальной помощи больным шизофренией.

Литература

1. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2004. – 492с.

2. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография. – Донецк, 2009. – 584 с.
3. Пішель В. Я., Дзеружинська Н. О., Полив'яна М. Ю., Гузенко К. В. Індикатори якості медико-соціальної допомоги пацієнтам з першим психотичним епізодом. – Інформаційна карта галузевих нововведень в системі охорони здоров'я Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. – 2009. – 4 с.
4. Oliver J., Huxley P., Bridges K. & Mohamad H. Quality of life and mental health services. London: Routledge. – 1996.
5. Красик Е. Д., Логвинович Г. В. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты). – Томск: Томский университет, 1983. – 136 с.
6. Путятин Г. Г. Диагностические критерии и клиническая характеристика синдрома госпитализма у больных шизофренией // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – №3 (20). – С. 16-21.
7. Абрамов В. А., Путятин Г. Г. Особенности социальной поддержки больных шизофренией на различных стадиях формирования госпитализма // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – №1 (21). – С. 73-78.
8. Давыдов К. В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальные характеристики и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара). – Автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 2005. – 24 с.
9. Anthony W. A., Rogers E. S., Cohen M. et al. Relationships psychiatric symptomatology, work skills and future vocational performance. Psychiatric Services. 1995. № 46. P.353-357.
10. Link B. G., Phelan J. C. Теория «ярлыков» применительно к психическим расстройствам: последствия прикрепления «ярлыка». В кн. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях. 2001. С 427-437.
11. Тараканова Е. А. Стигматизация и самостигматизация в динамике качества жизни больных шизофренией. – Автореф. дисс... докт. мед. наук. – Волгоград, 2011. – 48 с.
12. Лутова Н. Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика / Н. Б. Лутова // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 59–65.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ САМОСТИГМАТИЗАЦІЇ

Н. О. Дзеружинська, В. О. Ломтєва

У статті розглядаються деякі питання психосоціальної допомоги хворим на шизофренію. Розглядається такий критерій її якості, як самостигматизація.

Ключові слова: шизофренія, психосоціальна допомога, критерії якості допомоги, самостигматизація

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH DIFFERENT VARIANTS OF SELF-STIGMA

N. A. DZERUZHINSKAYA, V. A. LOMTEVA

In the article some issues of psychosocial treatment of schizophrenic patients are examined. Criterion of its quality as such as self-stigma is considered.

Keywords: schizophrenia, psychosocial treatment, criteria of treatment's quality, self-stigma

Е. Ю. Жабенко

ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ «ЕВРОПЕЙСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БРЕМЕНИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, Киев

Ключевые слова: Европейская психиатрическая ассоциация, конференция, наркология, молодые психиатры

С 6 по 9 апреля 2013 года в городе Ницца, Франция проходил 21-й Европейский Конгресс по Психиатрии (21th European Congress of Psychiatry), организованный Европейской Психиатрической Ассоциацией (European Psychiatric Association, EPA) (Wasserman D., 2013).

ЕПА была организована в 1983 г. в Страсбурге, Франция. Членами ЕПА являются психиатры из 75-ти стран мира, а также ведущие специалисты из 33-х европейских психиатрических ассоциаций. В 2013 г. ЕПА отпраздновала свое тридцатилетие.

Благодаря стипендии WPA-Servier EEE Academy (World Psychiatric Association – Servier Eastern Europe Educational Academy, Всемирная Ассоциация Психиатров совместно с фармакологической компанией Сервье создали образовательную Академию Восточной Европы) в Конгрессе смогли принять участие 12 молодых психиатров из ряда стран Восточной Европы (Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Российская Федерация и Украина). В данном сообщении анализируются работы, посвященные вопросам наркологии и выработке лидерских качеств у молодых психиатров.

Основные положения дискуссии «Аддиктивное поведение и расстройства пищевого поведения»

Доклад «Изучение действия метилфенидата у лиц, совершивших криминальные действия и страдающих синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) с коморбидной амфетаминовой зависимостью» был представлен группой шведских психиатров (M. Konstenius и соавт., 2013) В данном исследовании приняли участие 54 мужчины (средний возраст – 42 года), состояния которых одновременно отвечало критериям DSM-IV для амфетаминовой зависимости и синдрома дефицита внимания и гиперактивности. В течение 24-недельного рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования пациенты получали метилфенидат или плацебо. Лечение было начато за 14 дней до освобождения из мест заключения, а затем продолжилось в амбулаторных условиях дважды в неделю. Лица, получающие метилфенидат, значительно реже, чем группа сравнения, принимали различные наркотические средства (по результатам анализа мочи) в целом (95% CI -0,31 -0,05, $p=0,034$), и амфетаминовые препараты в частности (95% CI -0,36 -0,07, $p=0,019$). У них также отмечались лучшие показатели приверженности терапии (95% CI 15,64 78,58, $p=0,001$). Кроме того, лица, получающие активный препарат на протяжении всего срока наблюдения, продемонстрировали большее снижение баллов по субъективной Шкале внимания и гиперактивности (95% CI -3,37 -21,09, $p=0,008$).

Доклад «Связь гена PDYN RS2281285 с предрасположенностью к развитию алкогольной зависимости у мужчин» был представлен группой исследователей из разных стран мира (Karvayak V. M. и соавт., 2013). Целью данного исследования явилось изучение риска развития алкогольной зависимости у мужчин и женщин, которые имеют ген PDYN rs2281285. Хотя было выяснено, что наличие этого гена связано с предрасположенностью к алкоголизму у мужчин, но не у женщин, нужны дальнейшие исследования для того, чтобы понять механизмы этого явления.

Доклад «Существует ли доказательная связь между стрессом и наркоманией?» был доложен исследователем из Великобритании (Christoforou R. R. и соавт., 2013). Двадцать два человека, имеющие зависимость от стимуляторов и 21 человек здоровых добровольцев, сопоставленных по возрасту и полу, были обследованы с помощью клинических шкал (настроение, импульсивность и компульсивность), им также были измерены

уровни кортизола в слюне и крови, а также проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Лица, зависимые от стимуляторов показали более высокие уровни кортизола в слюне и крови, которые сочетались с различными изменениями в объеме серого вещества лобно-лимбических структур. Уровень кортизола в плазме позитивно коррелировал с длительностью употребления кокаина. Взаимосвязи с уровнем настроения, импульсивностью и компульсивным поведением к наркотическим средствам найдено не было.

Доклад коллеги Arit J. M. и соавторов из Великобритании «Перед лицом страха и гнева: нарушение распознавания выражения лица у пациентов, страдающих кокаиновой зависимостью» был посвящен пациентам с кокаиновой зависимостью и связанной с ней эмоциональной дисфункцией и социальным подавлением. Хроническое употребление кокаина влияет на нейронные связи, которые регулируют эмоции. В результате проведенного исследования выявлено, что лица с кокаиновой зависимостью в сравнении с контрольной группой (здоровые добровольцы) имели трудности классификации ингибирующих эмоций страха и гнева. Тогда, как классификация эмоций счастья, удивления, грусти и отвращения не имела отличий в обеих группах.

Группа канадских психиатров (Downar J. и соавт.) представили доклад «Эффективность транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) дорсомедиальной префронтальной коры при резистентной к лечению нервной анорексии и нервной булимии». Принцип действия ТМС заключается в неинвазивном стимулировании коры головного мозга посредством коротких магнитных стимулов. В отличие от транскраниальной электрической стимуляции (ТЭС), ТМС не сопряжена с болевыми ощущениями. В предыдущих работах была показана эффективность влияния ТМС на дорсомедиальную префронтальную кору (Dorsolateral prefrontal cortex, DLPFC). В данном исследовании ТМС области DLPFC проводилась под контролем МРТ (стимуляция в 10 Гц, 120% порог отдыхающего двигателя, 3000 импульсов в каждое полушарие). У большинства лиц с расстройствами пищевого поведения была достигнута ремиссия. Также отмечалось улучшение настроения и уменьшение симптомов тревоги. Лучшие результаты отмечались у лиц с нормальным индексом массы тела. Кроме того, отмечались смягчение коморбидной симптоматики (клептомания, обсессивно-компульсивное расстройство). Хуже всего на ТМС реагировали лица с наименьшим индексом массы тела.

Основные положения симпозиума для молодых психиатров «Кто должен лечить пациентов с алкогольной зависимостью?»

Профессор P. Gorwood (Франция) высказал точку зрения, что заниматься лечением лиц с алкогольной зависимостью должны преимущественно психологи, использующие в своей работе принципы когнитивно-поведенческой терапии, так как данный контингент больных характеризуется высоким уровнем психологических проблем. Схема лечения ему видится следующим

образом: семейный доктор – друг – группа самопомощи – клиника. В команде работают: психолог, консультант, социальный работник, медицинская сестра, менеджер.

Противоположной точки зрения придерживался профессор К. Mann (Германия), по мнению которого основную роль в лечебном процессе должен брать на себя врач-психиатр. Он, в частности, приводил следующие аргументы: в формировании алкогольной зависимости задействованы когнитивные процессы; этим больным на начальных этапах нужно проводить дезинтоксикацию; для выработки плана лечения нужно тщательно изучать историю болезни и коморбидные состояния. По его мнению, необходимы комплексные вмешательства, а в лечебный процесс необходимо вовлечение других лиц (партнера, семьи, сверстников, коллег). Однако для успешного ведения больных алкоголизмом врачу-психиатру необходимо пройти дополнительное обучение и активно сотрудничать в своей работе с другими специалистами (психолог, социальный работник, медицинские сестры, врачи смежных специальностей).

В заключении профессор Mann привел таблицу, отражающую произошедшие за последние 20 лет изменения влияния различных факторов риска на сферу здоровья в целом (цит. по Lim S. и соавт., 2010) (табл. 1).

Основные положения симпозиума для молодых психиатров «Дискуссия с профессором Норманом Сарториусом – изменения в сфере психического здоровья и мои предсказания будущего».

В начале восьмидесятых годов прошлого века образ сферы психического здоровья в начале 21 века виделся достаточно привлекательным. В частности, тогда активно обсуждались такие вопросы, как поддержка пациентов общественными институтами, вовлечение в сферу охраны психического здоровья первичной медицинской сети (семейные врачи и терапевты), использование современных технологий в лечении, а также уменьшение влияния стигмы психических расстройств, новые модели реабилитации с привлечением новых методов лечения. Однако в настоящее время мы понимаем, что

многие из этих вопросов все еще не решены. Основную проблему медицины будущего профессор Сарториус видит в высоком уровне коморбидности психических и соматических (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания и др.) заболеваний.

Основные положения семинара «20 лет улучшения обучения по специальности психиатрия в Европе – Европейская федерация психиатров-стажеров интернов психиатров (ЕФРТ)».

В докладе К. Treichel (Германия) «Увлекательное путешествие от неформальных встреч до формирования негосударственной организации» были представлены основные этапы создания ЕФРТ (табл. 2):

В настоящее время членами ЕФРТ являются молодые врачи из 31 страны Европы, в то время как в 1993 г. в эту организацию входило лишь 9 стран, в 1999 г. – 17 и в 2006 г. – 21. Деятельность ЕФРТ включает следующие аспекты: ежегодные форумы и программы обмена; помощь в создании национальных ассоциаций, представление на конгрессах; написание статей; прямое обучение (исследования, лидерские курсы, язык); предоставление возможности обучения (программы обмена, летние школы). ЕФРТ сотрудничает с ЕПА, комитетом европейских молодых психиатров (Early Career Psychiatrists Committee, ECPC), секцией медицинских специалистов Европы (Section of European Union of Medical Specialists, UEMS), Европейским колледжем по нейропсихофармакологии (European College of Neuropsychopharmacology, ECNP), сетью молодых психиатров (Young psychiatrists network), Всемирной Психиатрической Ассоциацией (World Psychiatric Association, WPA), Европейским Обществом Детской и Подростковой Психиатрии (European Society for Child and Adolescent Psychiatry, ESCAP) и Международной Ассоциацией Детской и Подростковой Психиатрии (International Association for Child and Adolescent Psychiatry, IACAP).

Литература

1. Arit J. M., Hagan C. C., Jones P. S., Calder A. J., Williams G. B., Ersche K. D. Facing fear and anger: impaired facial expression recognition

Таблица 1

Глобальные факторы риска для всех возрастов и обоих полов в 1990 и 2010 г.

1990	2010
Фактор риска	
Сниженная масса тела у детей	Высокое артериальное давление
Бытовое загрязнение воздуха	Курение (исключение пассивного курения)
Курение (исключение пассивного курения)	Употребление алкоголя
Повышение артериального давления	Бытовое загрязнение воздуха
Субоптимальное кормление грудью	Небольшое количество употребления фруктов
Употребление алкоголя	Высокий индекс массы тела
Загрязнение воздуха окружающей среды	Высокий уровень глюкозы крови натощак
Небольшое количество употребления фруктов	Сниженная масса тела у детей
Высокий уровень глюкозы крови натощак	Загрязнение воздуха окружающей среды
Высокий индекс массы тела	Физическая инактивность

Lim et al.; Lancet 2012; 380: 2224-2260

Основные этапы создания ЕФРТ

1992	Лондон	Неформальная встреча 16-ти психиатров из 9 стран
1993	Утрехт	Официальное создание Европейского форума психиатров-стажеров
1994	Корк	Создание конституции
1995	Копенгаген	12 стран-участниц, приглашение к статусу «наблюдателя». Представители Форума участвовали в создании новой программы по интернатуре в Румынии
1996	Лиссабон	Впервые Форум состоялся на юге Европы
1997	Афины	Начало сотрудничества через e-mails
1998	Гент, Бельгия	Изменение статуса Форума на Федерацию (ЕФРТ). Участие 44-х делегатов из 22 стран
1999	Тампере, Финляндия	Вовлечение в сотрудничество Европейского совета по психиатрии
2000	Берлин	Участие 17 стран
2001	Неаполь, Италия	Создание web-site (http://www.efpt.eu/staticpages/index.php?page=20080717003224513)
2002	Синая, Румыния	Организация постер-сессий
2003	Париж	Тема постер-сессии «Европейская программа обмена»
2004	Кембридж	ЕФРТ получила возможность голосования
2005	Стамбул	21 страна-участница
2006	Рига	ЕФРТ решает зарегистрироваться официально
2007	Афины	23 страны-участницы
2008	Гетеборг, Швеция	Изменение структуры форума ЕФРТ
2009	Кембридж	28 стран-участниц
2010	Дубровник	В марте 2010 г. конституция ЕФРТ была подписана в Брюсселе (Бельгия) и ЕФРТ официально стала негосударственной организацией.

and neural abnormalities in cocaine-dependent individuals. Презентация 21-й Европейский Конгресс по Психиатрии, Ницца, Франция, 7 апреля 2013г.

- Downar J., Bakker N., Geraci J., Dunlop K., Salomons T., Giacobbe P., Olmsted M., Colton P., Woodside B. Efficacy of RTMS of the dorsomedial prefrontal cortex on binge-purge behaviors in refractory anorexia and bulimia nervosa: a case series. Презентация 21-й Европейский Конгресс по Психиатрии, Ницца, Франция, 8 апреля 2013г.
- Christoforou R., Hagan C. C., Jones P. S., Williams G. B., Ersche K. D. Is there evidence for a link between stress and addiction? Презентация 21-й Европейский Конгресс по Психиатрии, Ницца, Франция, 7 апреля 2013г.
- Gorwood P. Court debate – psychiatrists should not treat patients with alcohol-related problems, «PRO». Презентация 21-й Европейский Конгресс по Психиатрии, Ницца, Франция, 9 апреля 2013г.
- Konstenius M., Jayaram-Lindstrom N., Guterstam J., Philips B., Beck O., Franck. Methylphenidate for ADHD in adults with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. Презентация 21-й Европейский Конгресс по Психиатрии, Ницца, Франция, 7 апреля 2013г.
- Kapryak V. M., Winham S. J., Preuss U. W. Zill P., Cunningham J. M., Walker D. L., Geske J. R., Colby C. L., Abulseoud O. A., Hall Flavin D. K., Loukianova L. L., Schneekloth T. D., Frye M. A., Bazov I., Heit J. A., Bakalkin G., Mrazek D. A., Biernacka J. M. PDYN RS2281285 variant is associated with alcohol dependence in male but not female subjects. Презентация 21-й Европейский Конгресс по Психиатрии, Ницца, Франция, 7 апреля 2013г.
- Lim S. S., Vos T., Flaxman A. D. et al. 2012. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Volume 380, Issue 9859, pp. 2224–2260.
- Mann K. Court debate – psychiatrists should not treat patients with alcohol-related problems, «CON». Презентация 21-й Европейский Конгресс по Психиатрии, Ницца, Франция, 9 апреля 2013г.
- Sartorius N. Future directions for European psychiatry – a 30 year prospective. Презентация 21-й Европейский Конгресс по Психиатрии, Ницца, Франция, 7 апреля 2013г.
- Treichel K. The exciting journey from an informal meeting to a NGO. Презентация 21-й Европейский Конгресс по Психиатрии, Ницца, Франция, 8 апреля 2013г.
- Wasserman D. 2013. Invitation from Professor Danuta Wasserman [Online]. Available: <http://www2.kenes.com/epa2013/Pages/Home.aspx>.

ДВАДЦАТЬ ПЕРШИЙ ЄВРОПЕЙСЬКИЙ КОНГРЕС ІЗ ПСИХІАТРІЇ «ЄВРОПЕЙСЬКІ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ»

О. Ю. ЖАБЕНКО

Європейська психіатрична асоціація (ЄПА) була заснована в 1983 р. в Страсбурзі, Франція. Членами ЄПА є психіатри з 75-ти країн світу, а також провідні фахівці з 33-х європейських психіатричних асоціацій. ЄПА – це найбільша асоціація психіатрів, представлена в Європі.

Ключові слова: Європейська психіатрична асоціація, конференція, наркологія, молоді психіатри

21ST EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY «EUROPE CHALLENGES THE BURDEN OF MENTAL DISORDERS»

О. ЖАБЕНКО

The European Psychiatric Association (EPA) was founded in 1983. With active members in as many as 75 countries and 33 National Psychiatric Associations who joined as members in 2012, EPA is the main association representing psychiatry in Europe.

Key words: European Psychiatric Association, conference, addiction psychiatry, young psychiatrists

УДК 616.123-007.64-089+616.89-008-07

**О. М. Дзюба, О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, В. П. Кардашов,
К. І. Тарновецька, О. В. Прохорова****ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ В КУРАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ
ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

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

Ключові слова: соматичні захворювання, депресія, тривожні розлади, спеціалізована медична допомога

Нагальність та важливість надання психіатричної допомоги на етапі первинної медичної ланки пацієнтам із хронічними неінфекційними захворюваннями обумовлена невпинним зростанням частоти психічної патології в останні роки. Причому це відбувається не за рахунок почастішання важких, гострих, інкурабельних психозів, а навпаки, прояви психічних порушень стали м'якшими, «непомітнішими» для оточуючих. При цьому більша частина хворих, у яких виявляють різні прояви психічної патології, «перемістилася» з суто спеціалізованої сфери психіатрії в область дії інших медичних спеціальностей: неврології, терапії, кардіології, ендокринології, ставши пацієнтами загальносоматичних установ.

Кількість хворих із психічними розладами в загальносоматичній мережі коливається в широких рамках – 30÷50% усіх, хто звертався за медичною допомогою з будь-якою фізичною хворобою. Висока поширеність психічної патології відзначена як серед контингенту поліклінічних закладів, так і багатопрофільних лікарень [1–4; 13–16; 20–22]. Внаслідок значного зростання числа психічних хворих у загальносоматичних закладах у багатьох країнах у клінічних настановах йдеться про створення системи спеціалізованої допомоги цьому контингенту. Разом із тим, в Україні відсутня адекватна нормативна база надання такої форми медичної допомоги, не розроблені відповідні клінічні настанови та уніфіковані стандарти (клінічні протоколи) щодо поєднаних хворобливих станів. Така ситуація несе в собі загрозу несвоєчасного виявлення цих багаточисельних розладів, що відображається на збільшенні числа «занедбаних» по відношенню до діагностики та лікування випадків, зниження працездатності, погіршення якості життя, несправжених економічних витрат служби охорони здоров'я. Отже, на основі аналізу проблеми курації поєднаних хворобливих станів в Україні необхідно розробити відповідні рекомендації з діагностики і лікування насамперед для первинної ланки медичної допомоги.

Існують два види патогенного впливу соматичної хвороби на психіку людини: соматогенний (внаслідок інтоксикації, гіпоксії та інших впливів на центральну нервову систему) і психогенний (пов'язаний із психологічною реакцією особистості на захворювання і його можливі наслідки). Соматогенний і психогенний компоненти представлені у впливі на психічну сферу в різних співвідношеннях залежно від нозологічної приналежності хвороби. Більш того, вимушена відмова пацієнта від звичної професійної діяльності, необхідність у зміні професії через захворювання або перехід

на інвалідність; перетворення його на об'єкт сімейної опіки, ізоляції від звичного соціального оточення (внаслідок тривалого стаціонарного лікування) – все це в значній мірі впливає на особистість хворого, у якого з'являються риси егоцентризму, підвищеної вимогливості, образливості. Серед психопатологічних синдромів у загальносоматичній мережі найбільш детально описані високочастотні (до 20-30% від загального числа) розлади (депресивні, тривожні, соматоформні); прогнозується їх велике зростання за даними ВООЗ до 2020 року, але є багато розходжень в інформації про їх поширеність при різних видах соматичної патології та різних ЛПЗ. Так, у хворих із соматичними захворюваннями депресії реєструються в популяції в 4,8÷7,4%, у загальній поліклінічній мережі – у 10%, а серед хворих із верифікованими соматичними захворюваннями цей показник зростає до 22÷33%. Дослідники з багатьох країн наголошують, що важке хронічне соматичне захворювання змінює можливості пацієнта в здійсненні різних видів діяльності, веде до обмеження контактів з оточуючими людьми, призводить до зміни його місця у соціальному середовищі. Це, в свою чергу, призводить до зниження вольової активності пацієнта з поєднаними хворобливими станами, обмеження його кола інтересів, млявості, апатичності, порушення цілеспрямованої діяльності і, як наслідок, зниження працездатності.

Клінічно окреслена депресія у соматичних хворих [17] достовірно частіше призводить до інвалідизації, ніж окремо взяте соматичне захворювання. У свою чергу соматичне захворювання може ускладнювати діагностику депресії, посилювати її тяжкість, сприяти хроніфікації, видозмінювати відповідь організму на проведену терапію. Депресія може провокувати соматичне захворювання (наприклад, ішемічну хворобу серця, артеріальну гіпертензію), бути чинником, що погіршує прогноз таких хвороб, як паркінсонізм, діабет, злоякісне новоутворення та інше. Разом із тим, 43% хворих депресіями лікуються у лікарів загальної практики, 46% – амбулаторно у психіатрів і тільки 11% у психіатричних клініках, що свідчить про значущість проблеми надання медичної допомоги цьому контингенту в закладах загального типу.

Взагалі, актуальність проблеми депресії визначається зростаючою розповсюдженістю як в популяції, так і серед пацієнтів із соматичною патологією. В останніх розповсюдженість розладів депресивного спектра сягає 45,9% та клінічно вираженої депресії – 23,8%, серед них у хворих із ішемічною хворобою серця – відповідно 56% та 30,9% пацієнтів; при артеріальній гіпертензії відповідно 52% і 27,6% [13]. У хворих із хронічними

захворюваннями (цукровий діабет, інфаркт міокарда, інсульт, онкологічні захворювання) у 20÷25% розвивається великий депресивний розлад; за даними європейського дослідження DEPRES, частота депресій становить 6,9%; за даними Американського національного дослідження коморбідності, депресія є найбільш поширеним психічним розладом протягом життя: для чоловіків цей показник становить 13%, для жінок 22% [17].

Депресія є незалежним фактором розвитку ІХС. У пацієнтів із депресією ССЗ розвиваються в 2÷4 рази частіше, а летальність після перенесених коронарних подій у 2÷4 рази вище. У свою чергу, у хворих на ІХС депресивні розлади складають 18÷65%. Депресія і коморбідна ІХС підвищують ризик смерті, незалежно від того, яке захворювання розвинулося першим [11; 12; 19]. Можна виділити загальні особливості депресивних станів у хворих серцево-судинними захворюваннями: амбулаторний рівень розладів, поліморфізм проявів, анозогнозія свого стану. Навіть перебуваючи в стані вираженої депресії, відзначаючи пригнічений настрій, хворі не розцінюють це як психічний розлад, а пов'язують свій стан із фізичними факторами, загостренням соматичного захворювання, загальною соціальною ситуацією (превалюють соматизовані компоненти депресії). Клінічні прояви депресивних розладів у кардіохірургічних хворих досить своєрідні й атипові. Депресивний фон настрою, який вони описують, як «поганий настрій», не має виражених добових коливань, але тісно пов'язаний із додатковими психотравмуючими обставинами (госпіталізація, відсутність бажаного результату від проведеної терапії, проблеми, що виникають при отриманні групи інвалідності) [7; 10; 12].

Депресивні порушення у пацієнтів кардіологічної клініки нерідко супроводжуються вираженою астеною: низькою здатністю переносити навантаження; гіперестезією до звуків, світла; обмежувальною поведінкою. Моторна загальмованість у таких випадках виражена помірно, так само як і сповільненість асоціативних процесів. Характер і ступінь вираженості депресивних розладів тісно пов'язані з соматичною патологією, подальшим прогнозом для роботи і життя. Хворі, фіксовані на серцево-судинному захворюванні, відчувають постійну тривогу, страх за своє життя. На тлі депресивного стану у пацієнтів проявляються ознаки психічного аутизму у вигляді звуження кола спілкування. Однією зі значущих ознак постає гіпергнозія – висока суб'єктивна значимість переживань тілесного неблагополуччя [5; 8; 23]. Нерідко депресивні стани ускладнюються коморбідними з ними панічними атаками, які проявляються «нападами» страху, часом жаху навіть при незначних відчуттях дискомфорту в області серця, супроводжуються сильною пітливістю, задишкою, серцебиттям і, як наслідок, страхом смерті. Практично у всіх пацієнтів відзначені виражені порушення сну, які проявляються в неможливості заснути, раннім, стійким пробудженням, «тривожної, неспокійної ночі». У свою чергу, порушення сну посилюють як фізичний, так і психічний стан хворих [1; 9; 11].

На окрему увагу заслуговують соматогенні (органічні і симптоматичні) депресії, що значно ускладнюють важкі неврологічні і соматичні захворювання. Органічні депресії можуть бути проявами морфологічного ураження мозку або нейромедіаторного дефіциту. Найчастіше формуються в рамках наступних неврологічних захворювань: при органічних процесах із переважним ураженням екстрапірамідної системи; демієлінізуючих захворювань (розсіяний склероз); судинних захворювань головного мозку (атеросклероз судин головного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу, залишкові явища після гострого порушення мозкового кровообігу); черепно-мозкових травмах; пухлинах мозку (частіше скроневої або лобної часток). Однією з особливостей таких станів є підкорення психосоматичних співвідношень закономірностям динаміки реакцій екзогенного типу – відповідь на зовнішню шкідливість включає послідовну зміну етапів відповідно до тяжкості та характеру соматичного захворювання: астения, афективні розлади, порушення свідомості, деменція. Загальною характеристикою органічних і соматогенних депресій є також відповідність динаміки афективного розладу перебігу соматичного захворювання: при обтяженні стану у зв'язку із загостренням тілесної недуги депресія посилюється, при його послабленні – приймає субсиндромальну форму і редукується. При деяких органічних ураженнях ЦНС (паркінсонізм, розсіяний склероз, пухлини мозку) депресія на початкових етапах патологічного процесу може виступати в якості одного з ранніх симптомів, що «маскують» прояви основного захворювання. Афективні прояви у цих випадках відрізняються рудиментарністю, незавершеністю (смуток, плаксивість, періодично виникаюча тривожність, порушення сну [6; 9].

Значне зростання кількості психічно хворих у загальносоматичній мережі спонукає країни світу до створення програм спеціалізованої допомоги пацієнтам даного профілю. Вдалим прикладом такої роботи є розроблена і реалізована в Росії програма по виявленню та лікуванню депресій у первинній медичній мережі. Метою проекту було зниження ризику інвалідизації внаслідок депресивних розладів і зменшення тягаря, який несе суспільство, у зв'язку з високою поширеністю депресій серед населення. Серед завдань проекту були: виявлення депресій у пацієнтів первинної медичної мережі, їх діагностична оцінка відповідно до МКХ-10; розробка та апробація моделі взаємодії різних фахівців (дільничних терапевтів, інших інтерністів, психіатрів, клінічних психологів, медсестер) при наданні допомоги пацієнтам; формування методичних підходів до діагностики депресій та інших розладів афективного спектра у пацієнтів поліклінік, визначення показань, вибір безпечних способів лікування, прийнятних для використання у даній категорії хворих; здійснення освітніх програм, підготовка інформаційних матеріалів для лікарів, медичних сестер, пацієнтів, їх родичів. Проект був розрахований на п'ять етапів: скринінг розладів депресивного спектра серед пацієнтів територіальної поліклініки; клінічна діагностика депресивних розладів; відбір пацієнтів для терапії депресії;

фармакотерапія депресії; катамнестичне спостереження. Результати реалізації програми показали, що більш ніж у половини пацієнтів констатується наявність розладів у групі менше 55 років і в переважній більшості випадків у групі 56 років і старше. Депресії у чоловіків виявлялися не тільки рідше, але вони і менш доступні виявленню, ніж депресії у жінок: серед жінок – 34,7%, серед чоловіків – 12,7%. У 26,9% пацієнтів рівень депресії відповідав обраному для терапії і 22,9% проведений повний курс терапії принаймні протягом 4 тижнів. Високим виявився рівень позитивних результатів при терапії у цих умовах, тому що це були переважно первинні депресії, нативні по відношенню до психотропних засобів, до антидепресантів, із високою чутливістю до них (помірно виражені і відносно легкі депресії) і обстеження проводилися в рамках поліклініки – це нестигматизуючі умови, які не лякали пацієнта, що істотно важливо для організації допомоги таким хворим [8; 18; 20].

Встановлення партнерських відносин із пацієнтами було одним із завдань роботи в рамках програми, оскільки відсутність виконання рекомендацій (нон-комплаєнс) є суттєвою перешкодою для ефективного лікування в загальній терапії і в поліклінічній практиці особливо, тому що пацієнти, що звертаються в первинну медичну мережу, мають інші настанови та пріоритети, ніж у психіатричних установах. Вони, як правило, не дотримуються рекомендацій психіатрів. Але там, де вони дотримуються їх, результат настає скоріше [10; 13].

Отже, ускладнення в організації спеціалізованої допомоги хворим із психічними порушеннями в загальносоматичній мережі обумовлюється цілим рядом обставин. На тлі широкої розповсюдженості психічної патології серед пацієнтів первинної медичної мережі (депресивні та тривожні розлади, стресові реакції та розлади адаптації, соматоформні розлади) – як гіподіагностика соматичної патології психіатром, так й ігнорування психічних розладів лікарями загальносоматичної мережі призводить до неадекватного лікування, хронізації а/або обтяження психічної патології, нераціональної витрати фінансів як самим пацієнтом, так і медичною установою [5; 10; 22; 23].

Найбільш поширені, «класичні» моделі психіатричних установ – психіатрична лікарня і психоневрологічний диспансер – не створюють сприятливих умов для вирішення діагностичних і лікувальних завдань щодо хворих зі стертими, маскованими психічними розладами. Разом із тим, моделі інтеграції психіатричної служби з різними галузями медицини та охорони здоров'я не розроблені. Наслідком цього є обмеженість інформаційних і професійних контактів між лікарями загальносоматичних установ та фахівцями психіатричних клінік, диспансерів та лікарень. Відсутність інтеграції психіатричної і загальномедичної служб проявляється і все більшою незатребуваністю психіатричної допомоги в її офіційних, нормативних формах. Отже, розробка клінічних настанов, уніфікованих протоколів, відповідних методичних рекомендацій із діагностики і лікування поєднаних хворобливих станів насамперед

для первинної ланки медичної допомоги в Україні є актуальною і своєчасною.

Література

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства // Изд. 3-е, перераб. и доп. М., Медицина, 2000.
2. Андрищенко А. В. Организация психиатрической помощи в учреждениях общесоматической сети в рамках интегративной медицины // Психическое здоровье. – 2011. – №1. – С.31-41.
3. Белялов Ф. И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов: Часть 2. Клиническая медицина. 2007; 4: 20-3.
4. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / Бройтигам В., Кристиан П. М. Рад. – ГОЭТАР МЕД. – 1999. – 376с.
5. Ванчакова Н. П. Тревожные расстройства у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца и опыт их коррекции Тенотеном / Н. П. Ванчакова, А. П. Попов // Поліклініка. – 2007. – №2. – С.74-78.
6. Васильева Н. Ю. Диагностика когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией / Жаринов О. И., Куць В. А., Епачинцева О. А. // Український кардіологічний журнал. – 2009. – №5. – С.91.
7. Джинчарадзе Е. В. Особенности повседневных стрессовых событий у пациентов с психическими расстройствами, обращающихся за психологической помощью / Е. В. Джинчарадзе // Рос. психиатр. журнал. – 2010. – № 4. – С.46-54.
8. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистой патологии: взгляд кардиолога // health-ua.org./article/angio/23.html Мед. Портал Здоровье Украины, 2010.
9. Дубницкая Э. Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями. Научный центр психического здоровья РАМН, Москва. – 2000. – С.25-35.
10. Коваленко Н. Серце під загрозою. Дві третини смертей в Україні – через серцево-судинні хвороби // Суспільство. – 2010. – С.4-5.
11. Козлова С. Н. Особенности коморбидности депрессии и ишемической болезни сердца, предрасполагающие к развитию депрессии в постинфарктном периоде // Психические расстройства в общей медицине – 2007. – №4. – 9-11.
12. Корнетов Н. А. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда / Лебедева Е. В. // Психиатрия и психофармакология – 2003 – №5. – С.26-35.
13. Краснов В. Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией // Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ – 2008.
14. Марута Н. О. Организация работы полупрофессиональной бригады при надании психиатричной помощи в Украине // Укр. вісн. Психоневр. – 2011. – Т.19, №1. – С.34-36.
15. Пінчук І. Я. Распространенность психических расстройств в Украине. Журн. АМН Украины – 2010. – Т.16, №1. – С.168-176.
16. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – Медицина – М. – 2003. – С.31-35.
17. Смулевич А. Б. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы) / Андрищенко А. В., Романов Д. В. // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 2. – С.23-42.
18. Смулевич А. Б. Клинико-эпидемиологический анализ психических расстройств в общей медицине (по материалам программы «СИНТЕЗ») / Андрищенко А. В., Бескова Д. А., Романов Д. В. // В сб. Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах», М., Российское общество психиатров. – 2009. – С. 4.
19. Турицев С. Н. Формирование вектора психического комфорта // Врач – 2008 – №3 – С. 43-45.
20. Чабан О. С. Диагностика та лікування психосоматичних розладів у загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х) / Хаустова О. О., Жабенко О. О. // Методичні рекомендації. – Київ, 2009. – 40 с.
21. Чабан О. С. Невідкладна терапія в психіатрії та наркології / О. О. Хаустова, Я. М. Несторович // Бібліотека практикуючого лікаря – Київ: Медкнига – 2010. – 132с., іл.
22. Чабан О. С. Підручник «Психічне здоров'я» / Яцук В. Т., Несторович Я. М. // Укрмедкнига, Тернопіль, 2008.

23. Юр'єва Л. Н. Корекція психоемоційного стану у пацієнтів з ІХС після стенозування коронарних артерій / Дукельський О. О.,

Мамчур О. Й. та інші. // Мед. Перспективи. – 2008. – 13, №4. – С.34-36.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ КУРАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Дзюба А. Н., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Кардашов В. П., Тарновецька К. І., Прохорова О. В.

В статье поднимаются проблемные вопросы оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной патологией, а именно курация психических расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Анализируется распространенность, клинические особенности, трудности в диагностике и терапии депрессивных, тревожных, астенических, инсомнических расстройств на примере пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Обсуждаются результаты реализации программы по диагностике и терапии депрессии в России. Рассматриваются особенности оказания специализированной психиатрической помощи пациентам с сочетанной патологией на этапе первичного медицинского звена. Доказывается актуальность разработки клинических рекомендаций и унифицированных протоколов для лечения сочетанной патологии (психических расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями) в Украине.

Ключевые слова: соматические заболевания, депрессия, тревожные расстройства, специализированная медицинская помощь

ISSUES OF MENTAL DISORDERS CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

DZUBA O. M., KHAUSTOVA O. O., BUSHINSKA O. V., KARDASHOV V. P., TARNOVETSKA K. I., PROKHOROVA O. V.

The article raises the problematic issues of care for patients with comorbidity, treatment of mental disorders in patients with chronic non-communicable diseases. Analyzed the prevalence, clinical features, the difficulty in diagnosis and therapy of depression, anxiety, asthenia, for example insomniac disorders in patients with cardiovascular disease. The results of the program for the diagnosis and treatment of depression in Russia were discussed. Especially the provision of specialized mental health care to patients with comorbidity in the primary health care were evaluated. We prove the importance of developing clinical guidelines and standardized protocols for the treatment of comorbidity (mental disorders in patients with chronic non-communicable diseases) in Ukraine.

Key words: physical illness, depression, anxiety disorders, specialized medical care

УДК 616.89-008:004-036-07-084

В. О. Мельник

ІНДИВІДУАЛЬНО-СПРЯМОВАНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАСАДИ У ЛІКУВАННІ КОМП'ЮТЕРНО-ЗАЛЕЖНИХ ОСІБ

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

Ключові слова: комп'ютерна залежність, психотерапія, психокорекційні заходи, аддиктивна поведінка

Актуальність дослідження. Нами здійснена спроба зібрати у доступній літературі дані стосовно сучасного стану проблеми комп'ютерної залежності, динаміки її клінічної та соціальної картини за останні роки, з'ясувати ефективність існуючих способів боротьби з цією недугою й на основі отриманої інформації у подальшій роботі за вказаним напрямом дослідження розробити власні шляхи по вирішенню поставленої проблеми.

Збільшенню аддиктивних розладів, об'єднаних в останній час терміном «хвороби залежності», сприяє поширення алкоголю та наркотиків, що набуває в середовищі підлітків і молоді характеру національного лиха, а також виникнення нових, раніше не існуючих форм залежностей [1; 2; 3; 5; 6; 7]. Це приводить до того, що лікуванням таких розладів починають займатися фахівці різних професій (психіатри, наркологи, психотерапевти, психологи тощо), між якими відсутнє загальне розуміння специфічних особливостей різних аддикцій та пов'язана з цим необхідність диференційованого лікувального підходу при їх терапії [4; 9; 11; 14; 16; 17].

Вищезазначене обумовлює **актуальність і необхідність проведення даного дослідження.**

При розробці комплексної програми для подолання комп'ютерної залежності ми використали адекватні для даного виду психозалежності методи із сучасного арсеналу заходів психологічної корекції та профілактики.

Розробка комплексної системи психокорекції для контингенту залежних від комп'ютера юнаків мала на

меті досягнення впливу через основні психологічні чинники виникнення комп'ютерної залежності. Виходячи з цього, психокорекційну роботу було спрямовано на подолання виявлених у юнаків-аддиктів порушень на індивідуально-психологічному, особистісно-психологічному та індивідуально-біологічному рівнях.

Система психокорекційних заходів для подолання комп'ютерної залежності складалася з декількох етапів.

Завданнями першого етапу психокорекції комп'ютерної залежності ми вважаємо подолання анозогностичного відношення до хвороби, вироблення у залежного установки на лікування, усвідомлення безперспективності вибраного ним стилю життя і визначення валідних шляхів виходу з деструктивної ситуації.

Для реалізації вказаних завдань найбільш доцільною і ефективною виявилася індивідуальна форма психотерапії, яка була бажана для всіх пацієнтів. Вибираючи її, ми виходили з того, що комп'ютерні аддикти відрізняються своєю анозогнозією. Вони часто готові визнати порушення своєї поведінки, але вважають, що «так всі роблять» і «можуть самі все виправити», а згоду на лікування в стаціонарі розцінюють як поступку оточуючим.

Психокорективні заходи ми розробляли з урахуванням особистісних особливостей своїх клієнтів, мотивації їхньої аддиктивної поведінки і мотивів використання комп'ютерних пристроїв. Іншими словами, розробляючи систему психокорекції комп'ютерної

23. Юр'єва Л. Н. Корекція психоемоційного стану у пацієнтів з ІХС після стенозування коронарних артерій / Дукельський О. О.,

Мамчур О. Й. та інші. // Мед. Перспективи. – 2008. – 13, №4. – С.34-36.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ КУРАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Дзюба А. Н., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Кардашов В. П., Тарновецька К. І., Прохорова О. В.

В статье поднимаются проблемные вопросы оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной патологией, а именно курация психических расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Анализируется распространенность, клинические особенности, трудности в диагностике и терапии депрессивных, тревожных, астенических, инсомнических расстройств на примере пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Обсуждаются результаты реализации программы по диагностике и терапии депрессии в России. Рассматриваются особенности оказания специализированной психиатрической помощи пациентам с сочетанной патологией на этапе первичного медицинского звена. Доказывается актуальность разработки клинических рекомендаций и унифицированных протоколов для лечения сочетанной патологии (психических расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями) в Украине.

Ключевые слова: соматические заболевания, депрессия, тревожные расстройства, специализированная медицинская помощь

ISSUES OF MENTAL DISORDERS CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

DZUBA O. M., KHAUSTOVA O. O., BUSHINSKA O. V., KARDASHOV V. P., TARNOVETSKA K. I., PROKHOROVA O. V.

The article raises the problematic issues of care for patients with comorbidity, treatment of mental disorders in patients with chronic non-communicable diseases. Analyzed the prevalence, clinical features, the difficulty in diagnosis and therapy of depression, anxiety, asthenia, for example insomniac disorders in patients with cardiovascular disease. The results of the program for the diagnosis and treatment of depression in Russia were discussed. Especially the provision of specialized mental health care to patients with comorbidity in the primary health care were evaluated. We prove the importance of developing clinical guidelines and standardized protocols for the treatment of comorbidity (mental disorders in patients with chronic non-communicable diseases) in Ukraine.

Key words: physical illness, depression, anxiety disorders, specialized medical care

УДК 616.89-008:004-036-07-084

В. О. Мельник

ІНДИВІДУАЛЬНО-СПРЯМОВАНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАСАДИ У ЛІКУВАННІ КОМП'ЮТЕРНО-ЗАЛЕЖНИХ ОСІБ

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

Ключові слова: комп'ютерна залежність, психотерапія, психокорекційні заходи, аддиктивна поведінка

Актуальність дослідження. Нами здійснена спроба зібрати у доступній літературі дані стосовно сучасного стану проблеми комп'ютерної залежності, динаміки її клінічної та соціальної картини за останні роки, з'ясувати ефективність існуючих способів боротьби з цією недугою й на основі отриманої інформації у подальшій роботі за вказаним напрямом дослідження розробити власні шляхи по вирішенню поставленої проблеми.

Збільшенню аддиктивних розладів, об'єднаних в останній час терміном «хвороби залежності», сприяє поширення алкоголю та наркотиків, що набуває в середовищі підлітків і молоді характеру національного лиха, а також виникнення нових, раніше не існуючих форм залежностей [1; 2; 3; 5; 6; 7]. Це приводить до того, що лікуванням таких розладів починають займатися фахівці різних професій (психіатри, наркологи, психотерапевти, психологи тощо), між якими відсутнє загальне розуміння специфічних особливостей різних аддикцій та пов'язана з цим необхідність диференційованого лікувального підходу при їх терапії [4; 9; 11; 14; 16; 17].

Вищезазначене обумовлює **актуальність і необхідність проведення даного дослідження.**

При розробці комплексної програми для подолання комп'ютерної залежності ми використали адекватні для даного виду психозалежності методи із сучасного арсеналу заходів психологічної корекції та профілактики.

Розробка комплексної системи психокорекції для контингенту залежних від комп'ютера юнаків мала на

меті досягнення впливу через основні психологічні чинники виникнення комп'ютерної залежності. Виходячи з цього, психокорекційну роботу було спрямовано на подолання виявлених у юнаків-аддиктів порушень на індивідуально-психологічному, особистісно-психологічному та індивідуально-біологічному рівнях.

Система психокорекційних заходів для подолання комп'ютерної залежності складалася з декількох етапів.

Завданнями першого етапу психокорекції комп'ютерної залежності ми вважаємо подолання анозогностичного відношення до хвороби, вироблення у залежного установки на лікування, усвідомлення безперспективності вибраного ним стилю життя і визначення валідних шляхів виходу з деструктивної ситуації.

Для реалізації вказаних завдань найбільш доцільною і ефективною виявилася індивідуальна форма психотерапії, яка була бажана для всіх пацієнтів. Вибираючи її, ми виходили з того, що комп'ютерні аддикти відрізняються своєю анозогнозією. Вони часто готові визнати порушення своєї поведінки, але вважають, що «так всі роблять» і «можуть самі все виправити», а згоду на лікування в стаціонарі розцінюють як поступку оточуючим.

Психокорективні заходи ми розробляли з урахуванням особистісних особливостей своїх клієнтів, мотивації їхньої аддиктивної поведінки і мотивів використання комп'ютерних пристроїв. Іншими словами, розробляючи систему психокорекції комп'ютерної

залежності, ми спиралися на психологічних механізмах аддиктивної поведінки.

Для формування установки на лікування ми вважали за доцільне підхід, при якому з лікарями домовлялися про те, що вони не говоритимуть з пацієнтами про порушення поведінки, можливі важкі наслідки зловживання використанням комп'ютера, не стосуватимуться проблем діагнозу, а спробують пом'якшити ситуацію, дати аддикту відчуття доброзичливу зацікавленість у його долі.

Другий етап психокорекції полягав у формуванні стійкої мотивації відмови від використання комп'ютера, усвідомленої критики свого минулого, реконструкції втраченого відчуття власної гідності і усвідомлення необхідності оволодіння новими рольовими позиціями в суспільстві. З цією метою ми застосовували групову психотерапію в закритих психотерапевтичних групах.

Вимоги відносно строгого дотримання регламенту занять необхідно будувати з урахуванням негативного відношення юнаків до будь-яких обмежень. Слід враховувати також, що комп'ютеромани практично не мають бажання і потреби в роботі в групі. Вони не в змозі переносити ніяких зауважень, тиску, ігнорування їх бажань. Механізм індукції у них, як правило, негативний. Враховуючи ці обставини, ми вибрали для реалізації завдань даного етапу психокорекції як основний метод мотиваційну психотерапію.

Мотивація – механізм, що визначає виникнення, напрям і способи здійснення конкретних форм діяльності, сукупна система процесів, що відповідають за спонукання і діяльність, механізм реалізації вже наявних мотивів [18].

Мотивація може бути екстринсивною, обумовленою зовнішніми умовами і обставинами, як це спостерігається в нормі, й інтринсивною – пов'язаною з особистісними чинниками: потребами, установками, інтересами, вабленнями, така мотивація мала місце у юнаків з комп'ютерною залежністю.

У соціально обумовленій поведінці людини в нормі провідну роль грає вольова регуляція, поведінка обумовлюється почуттям обов'язку, розумінням необхідності або доцільності. У осіб з аддиктивною поведінкою мотивація «укорочена» за рахунок блокування «внутрішнього фільтру», характерна для імпульсивних дій і вчинків. Мотиваційна психотерапія має на меті нормалізувати мотивацію, виробити у людини можливість вольової регуляції своєї поведінки, у даному випадку аддиктивної. У її завдання входить також дія на індивіда з метою сформувати адекватний рівень домагань, понизити ригідність особистості, виробити конкретні правильні форми поведінки, уміння брати на себе відповідальність за свої дії.

Мотиваційна психотерапія проводилася нами поетапно за певною програмою з використанням різноманітних психотерапевтичних методів – мотиваційного інтерв'ювання, раціональної психотерапії, емоційно-вольового тренінгу, самонавіювання.

Перший етап мотиваційної психотерапії – діагностичний – ми проводили за допомогою мотиваційного

інтерв'ювання, виходячи з таких його основоположних понять. Відмова й опір пацієнта є соціально обумовленою поведінкою, а не характерною рисою страждаючого комп'ютероманією. Тому, незважаючи на негативну комунікацію юнаків (гнів, мовчання), слід продовжувати виражати їм пошану, емпатію і оцінювати рівень їх спонукань, пов'язаних із залежністю, не тільки від того, що вони повідомляють під час психокоректувальних занять, але і від змін їх поведінки в процесі терапії. Потрібно пам'ятати, що згода з поглядами психотерапевта не розкриває мотивації залежного і, що ще більш важливо, незгода з цими поглядами не вказує на дефекти мотивації.

Відносини із залежним повинні будуватися на основі дружби і співпраці. Особливо продуктивно використання позитивного підкріплення, сприяючого появі таких змін у поведінці пацієнта, як відкрите обговорення своїх ускладнень. Необхідно переконувати, але не примушувати, періодично спонукати, але ніколи не вступати в суперечку [12; 15]. У осіб-комп'ютероманів, як правило, спостерігається амбівалентне відношення до своєї девіантної поведінки, і вже на етапі інтерв'ювання слід нівелювати цю амбівалентність, щоб пацієнт усвідомив різницю між тим, який він є і яким хотів би бути. Це сприятиме появі мотивації до змін.

Інтерв'ювання повинне апелювати до відчуття самодостатності пацієнта, давати йому надію, що він може добитися адекватної зміни своєї аддиктивної поведінки. Обговорюючи із залежним способи майбутнього лікування, можна надати йому можливість самому вибрати найбільш ефективні елементи психотерапії на свій розсуд. Самостійний пошук засобів зміни поведінки збільшує вірогідність довгострокового успіху. В той же час слід переконати пацієнта, що він сам відповідає за те, чи буде успішною терапія і, отже, чи буде досягнута нормалізація його соціального функціонування.

Другий етап мотиваційної психотерапії присвячений трансформації егоїстичного відношення пацієнтів до своєї девіантної поведінки в егодистонічне. На цьому етапі необхідно виробити у комп'ютеромана незадоволеність своєю поведінкою і бажання позбавитися її, сформувати позитивну установку на лікування. Це досягається за допомогою раціональної психотерапії, переконання хворого в тому, що йому можна допомогти справитися з патологічним вабленням до комп'ютера.

Третій етап мотиваційної психотерапії – інформаційний. На цьому етапі ми використовували раціональну, роз'яснювальну психотерапію у формі бесід. Раціональну психотерапевтичну дію здійснювали за допомогою мотивованого переконання у стані неспання, направлено на корекцію уявлень, понять, думок і висновків, змінених унаслідок зловживання використанням комп'ютерними пристроями.

Раціональну психотерапію проводили по П. Дюбуа – переконання з доказом помилок у думках залежних, емоційну психотерапію – по Дежеріну [13], де головним способом дії є не переконання, а емоційно значущий доказ помилок. Використовували також роз'яснювальну психотерапію для поповнення дефіциту інформації;

дидактичну психотерапію, направлену на навчання правильним формам поведінки і дій.

Четвертий етап мотиваційної психотерапії – формування особистісного стандарту, що обумовлює реалістичність вимог до себе, до власних можливостей для досягнення каузальної атрибуції, підвищення особистої відповідальності за результати своєї діяльності і своїх вчинків, підвищення самооцінки і вироблення адекватного рівня домагань. На даному етапі проводили раціональну психотерапію.

Цей метод психотерапії направлений на адекватний дозвіл важко вирішуваної суперечності між потребами бути таким і не таким, як всі, при розумінні того, що тільки ті відмінності особистості будуть прийняті суспільством, які сприяють їх спільній діяльності.

П'ятий етап мотиваційної психотерапії – формування у пацієнтів нової, адекватної мотивації. На цьому етапі також використовували раціональну психотерапію, але основним методом дії був емоційно-вольовий тренінг, який у свою чергу проводився у декілька етапів.

На 1-му, діагностичному етапі ми вивчали особистісні та індивідуально-психологічні риси комп'ютероманів для того, щоб адаптувати використовувані методи психічної регуляції до їх індивідуальних особливостей. На 2-му етапі проводили емоційно-вольову підготовку. Вона починалася з навчання заспокійливим вправам, і після того, як вони були засвоєні, залежні переходили до мобілізуючих вправ. Після їх засвоєння залежні продовжували заняття самостійно (аутотренінг). Мобілізуюча частина емоційно-вольової підготовки і складала 3-й етап емоційно-вольового тренінгу.

Метою самонавіювання було формування установки на активне самоудосконалення, зниження тривоги та депресивних проявів. Формули самонавіювання слід підказати залежному. Основні принципи самонавіювання відомі і полягають у наступному:

1. Самонавіювання повинне мати не негативний, а позитивний зміст, оскільки, в такому разі, воно є дієвішим.
2. Самонавіювання слід проводити кілька разів на день, причому в один і той же час – вранці (при пробудженні, не встаючи, протягом 5÷10 хв) і ввечері (перед засипанням лежачи, також протягом 5÷10 хв).
3. Самонавіювання необхідно проводити постійно, наполегливо, потрібно вірити в його ефективність, потенціювати в собі цю віру [8; 10].

На 4-му етапі емоційно-вольового тренінгу самонавіювання має на меті вироблення «внутрішнього фільтру», який перешкоджає здійсненню імпульсних вчинків і дій. При цьому комп'ютероман повинен дотримуватись певної послідовності аутотренінгу: заздалегідь уявляти собі вправу з його уявним промовлянням, із застосуванням слів-самонаказів; виконувати вправи з використанням самонаказів; нарешті, проводити звіт-самооцінку тренування.

Ми навчали юнаків, страждаючих комп'ютероманією, перед кожним тренуванням проводити індивідуальну налаштування, щоб забезпечити необхідний

емоційний стан. Завдяки цьому система самонавіювань стає звичною і допомагає підлітку керувати собою в будь-якій ситуації. Корисно також, щоб емоційно-вольова підготовка включала і настройку на передбачувану конкретну ситуацію.

5-й етап емоційно-вольового тренінгу має на меті розвиток вольових якостей. На цьому етапі ми спільно із залежним склали психологічну модель – план виховання рис удачі, необхідних йому для нормального життя і діяльності, а 6-й етап був присвячений виробленню і вдосконаленню цих рис методом самонавіювання.

Найважливішою умовою ефективності емоційно-вольового тренінгу є його систематичне проведення. Уміння керувати своїм психічним станом необхідно постійно удосконалювати. З кожним етапом аутотренінга самодії ускладнюються. Одна з них – самовиховання, направлене, з одного боку, на потенціювання вольових, позитивних якостей, з іншого – на усунення негативних рис вдачі. Ця робота може проводитися за розробленою на 5-му етапі тренінгу оптимальною психологічною моделлю на основі входження в неї.

У цілому мотиваційна психотерапія є динамічною, гнучкою системою, що дозволяє використовувати адекватні у кожному конкретному випадку психотерапевтичні методи при збереженні системності коригуючих дій.

На завершальному етапі психокоректувальної роботи може використовуватися комплекс лікувальної фізкультури і вправи на тренажерах. Спортивні вправи сприяють відновленню нічного сну, значною мірою знімають емоційну напругу. При цьому психокоректувальна дія під час проведення лікувальної фізкультури дозволяє формувати у адиктивів установки на вдосконалення своїх фізичних даних як альтернативу комп'ютероманії.

Висновки

Система психокорекційних заходів для подолання комп'ютерної залежності складалася з декількох етапів. Для їхньої реалізації найбільш доцільною і ефективною виявилася індивідуальна форма психотерапії, яка була бажана для всіх пацієнтів.

Психокоректувальні заходи ми розробляли з урахуванням особистісних особливостей своїх клієнтів, мотивації їхньої аддиктивної поведінки і мотивів використання комп'ютерних пристроїв.

Для формування установки на лікування ми вважали за доцільне підхід, при якому з лікарями домовлялися про те, що вони не говоритимуть із пацієнтами про порушення поведінки, можливі важкі наслідки зловживання використанням комп'ютера, не стосуватимуться проблем діагнозу, а спробують пом'якшити ситуацію, дати аддикту відчуті доброзичливу зацікавленість його долею.

Виходячи з того, що у осіб з аддиктивною поведінкою мотивація «укорочена» за рахунок блокування «внутрішнього фільтру», характерна для імпульсивних дій і вчинків, тож важливу роль у психотерапії відіграла саме мотиваційна психотерапія. Вона проводилася нами поетапно за певною програмою з використанням різноманітних психотерапевтичних методів – мотиваційного

інтерв'ювання, раціональної психотерапії, емоційно-вольового тренінгу, самонавіювання.

Література

1. Абрамов В. А. Соматоспецифические особенности депрессивных расстройств в сети первичной медицинской помощи / В. А. Абрамов, А. Ю. Васильева // *Архив психиатрии*. – 2003. – № 1. – С. 71–73.
2. Аймедов К. В. Клинические аспекты современной аддиктологии (литературный обзор) / К. В. Аймедов // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. – 2007. – № 1 (11). – С. 136–145.
3. Анохина И. П. Центральные механизмы предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ / И. П. Анохина, Н. Л. Векишина, А. Г. Вертинская // *Журн. Невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 1997. – Т. 97, № 12. – С. 83
4. Арзуманов Ю. Л. О медицинских аспектах игромании. Методы выявления, реабилитации и профилактики: Материалы конференции «Игромания. Мифы и реальность» 28 мая 2003 года, Москва / Ю. Л. Арзуманов // *Наркология*. – 2004. – № 4. – С. 15.
5. Бек А. Техники когнитивной психотерапии / А. Бек // *Моск. Психотерапевт. журн.* – 1996. – № 3. – С. 49–68.
6. Бобров А. Е. Игровая зависимость: старая или новая проблема психиатрии? / А. Е. Бобров, Е. А. Кузнецова-Морева // *Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т. Б. Дмитриевой*. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. – С. 3–8.
7. Ботьбот Т. Ю. Профілактика і корекція комп'ютерної залежності в осіб молодого віку / Т. Ю. Ботьбот // *Вестник физиотерапии и курортологии*. – 2005. – № 2. – С. 139–142.
8. Ботьбот Т. Ю. Фактори ризику розвитку комп'ютерної залежності в осіб молодого віку / Т. Ю. Ботьбот // *Укр. Вісн. психоневрології*. – 2004. – Т. 12. – вип. 4. – С. 75–80.
9. Вакуліч Т. М. Психологічний тренінг як засіб запобігання Інтернет-залежної поведінки підлітків / Т. М. Вакуліч // *Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції (2007 р., м. Донецьк)*. – Донецький юридичний інститут ЛДУВС, 2007. – С. 538–542.
10. Сурнов К. Г. Структура сферы интересов при игровой зависимости / К. Г. Сурнов, Ю. Ю. Молчанова // *Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва)*. – М., 2007. – 306 с.
11. Табачников С. І. Сучасні підходи до застосування психофармакотерапії у психіатричній практиці / С. І. Табачников, В. Д. Мішиєв // *Архив психиатрии*. – 2001. – № 3 (26). – С. 5–8.
12. Шайдулина А. Ф. Игромания – болезнь семейная / А. Ф. Шайдулина // *Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции; под ред. акад. РАМН Т. Б. Дмитриевой*. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. – С. 169–177.
13. Шайдулина А. Ф. Особенности клиники и лечения пациентов с патологической склонностью к азартным играм и компьютерной зависимости: дис... канд. мед. наук: 14.01.18 / А. Ф. Шайдулина; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2004. – 144 с.
14. Krammer Y. Gambling behavior in adolescent substance abuse / Y. Kammer, J. A. Burleson, A. Jadamec // *Subst. Abus.* – 2010 Sep. – Vol. 23. – N 3. – P. 191–198.
15. Murray J. B. Computer addictions entangle students / J. B. Murray // *APA. Monitor*. – 2006. – N 27. – P. 38–39.
16. Shapira N. A. Psychiatric features of individuals with problematic internet use / N. A. Shapira, T. D. Goldsmith, P. E. Keck et al. // *J. Affective disorders*. – 2000. – N 57. – P. 267–272.
17. Welsh L. M. Internet use: An exploratory study of coping style, locus of control, and expectancies: Doctoral Dissertation / L. M. Welsh // *Northeastern University*, 2009. – 315 p.
18. Zack M. Amphetamine Primes Motivation to Gamble and Gambling-Related Semantic Networks in Problem Gamblers / M. Zack, K. Poulos // *Neuropsychopharmacology*. – 2004. – Vol. 29. – P. 195–207.

ИНДИВИДУАЛЬНО-НАПРАВЛЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ В ЛЕЧЕНИИ КОМПЬЮТЕРНО-ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ

В. О. МЕЛЬНИК

В статье раскрываются основные этапы оказания психотерапевтической помощи личностям с компьютерной зависимостью. Приводятся аргументированные показания к каждому из перечисленных психокоррекционных этапов, проанализирована направленность и действенность каждого из них.

Ключевые слова: компьютерная зависимость, психотерапия, психокоррекционные мероприятия, аддиктивное поведение

INDIVIDUALLY-DESIGNED PSYCHOTHERAPEUTIC PRINCIPLES IN THE TREATMENT OF COMPUTER-DEPENDENT INDIVIDUALS

V. O. MELNIK

The article describes the basic steps of providing psychological care to individuals with computer addiction. We give reasoned indications of these stages psychoanalyze, the direction and effectiveness of these psychotherapeutic principles.

Keywords: computer addiction, psychotherapy, psycho activities addictive behavior

УДК 616.89–036.865

Г. А. Пріб

ВИЗНАЧЕННЯ ДИСФУНКЦІЇ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У ПСИХІЧНО ХВОРИХ

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

Ключові слова: медико-соціальна експертиза, дисфункція, обмеження життєдіяльності, соціальна недостатність

Постанова проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Нині науково-дослідні роботи з проблеми визначення обмежень життєдіяльності (ОЖ) у галузі психіатрії носять теоретичний характер, а орієнтація досліджень винятково на лікувальні заклади або на потреби МСЕК призводить до їх відокремлення, а їх результати іноді є суперечливими. Поряд із тим відмічається складність практичного використання наукових розробок у

діяльності МСЕК [1–13]. Дослідження щодо вивчення показників інвалідності з точки зору їх впливу на розвиток ОЖ та соціальної недостатності (СН) поодинокі та переважно являють собою звітність МСЕК, яка за стандартом організації та функціонування спеціалізованих МСЕК, затверджених МОЗ України, обов'язково повинна містити аналіз структури, динаміки, причин інвалідності тощо. Результати цих досліджень відповідають винятково потребам МСЕК і не придатні для

інтерв'ювання, раціональної психотерапії, емоційно-вольового тренінгу, самонавіювання.

Література

1. Абрамов В. А. Соматоспецифические особенности депрессивных расстройств в сети первичной медицинской помощи / В. А. Абрамов, А. Ю. Васильева // *Архив психиатрии*. – 2003. – № 1. – С. 71–73.
2. Аймедов К. В. Клинические аспекты современной аддиктологии (литературный обзор) / К. В. Аймедов // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. – 2007. – № 1 (11). – С. 136–145.
3. Анохина И. П. Центральные механизмы предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ / И. П. Анохина, Н. Л. Векина, А. Г. Вертинская // *Журн. Невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 1997. – Т. 97, № 12. – С. 83
4. Арзуманов Ю. Л. О медицинских аспектах игромании. Методы выявления, реабилитации и профилактики: Материалы конференции «Игромания. Мифы и реальность» 28 мая 2003 года, Москва / Ю. Л. Арзуманов // *Наркология*. – 2004. – № 4. – С. 15.
5. Бек А. Техники когнитивной психотерапии / А. Бек // *Моск. Психотерапевт. журн.* – 1996. – № 3. – С. 49–68.
6. Бобров А. Е. Игровая зависимость: старая или новая проблема психиатрии? / А. Е. Бобров, Е. А. Кузнецова-Морева // *Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т. Б. Дмитриевой*. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. – С. 3–8.
7. Ботьбот Т. Ю. Профілактика і корекція комп'ютерної залежності в осіб молодого віку / Т. Ю. Ботьбот // *Вестник физиотерапии и курортологии*. – 2005. – № 2. – С. 139–142.
8. Ботьбот Т. Ю. Фактори ризику розвитку комп'ютерної залежності в осіб молодого віку / Т. Ю. Ботьбот // *Укр. Вісн. психоневрології*. – 2004. – Т. 12. – вип. 4. – С. 75–80.
9. Вакуліч Т. М. Психологічний тренінг як засіб запобігання Інтернет-залежної поведінки підлітків / Т. М. Вакуліч // *Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції (2007 р., м. Донецьк)*. – Донецький юридичний інститут ЛДУВС, 2007. – С. 538–542.
10. Сурнов К. Г. Структура сферы интересов при игровой зависимости / К. Г. Сурнов, Ю. Ю. Молчанова // *Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва)*. – М., 2007. – 306 с.
11. Табачников С. І. Сучасні підходи до застосування психофармакотерапії у психіатричній практиці / С. І. Табачников, В. Д. Мішнев // *Архив психиатрии*. – 2001. – № 3 (26). – С. 5–8.
12. Шайдулина А. Ф. Игромания – болезнь семейная / А. Ф. Шайдулина // *Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции; под ред. акад. РАМН Т. Б. Дмитриевой*. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. – С. 169–177.
13. Шайдулина А. Ф. Особенности клиники и лечения пациентов с патологической склонностью к азартным играм и компьютерной зависимости: дис... канд. мед. наук: 14.01.18 / А. Ф. Шайдулина; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2004. – 144 с.
14. Krammer Y. Gambling behavior in adolescent substance abuse / Y. Kammer, J. A. Burleson, A. Jadamec // *Subst. Abus.* – 2010 Sep. – Vol. 23. – N 3. – P. 191–198.
15. Murray J. B. Computer addictions entangle students / J. B. Murray // *APA. Monitor*. – 2006. – N 27. – P. 38–39.
16. Shapira N. A. Psychiatric features of individuals with problematic internet use / N. A. Shapira, T. D. Goldsmith, P. E. Keck et al. // *J. Affective disorders*. – 2000. – N 57. – P. 267–272.
17. Welsh L. M. Internet use: An exploratory study of coping style, locus of control, and expectancies: Doctoral Dissertation / L. M. Welsh // *Northeastern University*, 2009. – 315 p.
18. Zack M. Amphetamine Primes Motivation to Gamble and Gambling-Related Semantic Networks in Problem Gamblers / M. Zack, K. Poulos // *Neuropsychopharmacology*. – 2004. – Vol. 29. – P. 195–207.

ИНДИВИДУАЛЬНО-НАПРАВЛЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ В ЛЕЧЕНИИ КОМПЬЮТЕРНО-ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ

В. О. МЕЛЬНИК

В статье раскрываются основные этапы оказания психотерапевтической помощи личностям с компьютерной зависимостью. Приводятся аргументированные показания к каждому из перечисленных психокоррекционных этапов, проанализирована направленность и действенность каждого из них.

Ключевые слова: компьютерная зависимость, психотерапия, психокоррекционные мероприятия, аддиктивное поведение

INDIVIDUALLY-DESIGNED PSYCHOTHERAPEUTIC PRINCIPLES IN THE TREATMENT OF COMPUTER-DEPENDENT INDIVIDUALS

V. O. MELNIK

The article describes the basic steps of providing psychological care to individuals with computer addiction. We give reasoned indications of these stages psychoanalyze, the direction and effectiveness of these psychotherapeutic principles.

Keywords: computer addiction, psychotherapy, psycho activities addictive behavior

УДК 616.89–036.865

Г. А. Пріб

ВИЗНАЧЕННЯ ДИСФУНКЦІЇ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У ПСИХІЧНО ХВОРИХ

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

Ключові слова: медико-соціальна експертиза, дисфункція, обмеження життєдіяльності, соціальна недостатність

Постанова проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Нині науково-дослідні роботи з проблеми визначення обмежень життєдіяльності (ОЖ) у галузі психіатрії носять теоретичний характер, а орієнтація досліджень винятково на лікувальні заклади або на потреби МСЕК призводить до їх відокремлення, а їх результати іноді є суперечливими. Поряд із тим відмічається складність практичного використання наукових розробок у

діяльності МСЕК [1–13]. Дослідження щодо вивчення показників інвалідності з точки зору їх впливу на розвиток ОЖ та соціальної недостатності (СН) поодинокі та переважно являють собою звітність МСЕК, яка за стандартом організації та функціонування спеціалізованих МСЕК, затверджених МОЗ України, обов'язково повинна містити аналіз структури, динаміки, причин інвалідності тощо. Результати цих досліджень відповідають винятково потребам МСЕК і не придатні для

корекції Індивідуальної програми реабілітації (ІПР) інвалідів у лікувальних психіатричних закладах. У свою чергу поодинокі дослідження орієнтовані лише на експертні або лікувальні заклади, тому їх результати неможливо широко застосувати з метою профілактики інвалідності. Недостатнє урахування основних принципів МСЕ призводять до планування і проведення не завжди адекватних потребам пацієнта реабілітаційних заходів. Реабілітація пацієнтів частіше зводиться до фіксування проблем хворих, тоді як їх дійсне вирішення можливе лише в умовах, коли визначення ОЖ та СН стане невід'ємною складовою частиною висновку МСЕ й визначатиметься на основі обґрунтованого методичного забезпечення [11]. Отже, одне із основних завдань МСЕ – підвищення рівня соціального функціонування (СФ) та якості життя хворих на психічні розлади – не реалізується повною мірою.

Аналіз досліджень і публікацій та виділення невіршених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячена стаття. Аналіз наукових праць [10–13] свідчить про відсутність достатньої кількості досліджень у вітчизняній соціальній психіатрії з питань категорій порушення, ОЖ, СН та складності їх диференціювання при формуванні експертного висновку при проведенні МСЕ. У роботах зазначається необхідність тлумачення сутті понять ОЖ у практиці МСЕ та реабілітації психічно хворих. До невіршених раніше частин проблеми можна віднести відсутність на сьогодні єдиних поглядів щодо розуміння поняття ОЖ у психіатричній практиці.

Метою дослідження є розробка інструкції щодо визначення дисфункції життєдіяльності у психічно хворих на засадах застосування біопсихосоціального підходу в умовах МСЕ та реабілітації. **Завдання дослідження** з точки зору біопсихосоціального підходу та спираючись на сучасні моделі інвалідності розробити інструкції щодо визначення дисфункції життєдіяльності у психічно хворих.

Матеріал та методи дослідження. Виходячи з мети та завдань дослідження, обстежено 527 пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділеннях активної реабілітації №2 та №10 Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1. Обстежені пацієнти верифіковані за наступними діагностичними категоріями МКХ–10: F07, F20, F21, F23, F25, F41, G40. Дослідження проводилося за принципом випадкового вибору, коли усі одиниці генеральної сукупності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Методи дослідження: структуроване інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

Виклад основного матеріалу дослідження. За результатами дослідження розроблено «Інструкції для визначення дисфункції життєдіяльності психічно хворих». В інструкції рівень дисфункції (Д) визначається як: немає – 1 бал, мінімальна – 2, очевидна – 3, серйозна – 4, максимальна – 5. На кінцевому етапі оцінювання рахується загальний бал дисфункції: сума балів / кількість відповідей. Нижче надана характеристика обмеженням,

збереженості навичків або здатностей у різних сферах соціального функціонування.

Самообслуговування. Враховується догляд пацієнтом за майном: прибирання, прання, миття посуду, уміння купувати продукти, користуватися грошима, проводити господарський ремонт. Оцінюється дотримання пацієнтом особистої гігієни: прийняття ванни, гоління, догляд за одягом, волоссям, чистота нігтів у прийнятих соціальних нормах. Враховуються: уміння купатися, чистити зуби, голитися, мити руки тощо. Оцінюється уміння готувати необхідні справи, користуватися кухонним приладдям, газом, водою, електрикою, здатність приймати їжу, навички використання столових приладів, охайність при прийомі їжі.

Обмеження, збереженість навичків або здатностей.

Немає дисфункції. Зовнішній вигляд у межах суспільних норм: одягається, враховуючи погодні умови, витрачає на це розумну кількість часу та енергії. Турбувань і занепокоєння для оточуючих не викликає. Самостійно підтримує охайний зовнішній вигляд. Самостійно виконує гігієнічні вимоги. Самостійно справляється із веденням домашнього господарства. Пацієнт готує і приймає їжу самостійно, навички збережені в повному обсязі в межах суспільних норм достатні, допомоги не потребує.

Мінімальна дисфункція. Періодично спостерігається зневага до зовнішнього вигляду, яка не виходить за межі соціальних норм. Члени родини можуть висловлювати скарги, доглядати за одягом пацієнта. У цілому ініціативний, самостійно підтримує охайний зовнішній вигляд, обсяг навичок повний, але існує потреба в спостереженні. Спостерігаються випадки зневаги навичками гігієни, що не виходять за межі соціальних норм. Члени родини можуть висловлювати скарги і нагадувати пацієнту про необхідність дотримання гігієни. Періодична зневага до ведення домашнього господарства. Може готувати і приймати їжу самостійно, навички збережені в повному обсязі в межах суспільних норм – достатні, проте має потребу в спонуканні.

Очевидна дисфункція. Викликає неприємне враження у оточуючих. Зневажає зовнішнім виглядом, самостійно охайний зовнішній вигляд не підтримує, обсяг навичок не повний, має потребу в спостереженні і спонуканні. Ініціатива знижена, помірне погіршення фізичного здоров'я. Зневага щодо ведення домашнього господарства впливає на членів родини і справляє негативне враження на оточуючих. Пацієнт готує і приймає їжу самостійно, навички в повному обсязі в межах суспільних норм – достатні, має потребу в спонуканні і спостереженні.

Серйозна дисфункція. Самостійно з підтриманням охайного зовнішнього вигляду не справляється, обсяг навичок різко знижений, потребує періодичної допомоги (носить порваний одяг). Не турбується про зовнішній вигляд, чим викликає негативне ставлення оточуючих. Безініціативний, самостійно з гігієнічними вимогами не справляється. Не турбується про ведення домашнього господарства, що викликає негативне ставлення членів родини і оточуючих. Знижений рівень навичок щодо ведення домашнього господарства з ризиком для здоров'я,

обмежує незалежне проживання. Пацієнт приймає їжу самостійно, готує частково, навички не в повному обсязі – знижені, має потребу в спонуканні, спостереженні і періодичній допомозі.

Максимальна дисфункція. Байдужий до зовнішнього вигляду. Самостійно охайний зовнішній вигляд не підтримує, обсяг навичок мінімальний, потребує постійної допомоги. Зовнішній вигляд не вкладається в прийняті соціальні норми. Байдуже ставлення до особистої гігієни і зовнішнього вигляду, що викликає негативне ставлення оточуючих. Самостійно з навичками не справляється, обсяг мінімальний, пацієнт потребує спонукання, спостереження і постійної допомоги. Байдужий та безініціативний, не бере участі у веденні домашнього господарства. Самостійно з прийомом їжі не справляється, не готує. Якщо за пацієнтом немає достатнього нагляду, виникає загроза його життю, обсяг навичок мінімальний, потребує постійної допомоги.

Примітки. Очевидна дисфункція відповідає першому ступеню ОЖ – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів. Серйозна дисфункція встановлюється у випадках, коли наслідки шкідливі й існує загроза фізичному здоров'ю пацієнта (інфекція, педікулез, шкірні захворювання), відповідає другому ступеню ОЖ – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів та за допомогою інших осіб. Максимальна дисфункція – існує значний ризик фізичного існування у разі, коли про пацієнта не піклуються. Встановлюється в тих випадках, коли занедбаність пацієнта або зниження самозбереження спостерігається протягом одного місяця, відповідає третьому ступеню ОЖ – нездатність до самообслуговування та залежність від інших осіб.

Пересування. Враховується здатність пацієнта самостійно пересуватися, користуватися громадським транспортом, дотримуватися правил дорожнього руху. Оцінюється необхідність надання пацієнту відповідної допомоги.

Обмеження, збереженість навичків або здатностей.

Немає дисфункції. Самостійно пересувається в громадських місцях, допомоги не потребує. Може самостійно ходити по рівній місцевості, долати під час ходьби перешкоди, підійматися і спускатися по сходах, бігати. Самостійно може користуватися транспортом, здійснювати посадку та висадку у громадському або особистому транспорті.

Мінімальна дисфункція. Легкі порушення пересування в цілому пов'язані із загостренням психопатології. У період ремісії самостійно пересувається в громадських місцях, допомоги не потребує. Може самостійно ходити по рівній місцевості, долати під час ходьби перешкоди, підійматися і спускатися по східцях. Самостійно може користуватися транспортом, здійснювати посадку та висадку у громадському або особистому транспорті. Самостійно змінює положення тіла, підтримує позу.

Очевидна дисфункція. Помірне порушення пересування (знижена мобільність), обмеження відстані пересування районом проживання (до 1,5÷2 км).

Пересувається самостійно, однак витрачає багато часу, уникає громадських місць, для пересування потрібна періодична допомога. Самостійно може користуватися транспортом, здійснювати посадку та висадку у громадському або особистому транспорті. Самостійно змінює положення тіла, підтримує позу.

Серйозна дисфункція. Значне обмеження мобільності. Пересування тільки в межах найближчого сусідства (до 0,5 км), спостерігається різка зміна ходи і її темпу, потребує використання допоміжних засобів і (або) допомоги інших осіб. Має потребу в періодичній сторонній допомозі. Самостійна зміна положення тіла та підтримка пози ускладнені.

Максимальна дисфункція. Виражене порушення і нездатність до самостійного пересування. Повна втрата мобільності і різке обмеження пересування – пересування можливе лише у межах житла, крісла або ліжка. Потребує постійної сторонньої допомоги і догляду. Самостійна зміна положення тіла та підтримка пози ускладнені.

Примітки. Очевидна дисфункція – відповідає першому ступеню ОЖ – здатність самостійно пересуватися з тривалішою витратою часу, пересування з зупинками і скорочення відстані. Серйозна дисфункція – відповідає другому ступеню ОЖ – здатність самостійно пересуватися з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб. Максимальна дисфункція – відповідає третьому ступеню ОЖ – нездатність самостійно пересуватися та повна залежність від інших осіб.

Орієнтація. Враховується стан систем орієнтації, комунікації. Орієнтації у власній особистості, місці, часі і просторі, здатність аналізувати й адекватно реагувати на інформацію. Оцінюється можливість компенсації дисфункції мови і поведження медикаментозними засобами. Встановлюється наявність у пацієнта у анамнезі наступних ситуацій: стояв біля 30 хвилин, не знаючи, де він знаходиться; встає, а потім сідає; труднощі орієнтації у власному будинку; труднощі пересування поза межами будинку; труднощі пересування на 1–1,5 кілометра.

Обмеження, збереженість навичків або здатностей.

Немає дисфункції. Нормально сприймає, аналізує і реагує на інформацію, що надходить, самостійно орієнтується в навколишньому оточенні.

Мінімальна дисфункція. Легке обмеження здатності до орієнтації – компенсація функцій за допомогою технічних засобів. Легкі психічні розлади, що тимчасово порушують орієнтацію, компенсуються прийомом медикаментів (епізодичне порушення орієнтації при рідких пароксизмальних станах, епілептичних припадків, запаморочення та інших). Аналізує і реагує на інформацію, що надходить, самостійно орієнтується у навколишньому оточенні.

Очевидна дисфункція. Помірне обмеження здатності до орієнтації – не компенсується або компенсується недостатньо. Схильність до частих пароксизмальних порушень не компенсується медикаментами. Спостерігається легка дезорієнтація в місці або часі при збереженні орієнтації в просторі і власній особистості.

Серйозна дисфункція. Значне обмеження здатності до орієнтації, не компенсується медикаментами, технічними засобами, проте не викликає необхідності в постійній сторонній допомозі та нагляді. При порушенні зорової орієнтації або одночасній помірній поразці 2-х систем орієнтації (зір і слух). Часткова дезорієнтація в місці, часі, просторі та власній особистості (виражена сенсорна афазія).

Максимальна дисфункція. Чітко відмічається порушення орієнтації, яке не може бути компенсовано. При виявленому ступені короткозорості і двосторонній глухоті або ураженні систем орієнтації і комунікації (двостороння глухота і моторна афазія). У зв'язку з психічними захворюваннями або сенсорною афазією виражена дезорієнтація в місці, часі, просторі і власній особистості.

Примітки. Очевидна дисфункція відповідає першому ступеню ОЖ – здатність до орієнтації за умови використання допоміжних засобів. Серйозна дисфункція відповідає другому ступеню ОЖ – здатність до орієнтації, що потребує допомоги інших осіб. Максимальна дисфункція відповідає третьому ступеню ОЖ – нездатність до орієнтації (дезорієнтація).

Спілкування. Враховується готовність спілкуватися, а так існуючі реальні контакти, їх якість за останні 30 днів. Враховується здатність до створення нових контактів: кількість словесних контактів із родиною, друзями, випадковими знайомими. Враховуються навички та ініціатива спілкування, здатність підтримати, завершити бесіду, звернення з питаннями, прояви зацікавленості в інших людях тощо.

Обмеження, збереженість навичків або здатностей.

Немає дисфункції. Бере участь у суспільних взаєминах, спілкується, розмовляє, взаємодіє з людьми настільки, наскільки це від нього очікується. Немає занепокоєння родини щодо соціальної ізоляції, ознак уникання людей не спостерігається.

Мінімальна дисфункція. Легке обмеження, труднощі у спілкуванні при збереженій можливості спілкуватися. Може спостерігатися легке порушення мови, заїкуватість, легка моторна або амнестична афазія. Неговіркий, усамітнюється в громадських місцях, уникає зустрічей. Соціальної ізоляції або занепокоєння в родини немає.

Очевидна дисфункція. Помірне обмеження спілкування, неможливість установлювати нові контакти при збереженні вже існуючих. Спостерігається при легких психічних або важких психологічних розладах (виражена акцентуація характеру, психопатизації особистості, патологічна некоммунікбельність, надмірна сором'язливість та ін.). Обмеження спілкування проявляється збіднінням ініціативи і зниженням зацікавленості.

Серйозна дисфункція. Виражене обмеження, складнощі у спілкуванні навіть із близькими родичами. Неможливість спілкування зі сторонніми людьми (виражені психічні порушення, сенсорна афазія). Словесне спілкування зведене до мінімуму, пацієнт активно уникає людей, часто замикається в кімнаті. Самостійно без допомоги близьких спілкуватися із сторонніми не може.

Максимальна дисфункція. Неприступний, на питання частіше не відповідає. Замикається у своїй кімнаті, безцільно бродить, не реагує на спроби контактувати з ним. До спілкування не здатен. Не спілкується з іншими, веде поодиноким життям. Самостійно без допомоги близьких спілкуватися із сторонніми не може.

Примітки. Очевидна дисфункція відповідає першому ступеню ОЖ – здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передання інформації. Серйозна дисфункція відповідає другому ступеню ОЖ – здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб. Максимальна дисфункція відповідає третьому ступеню ОЖ – нездатність до спілкування.

Контроль за своєю поведінкою. Враховується здатність пацієнта самостійно контролювати поведінку в рамках прийнятих суспільних норм. Оцінюється здатність усвідомлення особистої безпеки, правильної ідентифікації предметів і людей, поведінки у різних ситуаціях, дотримання громадського порядку, необхідність надання відповідної допомоги. Оцінюється схильність до суперечок, драгівливості, конфліктності, антисоціальної поведінки, злості, зневаги особистою охайністю, самопредставництва.

Обмеження, збереженість навичків або здатностей.

Немає дисфункції. Здатний контролювати свою поведінку, допомоги не потребує.

Мінімальна дисфункція. Легкі порушення здатності контролю своєї поведінки, іноді втрачає контроль над поведінкою, що проявляється у конфліктах, неадекватній поведінці. Допомоги не потребує. Можуть спостерігатися незначні суперечки, проте вони не призводять до необхідності втручання третіх осіб.

Очевидна дисфункція. Частково здатний контролювати свою поведінку. Потребує періодичної допомоги. Усвідомлює особисту безпеку, правильно ідентифікує предмети і людей, проте не намагається дотримуватися громадського порядку. Схильний до суперечок, прояву злості. Самопредставництво обмежене.

Серйозна дисфункція. Періодична втрата контролю над своєю поведінкою. Конфліктний, спостерігається не правильна або агресивна поведінка, потребує втручання офіційних організацій (медичних, соціальних, юридичних). Пацієнта в цілому не виключають із громадського життя, він має потребу в періодичній сторонній допомозі. Здатність усвідомлювати особисту безпеку часткова, поведінка не відповідає суспільним нормам, пацієнт не дотримується громадського порядку. Є необхідність надання відповідної допомоги. Схильний до драгівливості, конфліктності, антисоціальної поведінки, зневажає особистою охайністю.

Виражене порушення і нездатність самостійно контролювати свою поведінку. Порушення контролю над поведінкою призводить до необхідності постійної сторонньої допомоги і догляду. В цілому поведінка антисоціальна та асоціальна. Конфлікти вирішуються втручанням офіційних організацій (медичних, соціальних, юридичних).

Максимальна дисфункція. Виражене порушення і нездатність самостійно контролювати свою поведінку. Порушення контролю над поведінкою призводить до необхідності постійної сторонньої допомоги і догляду. В цілому поведінка антисоціальна та асоціальна. Конфлікти вирішуються втручанням офіційних організацій (медичних, соціальних, юридичних).

Примітки. Очевидна дисфункція відповідає першому ступеню ОЖ – часткове зниження здатності самостійно контролювати свою поведінку. Серйозна дисфункція відповідає другому ступеню ОЖ – здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб. Максимальна дисфункція відповідає третьому ступеню ОЖ – нездатність до контролю за своєю поведінкою.

Трудова діяльність. Враховується час приходу на роботу, своєчасне виконання необхідного обсягу, якість та інтенсивність виконання роботи, дотримання правил поведінки. Не враховується робота на власній присадибній ділянці. Працюючими вважаються ті, хто документально або зі слів родичів або інших значимих осіб може підтвердити наявність роботи.

Обмеження, збереженість навичків або здатностей.

Немає дисфункції. З трудовими функціями справляється, приходять на роботу вчасно і регулярно. Роботу виконує якісно з необхідною інтенсивністю повний робочий день навіть при зміні умов праці (професії, місця роботи тощо). Постійно працює.

Мінімальна дисфункція. Незначне обмеження трудової діяльності. У порівнянні з іншими працівниками продуктивність праці знижена. При зміні умов праці (професії, місця роботи тощо) на цій же роботі, пацієнт частіше спізнюється на роботу або буває відсутній у робочий час. Інтенсивність і якість роботи прогресивно знижуються. Проявляє бажання працювати, є реальні спроби працевлаштуватися.

Очевидна дисфункція. Помірне обмеження трудових функцій. Критерії ті ж, що і при мінімальній дисфункції. Однак відзначається байдуже ставлення пацієнта до роботи. Знизилася продуктивність роботи у звичайних умовах (звичних для пацієнта). Бажання працювати і спроби працевлаштуватися формальні.

Серйозна дисфункція. Значне обмеження трудових функцій. Праця при повному робочому дні можлива у спеціально створених, полегшених умовах (приспосованих до стану пацієнта) або зі зниженням кваліфікації. Помітне зниження якості, інтенсивності і продуктивності праці. Бажання працювати формальне, спроби працевлаштування формальні і безрезультатні.

Максимальна дисфункція. З трудовими функціями не справляється. Більшу частину часу відсутній, роботу виконує неакуратно або зовсім не виконує навіть у полегшених умовах. До пацієнта застосовувалися адміністративні санкції, наприклад, звільнення з роботи. Бажання працювати відсутнє, не прагне знайти роботу. Не здатний до трудової діяльності.

Примітки. Очевидна дисфункція відповідає першому ступеню ОЖ – здатність до виконання трудової

діяльності за іншою спеціальністю при відсутності зниження кваліфікації чи зменшенні обсягу виробничої діяльності та неможливості виконання роботи за своєю попередньою професією. Серйозна дисфункція відповідає другому ступеню ОЖ – здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб. Максимальна дисфункція відповідає третьому ступеню ОЖ – нездатність до трудової діяльності.

Навчання. Враховується час приходу на навчання, своєчасне виконання необхідного обсягу, якість і інтенсивність навчання, дотримання правил поведінки тощо. Враховуються соматичні захворювання, що не дозволяють пацієнту навчатися. Тими, що навчаються, вважаються здатні підтвердити (документально або зі слів родичів або інших значимих осіб), наявність навчання.

Обмеження, збереженість навичків або здатностей.

Немає дисфункції. З навчальним процесом справляється, приходять на навчання вчасно і регулярно. Навчається якісно з необхідною інтенсивністю повний робочий день навіть при зміні умов навчання.

Мінімальна дисфункція. Незначне обмеження навчального процесу. У порівнянні з іншими ефективність навчання знижена. При зміні умов навчання пацієнт частіше спізнюється або буває відсутній. Інтенсивність і якість навчання прогресивно знижуються. Проявляє бажання навчатися.

Очевидна дисфункція. Помірне обмеження навчального процесу. Відзначається байдуже ставлення пацієнта до навчання. Знизилася ефективність навчання у звичайних умовах (звичних для пацієнта). Бажання навчатися і спроби формальні. Може навчатися за спеціальним учбовим режимом учбового процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб.

Серйозна дисфункція. Значне обмеження навчального процесу. Навчання при повному навчальному дні можливе у спеціально створених, полегшених умовах (приспосованих до стану пацієнта). Помітне зниження якості, інтенсивності та ефективності навчання сприймається керівниками як незадовільне, до пацієнта можуть бути застосовані адміністративні санкції. Бажання та спроби відновити навчання формальні і безрезультатні. Може навчатися тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах.

Максимальна дисфункція. З програмою та навчальним процесом не справляється. Більшу частину часу відсутній, навчальний план зовсім не виконує навіть у полегшених умовах. До пацієнта застосовувалися адміністративні санкції. Бажання навчатися відсутнє. Не в змозі засвоювати навчальну програму та виконувати завдання за спеціальними програмами в домашніх умовах. До навчання не здатний.

Примітки. Очевидна дисфункція відповідає першому ступеню ОЖ – здатність до навчання в учбових закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму учбового процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб. Серйозна

дисфункція відповідає другому ступеню ОЖ – здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах. Максимальна дисфункція відповідає третьому ступеню ОЖ – нездатність до навчання.

Професійне навчання. Враховується зацікавленість і реальні дії (а не плани) щодо одержання або повернення до роботи, продовження професійного навчання, перенавчання. Враховується участь у професійній підготовці/перепідготовці.

Обмеження, збереженість навичків або здатностей.

Немає дисфункції. Зацікавлений у професійному навчанні, перенавчанні. Протягом місяця починав активні спроби продовжити професійне навчання. Спроби продовжити професійне навчання завершилися влаштуванням на навчання.

Мінімальна дисфункція. Зацікавлений у професійному навчанні, перенавчанні. Однак розпочати спроби є недостатніми або не зовсім дієвими. Більшості вдається завершити професійне навчання (перенавчання), проте у більш довгий термін. Почасти мотивацією на перерву у професійному навчанні (перенавчанні) є погіршення здоров'я, проте, не підтвержене медичною документацією або свідченням родичів та інших значущих осіб.

Очевидна дисфункція. Пацієнт не виявляв ініціативи у пошуках та спробах професійно навчатися, перенавчатися. Проте здатність професійно навчатися, перенавчатися збережена. Здатність до професійного навчання, перенавчання може реалізовуватися в установах загального типу при дотриманні спеціального режиму учбового процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб.

Серйозна дисфункція. Пацієнт незацікавлений в одержанні роботи (навчання), висловлює різні виправдання своєї незацікавленості, не турбується, що залишається без занять, байдужий до пропозицій працевлаштування (навчання). Здатність до професійного навчання, перенавчання тільки у спеціальних установах та за спеціальними програмами у домашніх умовах.

Максимальна дисфункція. Загальна відсутність зацікавленості в працевлаштуванні (навчанні). Пацієнт заперечує, уникає, перешкоджає спробам працевлаштування (навчання) або висловлює нереальні думки (плани) із приводу працевлаштування (навчання). Нездатність до професійного навчання, перенавчання.

Примітки. Очевидна дисфункція відповідає першому ступеню ОЖ – здатність до професійного навчання, перенавчання в учбових закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму учбового процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб. Серйозна дисфункція відповідає другому ступеню ОЖ – здатність до професійного навчання, перенавчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах. Максимальна дисфункція відповідає третьому ступеню ОЖ – нездатність до професійного навчання, перенавчання.

Здобуття освіти. Враховується зацікавленість і реальні дії (а не плани) по здобуттю освіти.

Обмеження, збереженість навичків або здатностей.

Немає дисфункції. Здобуття освіти можливе способом і в межах, звичайних для дорослого з урахуванням віку, місця проживання та інших факторів.

Мінімальна дисфункція. Легке обмеження здатності до здобуття освіти – можливість навчання у звичайному навчальному закладі при дотриманні спеціального навчального режиму, спеціальних програм. Невідвідування занять через загострення захворювання, курсового лікування, тимчасове звільнення від окремих предметів за рішенням МСЕК. Можливе здобуття іншої освіти.

Очевидна дисфункція. Помірне обмеження здатності до здобуття освіти – здобуття освіти можливе при регулярному використанні технічних засобів, навчанні у спеціальній школі або спеціальній групі зі звичайним терміном або його подовженням на 1 рік. Можливе здобуття іншої освіти.

Серйозна дисфункція. Значне порушення здатності до здобуття освіти – здобуття освіти можливе з використанням спеціальних прийомів, методів, подовженням терміну навчання, скорочення програми, навчання вдома (не враховуючи обсяг програми). Можливе здобуття іншої освіти.

Максимальна дисфункція. Неможливість здобуття освіти.

Примітки. Очевидна дисфункція відповідає першому ступеню ОЖ – здатність до здобуття освіти в учбових закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму учбового процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб. Серйозна дисфункція відповідає другому ступеню ОЖ – здатність до здобуття освіти лише у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах. Очевидна і серйозна дисфункція може бути основою для встановлення другої групи інвалідності при поєднанні з обмеженням однієї або декількох інших категорій життєдіяльності. Обмеження здатності до спілкування і навчання до мінімальної дисфункції в поєднанні з обмеженням (одного або декількох) інших ОЖ, може бути основою для встановлення третьої групи інвалідності. Максимальна дисфункція відповідає третьому ступеню ОЖ – нездатність до здобуття освіти.

Результати дослідження фіксуються та оцінюються у наступних бланках: бланк оцінки дисфункції пацієнтів на психічні та поведінкові розлади (табл. 1), співвідношення ступеня дисфункції, СОЖ, реабілітаційного потенціалу та групи інвалідності (табл. 2), бланк оцінки ефективності індивідуальної програми реабілітації (ІПР) (табл. 3), бланк динаміки дисфункції та СОЖ (табл. 4).

Висновки. Узагальнюючи вищевикладене, можна зазначити, що розроблено інструктивне-методичне забезпечення для МСЕК та реабілітаційних установ, враховує єдині критерії для оцінки обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності та може бути використано при дослідженні пацієнтів, які страждають на психічні та поведінкові розлади. Підхід щодо оцінювання дисфункції

Таблиця 1

Бланк оцінки дисфункції пацієнтів на психічні та поведінкові розлади

Вид обмеження	Дисфункція (у балах)
Самообслуговування	
Пересування	
Орієнтація	
Спілкування	
Контроль за своєю поведінкою	
Трудової діяльності	
Навчання	
Професійного навчання	
Здобуття освіти	
	Всього
0÷9 балів – немає дисфункції або дисфункція мінімальна	
10÷18 балів – очевидна дисфункція	
19÷27 балів – серйозна дисфункція	
28÷36 балів – максимальна дисфункція	

Таблиця 2

Співвідношення ступеня дисфункції, СОЖ, реабілітаційного потенціалу та групи інвалідності

Дисфункція (у балах)	СОЖ*	Реабілітаційний потенціал	Рекомендована група інвалідності
Мінімальна (0–9)	немає	високий	–
Очевидна (10–18)	1	середній	III
Серйозна (19–27)	2	низький	II
Максимальна (28–36)	3	відсутній	I

Примітка: СОЖ - ступінь обмеження життєдіяльності

Таблиця 3

Бланк оцінки ефективності індивідуальної програми реабілітації (ІПР)

Види обмеження:	Відновлення ОЖ			
	повністю	частково	не відновлено	погіршено
	немає ОЖ	I	II	III
Самообслуговування				
Пересування				
Орієнтація				
Спілкування				
Контроль за поведінкою				
Трудова діяльність				
Навчання				
Професійне навчання				
Здобуття освіти				

Примітка: Відновлення повне – передбачає повне усунення обмеження життєдіяльності. Відновлення часткове – зменшення обмеження життєдіяльності: значне поліпшення – на 2 ступені, поліпшення – на 1 ступінь. Не відновлено (без змін) – рівень обмеження життєдіяльності та група інвалідності не змінили. Погіршення означає, що в процесі або в результаті курсу реабілітації ступінь обмеження життєдіяльності підвищився, що вимагає внесення коректив до ІПР.

Бланк динаміки дисфункції та СОЖ

Проблеми:	Місяць (день) реабілітації (Д/СОЖ)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Самообслуговування												
Пересування												
Орієнтації												
Спілкування												
Контроль за поведінкою												
Трудова діяльність												
Навчання												
Професійне навчання												
Здобуття освіти												

у різних сферах соціального функціонування на сьогодні є загальною тенденцією, яка притаманна як зарубіжним, так і українським науковцям, щодо вивчення проблеми надання медичної допомоги із позиції визначення обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності.

Література

1. Інструкція про встановлення груп інвалідності, затверджена Наказом МОЗ України №183 від 07.04.2004 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL : <http://www.dcp.org.ua/publications/zakon/6080.html> . - Заголовок з екрану.
2. Ферфильфайн И. Л. Медико-социальная экспертиза при патологии глаз / И. Л. Ферфильфайн. – Дніпропетровськ : Пороги, 2001. – 211 с.
3. Дерезюк А. В. Стан медико-соціальної допомоги хворим на психічні розлади та обґрунтування можливостей її вдосконалення / А. В. Дерезюк, Н. М. Орлова // Інноваційні діагностичні технології в мед.-соц. експертизі і реабілітації інвалідів : наук.-практ. конф. з міжнар. участю Укр. Держ. НДІ мед.-соц. проблем інвалідності, 21-22 верес. 2005 р. : матеріали конф. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – С. 16–18.
4. Абрамов В. А. Основы качественной психиатрической практики / В. А. Абрамов, С. И. Табачников, В. В. Подкорытов. – Донецк : Каштан, 2004. – 248 с.
5. Стандарт організації, структури та функціонування спеціалізованих психіатричних медико-соціальних експертних комісій та критерії визначення обмежень життєдіяльності хворих з розладами психіки та поведінки : посіб. для лікарів МСЕК і ЛКК / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Т. Г. Войтчак [та ін.]. – Дніпропетровськ : Пороги. 2004. – 100 с.

6. Руководство по оценке ограниченной жизнедеятельности / под ред. В. Б. Смьчека. – Минск, 2003. – 93 с.
7. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения // Арх. психіатрії. – 2005. – № 1. – С. 7–16.
8. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья : МКФ / Всемирная организация здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2008. – 340.
9. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health / T. B. Ustun, S. Chatterji, J. Bickenbach [et al.] // Disabil. Rehabil. – 2003. – Vol. 25, N 11/12. – P. 565–571.
10. Wirtz M. A. The international classification of functioning, disability and health-orientated Occupational Therapy Assessment: a Rasch analysis of its domains / M. A. Wirtz, S. Voigt-Radloff // Int. J. Rehabil. Res. – 2008. – Vol. 31, N 1. – P. 23–32.
11. Інструкція про встановлення груп інвалідності, затверджена Наказом МОЗ України №183 від 07.04.2004 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL : <http://www.dcp.org.ua/publications/zakon/6080.html> . - Заголовок з екрану.
12. Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда : затверджено постановою Кабінету Міністрів України N 757 від 23 травня 2007 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=560-15> . – Заголовок з екрану.
13. Медико-соціальна експертиза психічних та поведінкових розладів : навч.-метод. посіб. для лікарів-психіатрів, наркологів, лікарів мед.-соц. експертних комісій і лікарів-інтернів / Л. М. Юр'єва, С. В. Пхіденко, Н. О. Єрчкова [та ін.]. – Дніпропетровськ : СП „Інтертехнодрук”, 2005. – 144 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Г. А. Приб

В статье рассматриваются вопросы разработки инструктивно-методического обеспечения определения социальной недостаточности у психически больных при медико-социальной экспертизе и реабилитации.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, дисфункция, ограничения жизнедеятельности, социальная недостаточность

DEFINITION DYSFUNCTION VITAL ACTIVITY OF PSYCHIATRIC PATIENTS

G. PRIB

The article deals with view methodical obespечenyua the vital activity limitation and social failure in the practice of medico-social expert evaluation and rehabilitation of psychiatric patients.

Key words: medico-social expert evaluation, criteria of disability, social failure

УДК 616.123-007.64

О. П. Романів

ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ АУТОАГРЕСИВНОЇ АКТИВНОСТІ СУЇЦИДЕНТІВ ТА ХВОРИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

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

Ключові слова: аутоагресія, суїциденти, серцево-судинні захворювання

Актуальність. Феномен аутоагресії містить у собі специфічну (патологічну) форму поведінки людини, що носить характер результуючої активності, зумовленої психологічною, біологічною (психічною) і соціальною дезадаптацією; виникає переважно в екстремальній ситуації і спрямований на зміну цієї ситуації шляхом заподіяння шкоди своєму психічному або фізичному здоров'ю. Дезадаптація проявляється в порушенні здатності адекватного пристосування до навколишнього середовища, конфлікті внутрішньоособистісних потреб, установок і умов, «запитів» зовнішньої реальності [7; 10].

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 [11]. 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 [1; 3; 4].

Нами проведено аналіз психологічних та психопатологічних характеристик особистості хворих із серцево-судинною патологією та пацієнтів із незавершеною суїцидальною спробою, з метою виявлення спільних та відмінних аутоагресивних векторів розвитку цих станів.

Початковою гіпотезою дослідження є твердження про спільні та відмінні аутоагресивні інтенції пацієнтів цих двох груп, які, в залежності від індивідуально-психологічної конституції, психопатологічних характеристик та соціокультурної платформи, по-різному їх реалізували. У розрізі психодинамічного розуміння класифікації аутоагресії, що базується на поняттях мети та свідомих-несвідомих механізмів, суїцид та психосоматичні захворювання (велику частку яких займають саме серцево-судинні) належать до різних категорій – суїцидальної поведінки та аутодеструктивної поведінки [9; 10; 16].

Виявлені психолого-психопатологічні корелянти між цими двома категоріями свідчать про їх тісний зв'язок та можуть дати відповіді на профілактичні, диференційно-діагностичні та терапевтичні запитання обох видів патології.

Матеріали й методи дослідження. Для здійснення завдань дослідження нами було проведено рандомізоване обстеження хворих з різними формами суїцидальної поведінки і контрольної групи порівняння - пацієнтів з серцево-судинною патологією, за період з 2009 по 2013 роки. В основну групу увійшло 60 суїцидентів, що

знаходилися на лікуванні у психіатричному відділенні ЗОКЛ після скоєння суїцидальної спроби стаціонарно та амбулаторно спостерігалися в цьому ж відділенні після виписки. В якості групи порівняння було обстежено 60 пацієнтів кардіологічних стаціонарів області.

Для здійснення типологізації аутоагресивної поведінки, з'ясування соціально-демографічної структури суїцидів у Закарпатській області було обстежено 60 суїцидентів у найближчому постсуїцидальному періоді. Процедура обстеження була реалізована у мірі госпіталізації даних осіб у психіатричне відділення Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака, після скоєння суїцидальної спроби з діагностичною та лікувальною метою автором дисертаційної роботи в період з 2009 до 2012 рр.

До критеріїв виключення пацієнтів із дослідження відносилися: виражене інтелектуально-мнестичне зниження, поведінкові і психічні розлади внаслідок регулярного зловживання психоактивними речовинами; відсутність добровільної усвідомленої згоди на обстеження та лікування; вік молодше 18 років.

Обстеження цих суїцидентів проходило протягом 1-5 доби після здійснення суїцидальної спроби (переважно на 2 добу), що залежало від ступеня важкості суїцидальної спроби, соматичних ускладнень внаслідок аутоагресії та спроможності пацієнтів брати участь у дослідженні за соматичним станом. Дані про кожного з пацієнтів вносилися в карту суїцидологічного дослідження, що містить демографічні дані, відомості про нозологічну приналежність суїцидальної спроби, тип скоєння самогубства та психометричні шкали. З метою оцінки зв'язку між характером і вираженістю психопатологічних порушень та аутоагресивної поведінки для всіх суїцидентів було використано шкалу оцінки позитивних та негативних синдромів (PANSS) та шкалу оцінки тривожності М. Гамільтона як якісного методу оцінки психопатологічної симптоматики пацієнтів. Всім пацієнтам було проведено також психологічне тестування та надано первинну консультативну допомогу. 38 пацієнтам (63,3%) проходили амбулаторно-консультативне лікування безпосередньо після виписки зі стаціонару (4-19 консультативних зустрічей протягом від 2-х тижнів до 1-го року).

Контрольна група складалася відповідно з 23 жінок (38,3%) та 37 чоловіків (61,7%) та відповідала основній клінічній групі у віковій структурі. Критеріями виключення з контрольної групи були: наявність суїцидальних намірів, думок та спроб в анамнезі; важкий соматичний стан пацієнтів; інтелектуально-мнестична неспроможність брати участь у дослідженні.

Враховуючи мультифакторіальність саморуйнівної поведінки, виявлення кількісних та якісних співвідношень між цими показниками дасть змогу підійти до питання корекції на різних рівнях надання допомоги.

Клінічна оцінка обстеження проводилася у двох напрямках – оцінка актуального психічного стану на момент обстеження, клінічне інтерв'ю та ретроспективна оцінка життєвих подій та переживань, що передували випадкам даних госпіталізації до стаціонарів. З цією метою використані наступні методики: метод структурованого інтерв'ю в рамках клініко-феноменологічного підходу; клініко-психопатологічний метод дослідження (структуроване психопатологічне інтерв'ю); методи психометричного шкалювання – шкала Гамільтона для оцінки тривоги, шкала самооцінки (Ч. Д. Спілберга, Ю. Л. Ханіна), оцінка якості рівня життя за Чабан О. С., Хаустова О. О., Колумбійська Шкала Оцінки Важкості Суїциду (C-SSRS).

Оцінка наведеними методиками проводилася на момент після випадку незавершеного суїциду та серцево-судинного захворювання 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.

Метод структурованого інтерв'ю в рамках клініко-феноменологічного підходу. Індивідуальні мотиви та життєва історія кожного з пацієнтів, що здійснювали саморуйнівні дії проявляється в унікальності його переживань, особистісному стилі взаємодії з оточуючими, у тому числі й медичним персоналом. Момент контакту та важливість налагодження стосунків між пацієнтом та дослідником, самі по собі мають позитивний терапевтичний та психокорекційний вплив, проте для дослідницьких завдань ми, поряд із цим, використали структуроване інтерв'ю, що складалося з декількох етапів.

Проводився аналіз даних про перенесені соматичні захворювання, різні психологічні травми і періоди тривалих, виснажливих психоемоційних навантажень, внутрішньоособистісних характеристик, а також можливий взаємозв'язок між перенесеними психотравмуючими та кризовими ситуаціями, захворюваннями та факторами формування аутоагресивної поведінки на фоні коморбідних психопатологічних розладів.

Клініко-психопатологічний метод дослідження (структуроване психопатологічне інтерв'ю). Основним методом діагностики в дослідженні був саме цей метод. В його рамках проводилося структуроване психопатологічне інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта, характеристик аутоагресивної поведінки та коморбідних психопатологічних порушень.

Психопатологічні розлади в процесі структурованого психопатологічного інтерв'ю діагностувалися згідно критеріїв розділу V «Психічні розлади» МКХ-10.

Групі пацієнтів із різними видами межових психічних розладів особлива увага приділялася особливостям

особистісного розвитку хворого, психотравмуючим факторам та психопатологічним проявам періодів декомпенсації. Також враховувалися обсяг, характер та ефективність отриманої психіатричної або психотерапевтичної допомоги, суб'єктивна оцінка пацієнтом наявності психічного розладу.

У пацієнтів із психотичними розладами (шизофренія, афективні, органічні розлади, реактивні психози) проаналізовані особливості дебютування психотичних порушень, динаміка клінічної картини всього періоду захворювання з виділення провідної симптоматики. У цій групі особливу увагу приділялося психопатологічній симптоматиці попередніх загострень захворювання, їх кількості та впливу на якість життя пацієнта; особливостям, тривалості та якості періодів ремісії; наявності дефіцитарних змін особистості; обсягу та характеру отриманої стаціонарної і амбулаторної психіатричної допомоги, ефективності проведеного лікування та реабілітаційних міроприємств.

З метою формалізованої статистичної оцінки психопатологічних порушень у пацієнтів з аутоагресивною поведінкою використовувався метод психометричного шкалювання, що дозволив оцінити окремі статистично значимі показники формування саморуйнівної поведінки. З цією метою застосовувалася шкала PANSS та шкала оцінки вираженості тривоги М. Гамільтона. Дані шкали використовувалися як оціночний, а не діагностичний інструментарій. Їх використання дало змогу оцінити ступінь вираженості основних психопатологічних симптомів у групі досліджуваних пацієнтів та провести їх статистичний аналіз.

Шкала оцінки тривожності М. Гамільтона дала змогу відслідковувати різноманітні аспекти афективних порушень, включаючи депресивну симптоматику та вегетативний компонент психічних розладів, які можуть мати безпосереднє відношення до виникнення саморуйнівних тенденцій у хворих та водночас враховує момент реакції на обстеження (поведінка при огляді, прихильність/неприхильність до перебування в лікарні тощо).

Експериментально-психологічний метод дослідження. В рамках дослідницьких завдань даної роботи, психологічні характеристики виникнення аутоагресивної поведінки потребують своєї верифікації з допомогою тестових методик самооцінки. Психологічний стан та особливості переживань пацієнтів з аутоагресивною поведінкою у порівнянні з такими у респондентів контрольної групи, на нашу думку, може дати відповідь про передумови виникнення аутоагресивної поведінки, сигнали для її попередження. Особистісні психологічні девіації та стратегії подолання фруструючих ситуацій, що мають безпосередній вплив на суїцидогенез проявляються при використанні експериментально-психологічних методик. У дослідженні були застосовані різноманітні тестові методики доповнюючого характеру, що дало змогу оцінити нюанси та тонкощі переживань пацієнтів.

А) Тест самооцінки рівня безнадії А. Бека

Тест містить у собі 20 питань. Рівень у межах 6-ти балів інтерпретувався як низький рівень вираженості

відчуття безнадії, 7-13 балів – помірна, вище 13 балів – високий рівень вираженості даного показника. Цей тест оцінював рівень особистісного відчуття безнадії, відображаючи ступінь песимістичного відношення до майбутнього та невпевненості в собі як основних характеристик та передумов аутоагресивної поведінки.

Б) Тест самооцінки рівня реактивної та особистісної тривоги Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна.

Тест містить 40 питань з чотирьохбальним рангуванням кожної відповіді та є широко розповсюдженим, надійним та інформативним способом самооцінки рівня реактивної тривоги (наприклад, стан на момент дослідження) та особистісної тривоги (як стійка характеристика індивідуальних рис людини). Поєднання в даному тесті дослідження обох цих якостей дає можливість як досліднику, так і самому пацієнту зрозуміти вклад кожної з них у виникнення тих чи інших аутоагресивних тенденцій та дій. Виявлені показники до 35 балів за обома шкалами характеризували низький рівень тривоги і тривожності; 35÷55 балів – помірну, а вище 55 – високу вираженість тривоги та тривожності. Тест використовувався для діагностики характеру емоційного стану та якостей особистості, що безпосередньо впливають на суїцидогенез.

В) Шкала оцінки якості рівня життя за Чабаном О. С., Хаустовою О. О.

Тест містить у собі 10 запитань, що включають інтегровані показники задоволення соціальним статусом, трудовою діяльністю, сімейним благополуччям, самопочуттям в цілому та дає змогу виявити динаміку зміни у ставленні пацієнта до цих положень у процесі терапії; оціночні критерії тесту виявляють суб'єктивні переживання якості життя як вкрай низької (менше 7-ми балів), низької (7-12 балів), середньої (13-18 балів), високої (19-24) та дуже високої (25-39). Спрямованість на суб'єктивну оцінку власного життя, задоволення/незадоволення ним в цілому та окремими його аспектами дало можливість локалізувати межі індивідуально-психологічного дискомфорту як потенційної передумови та платформи, на якій розвиваються суїцидальні інтенції.

Г) Колумбійська Шкала Оцінки Важкості Суїциду (C-SSRS). З її допомогою була встановлена вся послідовність суїцидальної активності кожного обстежуваного хворого. Вона дозволила отримати уявлення про важкість та серйозність поточної суїцидальної спроби, описати історію суїцидогенезу пацієнта, з огляду на її важливість для подальшої інтервенції та реабілітаційних заходів. Шкала складається з чотирьох модулів:

- суїцидальні думки,
- інтенсивність суїцидальних думок,
- суїцидальна поведінка,
- реальна/потенційна небезпека суїцидальних спроб.

Результати та їх обговорення.

У результаті аналізу отриманих показників дослідження, ми виявили ряд спільних особливостей психологічного та психопатологічного статусу пацієнтів з основної групи (суїциденти) та групи порівняння (хворі серцево-судинною патологією), зокрема:

1. Тест самооцінки рівня реактивної тривоги відобразив високі (у 64,4%) показники у пацієнтів кардіологічного профілю та помірні (у 28,7%) для суїцидентів. У той же час висока особистісна тривожність в обох групах знаходилася в дещо інакшому співвідношенні – 31,9% та 73,1% відповідно. Це свідчить про різні закономірності впливу тривожності на суїцидогенез та виникнення кардіопатології; іншими словами – для першого випадку більше значення має висока інтенсивність особистісної тривоги та її зниження через «розряджаючу» функцію суїцидологічного акту, для другого – виникненню психосоматичних еквівалентів аутоагресії сприяє тривожний стан середньої інтенсивності, проте більшої тривалості.
2. Оцінка рівня безнадії в обох випадках показала високі показники. Проте в цьому випадку при кардіологічних захворюваннях факт маніфестації захворювання та госпіталізації вносить додаткове навантаження на переживання безнадії, а у випадку суїцидентів свідчить про тривале переживання безнадії задовго до скоєння суїцидальної спроби. Тут ми простежуємо зворотню тенденцію в порівнянні з показниками тривожності – виникнення захворювання актуалізує психологічні механізми (усвідомлення безнадії), що також лежать в основі суїцидальної активності.
3. Якість життя пацієнтів кардіологічного профілю на момент обстеження 70,9% пацієнтами визначалася як вкрай низька (здебільшого через показники оцінки здоров'я, трудового функціонування), у той час як до хвороби вони оцінювали якість свого життя як середню (65,5%) та високу (20,9%). Серед суїцидентів ці показники як на час обстеження, так і до спроби самогубства знаходилися на рівні низького (54,2%) та середнього (34,1%).
4. За шкалою оцінки тривожності М. Гамільтона було виявлено важку ступінь соматичної тривоги (у 78,3%) пацієнтів кардіологічного профілю та психічної (у 67,7%) суїцидентів.
5. З допомогою Колумбійської Шкали Оцінки Важкості Суїциду (C-SSRS) була встановлена вся послідовність суїцидальної активності пацієнтів основної групи. Також вона дозволила отримати уявлення про важкість та серйозність спроби, описати історію суїцидогенезу пацієнта, з огляду на її важливість для подальшої інтервенції та реабілітаційних заходів.

На жаль, на сьогодні не розроблені достовірні методики оцінки аутоагресивних компонентів психосоматичних захворювань, зокрема захворювань серцево-судинної системи. А безсвідоме протікання таких процесів унеможлиблює їх верифікацію як аутодеструкції до моменту звернення пацієнта за спеціалізованою допомогою, проте патофізіологічні зміни на цьому етапі часто бувають незворотними.

Резюме. Наявність свідомого бажання позбавити себе життя і таким чином розв'язати свою життєву кризу відрізняє суїцидентів та пацієнтів кардіологічного профілю, в яких аутодеструктивна розв'язка носить несвідомий, позбавлений контролю характер, проте має

не менш фатальну загрозу для їх життя та здоров'я. Якщо сучасна суїцидологія оперує вже достатньо розробленим набором інструментарію стосовно допомоги суїцидантам, то для осіб, які мають схильність до аутодеструктивних психосоматичних проявів, діагностичні і терапевтичні заходи визначені недостатньо. У поле зору спеціалістів-суїцидологів та лікарів загальної мережі вони мають шанс потрапити вже після маніфестації захворювання, яке власне може стати несприятливою «платформою» для розвитку суїцидальної активності в подальшому житті пацієнта.

Література

1. Александр, Ф. Психосоматическая медицина. /Ф. Александр. – М.: «Сатья-веда», 2004. – 334 с.
2. Абрамова, Г. С. Психология в медицине / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдичиц. – М.: Кафедра-М, 2000. – 272 с
3. Попов, В. И. Особенности психосоматических взаимоотношений при инфаркте миокарда и гипертонической болезни / В. И. Попов, Т. Н. Кондюхова // Вестн. Рос. Воен. - мед. акад. – 2008. № 1. – С. 78–83.
4. Марченко, А. А. Нозогенные реакции у больных, перенесших инфаркт миокарда / А. А. Марченко, А. Б. Рудницкий, В. Н. Корниченко // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. – 2008. № 3. – С. 116–119.
5. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии: учеб. пособие / Е. В. Сидоренко. – СПб.: «Речь», 2007. – 350 с.
6. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика / Д. Я. Райгородский // Методики и тесты: учеб. пособие. – Самара.: «Летопись», 2006. – 458 с.
7. Шустов Д. И. Аутоагрессивность и иллюзия бессмертия // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2005. - №1 - март.
8. Пилягина Г. Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? // Таврический журнал психиатрии. — 1999. — Т. 3, № 3. — С. 24–27.
9. Пилягина Г. Я. К вопросу о клинико-патогенетической типологии

- аутоагрессивного поведения // Таврический журнал психиатрии. — 2000. — Т. 4, № 1. — С. 22–24.
10. Розанов В. А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможностях его предикции на ранних этапах развития. Украинский медицинский часопис, № 1(75) I - II 2010 г.
 11. Цукарзи Э. Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровня суицидального риска с помощью колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (C-SSRS). Современная терапия психических расстройств. 2011. № 2. С. 30-40.
 12. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология. Пороги, Днепропетровск, 470с., 2006.
 13. Положий Б. С., Панченко Е. А., Посвянская А. Д., Дроздов Э. С. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки. Российский психиатрический журнал. 2008, №2 С. 16-21.
 14. Социальные дисфункции и саморазрушающее поведение. Учебное пособие. - Ижевск, Издательство «Удмуртский университет», 2002. - 122 С (Совавт.: Лекомцев В. Т.)
 15. Г. Я. Пилягина. Аутоагрессивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16. — Київ, 2004. — 32с.
 16. 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.
 17. Руженков В. А., Руженкова В. В., Боева А. В. Концепции суицидального поведения. Суицидология. 2012. № 4. С. 52-59.
 18. Мидько А. А. Гнев и другие личностные предикторы тяжести суицидальной попытки в связи с переживанием безнадежности/
 19. А. А. Мидько, В. А. Розанов // Медицинская психология, 2011. т.Т. 6, № 1.-С.70-76
 20. 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.
 21. Вагин Ю. Р. Вопросы феноменологической суицидологии. Суицидология. 2011. № 3. С. 3-16.
 22. Суицид: Хрестоматия по суицидологии. / Сост. А. Моховиков. Киев: Изд-во А.Л.Д., 1996.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ АУТОАГРЕССИВНОЙ АКТИВНОСТИ СУИЦИДЕНТОВ И БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А. П. РОМАНИВ

В статье показан ряд общих особенностей и отличий психологического и психопатологического статуса суицидентов и больных кардиологического профиля.

Ключевые слова: аутоагрессия, суициденты, сердечно-сосудистые заболевания

PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL PARALLELS OF AUTOAGGRESSIVE ACTIVITY OF SUICIDE ATTEMPTS' PERSONS AND PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

A. ROMANIV

The article describes a number of common features and differences between the psychological and psychopathological status of suicidants and cardiology patients.

Key word: autoaggression, suicidants, cardiovascular diseases

УДК: 616.89 – 008.441.44 – 053(477)

Л. Н. Юрьева, А. Е. Юрьев СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА УРОВНЯ САМОУБИЙСТВ В УКРАИНЕ ЗА 30-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД И ЕЕ ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия»
Министерства здравоохранения Украины, Днепропетровск, Украина

Ключевые слова: суицидальная смертность в Украине, суицидальная динамика, гендерные особенности

Анализ динамики уровня самоубийств является важным индикатором изучения динамики общественного

психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения, а также одним из важнейших

не менш фатальну загрозу для їх життя та здоров'я. Якщо сучасна суїцидологія оперує вже достатньо розробленим набором інструментарію стосовно допомоги суїцидантам, то для осіб, які мають схильність до аутодеструктивних психосоматичних проявів, діагностичні і терапевтичні заходи визначені недостатньо. У поле зору спеціалістів-суїцидологів та лікарів загальної мережі вони мають шанс потрапити вже після маніфестації захворювання, яке власне може стати несприятливою «платформою» для розвитку суїцидальної активності в подальшому житті пацієнта.

Література

1. Александр, Ф. Психосоматическая медицина. /Ф. Александр. – М.: «Сатья-веда», 2004. – 334 с.
2. Абрамова, Г. С. Психология в медицине / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдичиц. – М.: Кафедра-М, 2000. – 272 с
3. Попов, В. И. Особенности психосоматических взаимоотношений при инфаркте миокарда и гипертонической болезни / В. И. Попов, Т. Н. Кондюхова // Вестн. Рос. Воен. - мед. акад. – 2008. № 1. – С. 78–83.
4. Марченко, А. А. Нозогенные реакции у больных, перенесших инфаркт миокарда / А. А. Марченко, А. Б. Рудницкий, В. Н. Корниченко // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. – 2008. № 3. – С. 116–119.
5. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии: учеб. пособие / Е. В. Сидоренко. – СПб.: «Речь», 2007. – 350 с.
6. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика / Д. Я. Райгородский // Методики и тесты: учеб. пособие. – Самара.: «Летопись», 2006. – 458 с.
7. Шустов Д. И. Аутоагрессивность и иллюзия бессмертия // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2005. - №1 - март.
8. Пилягина Г. Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? // Таврический журнал психиатрии. — 1999. — Т. 3, № 3. — С. 24–27.
9. Пилягина Г. Я. К вопросу о клинико-патогенетической типологии

аутоагрессивного поведения // Таврический журнал психиатрии. — 2000. — Т. 4, № 1. — С. 22–24.

10. Розанов В. А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможностях его предикции на ранних этапах развития. Украинский медицинский часопис, № 1(75) I - II 2010 г.
11. Цукарзи Э. Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровня суицидального риска с помощью колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (C-SSRS). Современная терапия психических расстройств. 2011. № 2. С. 30-40.
12. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология. Пороги, Днепропетровск, 470с., 2006.
13. Положий Б. С., Панченко Е. А., Посвянская А. Д., Дроздов Э. С. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки. Российский психиатрический журнал. 2008, №2 С. 16-21.
14. Социальные дисфункции и саморазрушающее поведение. Учебное пособие. - Ижевск, Издательство «Удмуртский университет», 2002. - 122 С (Соавт.: Лекомцев В. Т.)
15. Г. Я. Пилягина. Аутоагрессивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16. — Київ, 2004. — 32с.
16. 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.
17. Руженков В. А., Руженкова В. В., Боева А. В. Концепции суицидального поведения. Суицидология. 2012. № 4. С. 52-59.
18. Мидько А. А. Гнев и другие личностные предикторы тяжести суицидальной попытки в связи с переживанием безнадежности/
19. А. А. Мидько, В. А. Розанов // Медицинская психология, 2011. т.Т. 6, № 1.-С.70-76
20. 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.
21. Вагин Ю. Р. Вопросы феноменологической суицидологии. Суицидология. 2011. № 3. С. 3-16.
22. Суицид: Хрестоматия по суицидологии. / Сост. А. Моховиков. Киев: Изд-во А.Л.Д., 1996.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ АУТОАГРЕССИВНОЙ АКТИВНОСТИ СУИЦИДЕНТОВ И БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А. П. РОМАНИВ

В статье показан ряд общих особенностей и отличий психологического и психопатологического статуса суицидентов и больных кардиологического профиля.

Ключевые слова: аутоагрессия, суициденты, сердечно-сосудистые заболевания

PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL PARALLELS OF AUTOAGGRESSIVE ACTIVITY OF SUICIDE ATTEMPTS' PERSONS AND PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

A. ROMANIV

The article describes a number of common features and differences between the psychological and psychopathological status of suicidants and cardiology patients.

Key word: autoaggression, suicidants, cardiovascular diseases

УДК: 616.89 – 008.441.44 – 053(477)

Л. Н. Юрьева, А. Е. Юрьев

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА УРОВНЯ САМОУБИЙСТВ В УКРАИНЕ ЗА 30-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД И ЕЕ ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия»

Министерства здравоохранения Украины, Днепропетровск, Украина

Ключевые слова: суицидальная смертность в Украине, суицидальная динамика, гендерные особенности

Анализ динамики уровня самоубийств является важным индикатором изучения динамики общественного

психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения, а также одним из важнейших

источников информации для создания профилактических программ.

Сравнительный анализ динамики самоубийств и самоповреждений в Украине, Европейском регионе, Европейском Союзе (ЕС) и странах Содружества Независимых Государств (СНГ) за 30-летний период (1980–2010 гг.), показал, что уровень частоты суицидов в Украине в этот период времени остается высоким и имеет значительные колебания, коррелирующие с историческими, культуральными и социально-экономическими преобразованиями в стране. Уровень суицидов в странах ЕС и Европейского региона – средний и практически стабилен с незначительными колебаниями на протяжении 30-летнего периода. По данным за 2009 год общий уровень смертности от суицидов в Украине превышает таковой в странах Европейского региона в 1,4 раза и в 1,8 раза в странах – членах Европейского Союза (диаграмма 1).

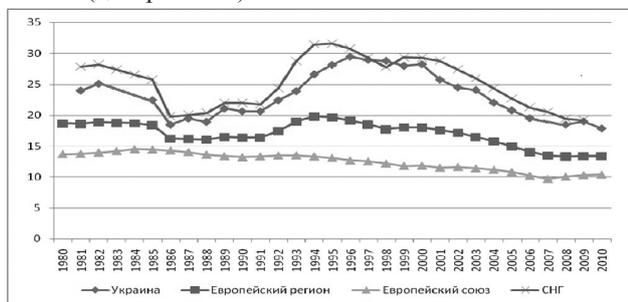


Диаграмма 1. Сравнительная динамика самоубийств и самоповреждений в Украине, Европейском регионе, ЕС и СНГ, 1980 – 2010 (стандартизованные данные на 100 000 нас.)

Частота самоубийств в Украине практически такая же, как и средняя в странах СНГ, но превышает приблизительно в 3,5 раза показатели смертности от суицидов в центрально-азиатских республиках (Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан). Смертность от самоубийств в Украине ниже, чем в России, Белоруссии и Казахстане в 1,3 раза (табл. 1).

При проведении анализа динамики уровня суицидов в Украине с 1981 по 2010 годы выявлены значительные колебания суицидальной смертности (диаграмма 2). Динамика уровня самоубийств в Украине (1981–2010) может быть разделена на несколько периодов [7].

Период снижения суицидальной смертности времен позднего СССР («застой») и антиалкогольной кампании (1981-1988)

Наивысший показатель суицидальной смертности в Украинской ССР был зафиксирован в начале изучаемого периода (25,06 самоубийств на 100 000 населения в 1982 г.). В течение следующих четырех лет число суицидов сократилось почти в 1,4 раза и достигло своего минимума в 1986 году (18,47 самоубийств на 100 000 населения). В дальнейшем уровень самоубийств колебался незначительно вплоть до распада СССР в 1991г. В этот период, известный как «перестройка», ожидания позитивных перемен в обществе были очень высоки. В это же время во всех союзных республиках проводилась масштабная антиалкогольная кампания. В работах ряда авторов выдвинута гипотеза о взаимосвязи между антиалкогольной кампанией и снижением уровня суицидов [2; 8–12].

Таблица 1

Общие показатели самоубийств и распространенность суицидов среди мужчин и женщин в странах бывшего СССР

Страны	Год (наиболее новый из доступных)	Кол-во самоубийств на 100 000 чел. (стандартизованные данные)			Соотношение М/Ж
		Среди населения в целом	Среди мужчин (М)	Среди женщин (Ж)	
Армения	2009	1,73	3,62	0,5	7,2
Азербайджан	2007	0,7	1,17	0,29	4,0
Беларусь	2009	25,83	46,85	8,45	5,5
Эстония	2009	18,25	33,93	5,3	6,4
Грузия	2009	3,97	7,19	1,43	5,0
Казахстан	2009	24,47	43,07	8,57	5,0
Кыргызстан	2009	9,25	15,24	3,59	4,2
Латвия	2009	20,73	37,59	6,73	5,6
Литва	2009	31,47	58,5	8,78	6,7
Молдавия	2009	17,71	32,47	4,88	6,7
Россия	2009	24,15	44,6	7,42	6,0
Таджикистан	2005	3,54	5,45	1,67	3,3
Туркменистан	1998	10,9	17,64	4,35	4,1
Украина	2009	19,02	35,2	5,76	6,1
Узбекистан	2005	5,53	8,87	2,37	3,7

Период роста суицидальной смертности времен «кризиса после распада СССР» (1991÷1996).

Характеризуется стремительным ростом самоубийств среди населения Украины. За период с 1991 по 1996 годы уровень завершенных суицидов увеличился в 1,4 раза, с 20,6 самоубийств на 100 000 населения в 1991 году до 29,4 в 1996 году. Данный период исторически характеризуется глубокими и стремительными изменениями связанными с трансформацией в социальной, экономической, культурной и иных сферах в связи с переходом от социалистического к капиталистическому строю в государстве. Данный период так же характеризуется отменой антиалкогольных ограничений и широкой доступностью алкоголя для населения.

Период стабилизации суицидальной смертности (1996–2000)

Характеризуется стабильно высоким уровнем суицидов на протяжении 4 лет. Исторически этот период совпал с постепенным улучшением экономической ситуации в государстве и ростом индекса промышленного развития с последующим неожиданным для населения экономическим кризисом 1998 года.

С учетом того, что в Украине максимум завершенных суицидов был зафиксирован в 1996 году и этот показатель оставался стабильно высоким в 1997 и 1998 годах, была проанализирована динамика структуры завершенных суицидов в Украине за 15-летний период (1983 г. и 1997 г.). Выявлено, что в группе лиц, в анамнезе которых не отмечено психических расстройств, изменилась возрастная и социальная структура суицидентов. Так, если в 1983 году 94,6% суицидов приходилось на возрастную группу 20÷60 лет, то в 1997 году в эту группу было отнесено только 87,4% суицидентов. Наибольшее количество завершенных суицидов в 1997 году совершили лица работоспособного возраста (71,5%). Средний возраст смерти суицидентов составил 48,3 года. На 1,5% возросло число лиц моложе 20 лет и на 8,4% – старше 60 лет. Кроме того, по сравнению с 1983 годом в 1997 году более чем в шесть раз возросло количество суицидов среди не работающих (2,4% и 15,2% соответственно) [4].

Период снижения суицидальной смертности (2000-2010)

Характеризуется снижением уровня распространенности суицидов. С 2006 года Украина из группы стран с высоким или «критическим» уровнем суицидов (более 20 самоубийств на 100 000 населения) переместилась в группу стран со средним уровнем распространенности самоубийств.

Описанная динамика самоубийств в Украине характерна для многих стран СНГ, где пик суицидальной активности был достигнут через 4÷6 лет после распада СССР [3]. В этот период была особенно выражена психическая дезадаптация населения, вызванная социально-экономическими потрясениями, сменой и ломкой национальной мотивации, кризисом идентичности, anomией. Затем наступает адаптация населения к новым социокультуральным условиям и наблюдается постепенное снижение частоты суицидов.

Динамика уровня самоубийств в Украине за 1980÷2010 гг. представлена на диаграмме 2.

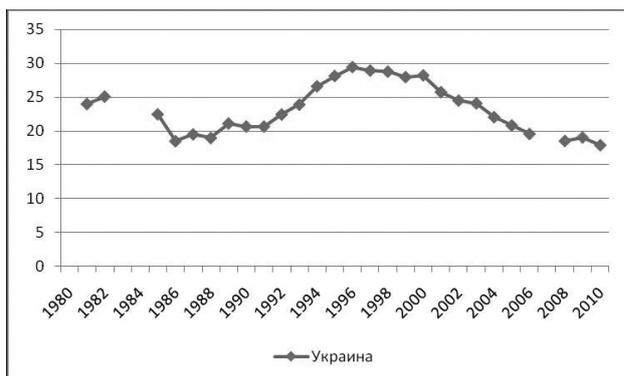


Диаграмма 2. Динамика уровня самоубийств в Украине за 1980-2010 гг. (стандартизованные данные на 100 000 нас.)

Гендерные характеристики суицидальной динамики

Украина относится к числу стран с высокой мужской суицидальной смертностью. Среди причин мужской «сверхсмертности» наиболее значимы следующие [15]:

1. Большая распространенность зависимости от психоактивных веществ (особенно алкоголя и его суррогатов, так называемого «самогона»);
2. Более выраженная предрасположенность к делинквентным и девиантным формам поведения.
3. У мужчин более выражена уязвимость к социо-экономическим кризисам и в ситуациях кардинального изменения жизни (развал СССР) у них чаще отмечаются непродуктивные поведенческие копинг-стратегии.

При анализе динамики мужских суицидов за 30-летний период (1980-2010) четко прослеживаются корреляции с социо-экономической ситуацией в Украине. Периоды кризиса отмечены значительным ростом суицидов именно в популяции мужчин (диаграмма 3). Существует гипотеза, что так называемая «фатальная триада» социо-экономических изменений, включающая в себя быстрый рост безработицы, нестабильность рынка труда и значительное урезание социальных затрат и программ, особенно негативно влияет на суицидальную активность среди мужского населения [14].

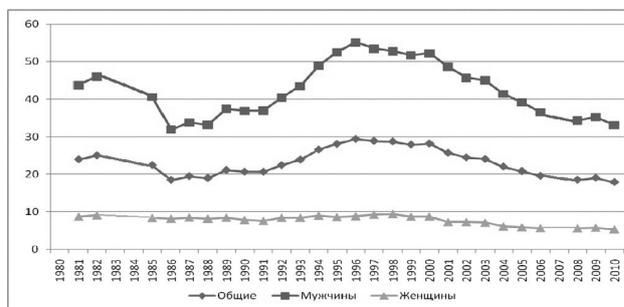


Диаграмма 3. Общая и гендерная динамика самоубийств и самоповреждений в Украине за 1980–2010 годы (стандартизованные данные на 100 000 населения)

Источник: База данных «Здоровье для всех»; Европейское региональное бюро ВОЗ (версия за январь 2012 года)

Таблиця 2

Сравнительные гендерные показатели частоты завершённых суицидов в Украине и регионах мира в 2009 г. (стандартизованные данные на 100 000 населения)

Регионы	Мужчины	Женщины	М/Ж
Украина	35,2	5,76	6,1
Страны СНГ	34,69	6,11	5,7
Страны Европейского Союза	16,81	4,4	3,8
Страны Европейского региона	22,77	5,04	4,5

Источник: База данных «Здоровье для всех»; Европейское региональное бюро ВОЗ (версия за январь 2012 года)

Среди мужчин минимум суицидов был зафиксирован в 1986 году (31,87 на 100 000 населения), а максимум – в 1996 году (55,21 на 100 000 населения). Рост суицидов произошел, прежде всего, за счет мужчин 30÷60 лет [5]. С 2001 года отмечается ежегодное снижение уровня суицидов, и в 2010 году этот показатель составил 33,12 на 100 000 населения.

В Украине соотношение завершённых суицидов у мужчин и женщин в 2010 году составило 6,1:1, при общемировом показателе 3,5:1. Мужчины Украины добровольно уходят из жизни в 2 раза чаще, чем в странах Европейского Союза и в 1,5 раза чаще, чем в странах Европейского региона. Частота завершённых суицидов у мужчин Украины сопоставима только с таковой в странах СНГ (табл. 2).

Частота суицидов у женщин Украины меньше, чем в странах СНГ (см. табл. 1). Амплитуда его колебания в течение 30 лет (с 1980 по 2010 гг.) не столь выражена, как у мужчин. Минимальное количество завершённых суицидов среди женщин было зафиксировано в 2010 году (5,34 на 100 000 населения), а максимальное – в 1998 году (9,35 на 100 000 населения). Рост суицидальной активности в 1998 году был обусловлен, прежде всего, ростом суицидальной активности среди женщин 24÷59 лет и пожилых [13].

Количество самоубийств среди мужчин наиболее высоко в Восточной Украине и наиболее низкое в Западной Украине. Обращает на себя внимание, что количество самоубийств среди мужчин в Западной Украине относительно устойчиво в течение изучаемого периода (1996-2009 г.г.). В то же время количество самоубийств среди мужчин в других регионах Украины имеет тенденцию к постепенному уменьшению.

Количество самоубийств среди женщин является наиболее высоким в Восточной и Южной Украине, и самым низким в Западной Украине. Динамика женских суицидов характеризуется S-формой: пик женской смертности от суицидов был достигнут в 1997÷1998 гг., за которым следует постепенное снижение. Наиболее низкие уровни суицидов среди женщин были достигнуты в 2005÷2006 гг. после чего следует постепенное увеличение. Колебания уровня суицидов наиболее незначительны в Западной Украине и наиболее выражены в Восточной и Южной Украине [6].

Полученные данные указывают на высокую значимость первичной профилактики суицидального

поведения населения с акцентом на психологические, социальные и информационно-образовательные стратегии и необходимость разработки дифференцированных программ превентивных вмешательств. Особую актуальность приобретают эти подходы в кризисные периоды развития общества, когда происходит рост всех составляющих «фатальной триады» социо-экономических изменений.

Литература

1. База данных «Здоровье для всех»; Европейское региональное бюро ВОЗ (версия за январь 2012 года).
2. Немцов А. В. Алкогольная история России: Новейший период / А. В. Немцов. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 320 с.
3. Положий Б. С. Макросоциальные детерминанты частоты суицидов в России / Б. С. Положий // Материалы съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 446-447.
4. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: [монография] / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
5. Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы / Л. Н. Юрьева // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 1(50). – С. 34-36.
6. Юрьева Л. Н., Зинченко Е. Н., Юрьев А. Е. Региональная и гендерная динамика уровня суицидальной смертности среди городского и сельского населения Украины // Психічне здоров'я, – Випуск 4(37), -2012. –С.76-80
7. Юрьева Л. Н., Юрьев А. Е. Динамика суицидальной смертности в Украине // Український вісник психоневрології. – Том 20, вип. 3(72), 2012 –С.239
8. Kolves, K., A. Varnik, L. M. Tooding, and D. Wasserman. 2006. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychol Med* 36 (7):923-30.
9. Varnik, A., K. Kolves, M. Vali, L. M. Tooding, and D. Wasserman. 2007. Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? *Addiction* 102 (2):251-6.
10. Wasserman, D., and A. Varnik. 1998. Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 394:1-4.
11. Wasserman, D., A. Varnik, and G. Eklund. 1994. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 89 (5):306-13.
12. Wasserman, D., A. Varnik, and G. Eklund. 1998. Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 394:26-33.
13. Yur'yeva, L.N., and A.Y. Yur'yev. 2008. Gender dynamics of suicides and self-damages in Ukraine. In *12th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. 27-30th August 2008. Glasgow, Scotland.*
14. Yur'yev, A., P. Varnik, L. Yur'yeva, and A. Varnik. 2012. Alert for suicide prevention in Greece: remember lessons from Eastern Europe! *International Journal of Social Psychiatry.*
15. Yur'yev A., Yur'yeva L., Varnik P., Varnik A. . 2011. Risk and Protective Factors for suicide mortality in Ukraine. *Chinese Mental Health Journal* 25 (9 Suppl.):261.

ПОРІВНЯЛЬНА ДИНАМІКА РІВНЯ САМОГУБСТВ В УКРАЇНІ ЗА 30- РІЧНИЙ ПЕРІОД І ЇЇ ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ

Л. М. ЮР'ЄВА, А. Є. ЮР'ЄВ

Проведено порівняльний аналіз динаміки самогубств і самоушкоджень в Україні, Європейському регіоні, ЄС і країнах СНД за 30-літній період (1980÷2010 р.) Аналіз динаміки рівня суїцидів в Україні за цей період виявив значні коливання суїцидальної смертності, що корелює з історичними, культуральними і соціально-економічними перетвореннями в країні. Виділено чотири періоди, що відображають коливання рівня самогубств в Україні. Проаналізовані гендерні характеристики суїцидальної динаміки в Україні і регіонах світу. Роблячи висновок, що аналіз динаміки рівня самогубств є важливим індикатором вивчення динаміки суспільного психічного здоров'я, соціального благополуччя і якості життя населення, а також одним із найважливіших джерел інформації для створення профілактичних програм.

Ключові слова: суїцидальна смертність в Україні, динаміка, гендерні особливості

COMPARATIVE DYNAMICS OF THE SUICIDE RATE IN UKRAINE FOR 30 YEARS AND ITS GENDER-SPECIFIC

L. N. YUR'YEVA, A. E. YUR'YEV

Carried out a comparative analysis of the dynamics of suicide and self-harm in Ukraine, the European region, the EU and the CIS countries over a 30-year period (1980 to 2010). The analysis of dynamics of suicides in Ukraine during this period, revealed significant variations of suicide mortality correlates with historical, cultural and socio-economic reforms in the country. Highlights four period, reflecting the fluctuations in the level of suicides in Ukraine. Analyzed the dynamics of gender characteristics of suicide in Ukraine and the world.

It is concluded that the analysis of the dynamics of the suicide rate is an important indicator of the study of the dynamics of public mental health, social well-being and quality of life, and also one of the most important sources of information for the creation of prevention programs.

Key words: suicide mortality in Ukraine, suicide dynamics, gender peculiarity

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89

І. Ф. Здорик

ПРОБЛЕМА ДЕПРЕСИВНИХ ТА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

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

Ключові слова: депресивні розлади, когнітивні порушення, гіпертонічна хвороба, захворюваність, клініка

Демографічна ситуація у світі характеризується невинним постарінням населення. Зміни у віковій структурі проявляються зростанням людей похилого (60÷74 роки) та старечого віку (75 років і більше). За даними ООН у 2000 р. кількість осіб, старше 60-ти років, становила до 590 млн і за прогнозами у 2025 р. має перевищити 1 млрд 121 млн осіб. У міру старіння росте коефіцієнт переваги жінок серед загальної чисельності осіб пенсійного віку. У віці 55 років на 1000 жінок припадає 763 чоловіка, у 70 років – 436 [17–18].

Згідно з даними Державної служби статистики України на чисельність наявного населення в Україні на 1 квітня 2013 р. становила 45512,9 тис. осіб. Порівняно з січнем 2012 р. обсяг природного скорочення збільшився на 1,3 тис. осіб, або з 4,7 до 5,0 особи в розрахунку на 1000 наявного населення. Незважаючи на поступове збільшення народжуваності (з 10,7 особи на 1000 наявного населення у січні 2012 р. до 11,2 у січні 2013 р.), залишається суттєвим перевищення кількості померлих над кількістю живонароджених: на 100 померлих приходить 69 народжених.

Станом на 1 січня 2012 року частка осіб старше 60 років в Україні склала 21,2% у загальній чисельності населення. Разом із постарінням населення відбувається нагромадження хвороб, збільшення кількості самотніх осіб та людей, які потребують стороннього піклування, збільшення потреби в медичній допомозі та соціальному захисті. У табл. 1 наведені дані розподілу осіб, старшої вікової групи за місцем проживання.

Частка осіб старше 60-ти років більша серед мешканців села у порівнянні з містом. Ця тенденція має бути врахована при організації медичної допомоги даній категорії.

Медико-демографічна ситуація в Україні має свої особливості. Так, серед основних причин смертності населення України в січні 2013 р., як і в січні 2012 р., перше місце продовжують посідати хвороби системи кровообігу (68,2%). Прогнози щодо захворюваності в світі та Україні вказують на збереження тенденції до зростання [18; 28]. Близько половини осіб похилого віку страждають на гіпертонічну хворобу, причому переважно це жінки. З віком гіпертонічна хвороба обтяжується атеросклерозом, серцевою недостатністю, порушеннями серцевого ритму. Близько чверті пацієнтів одночасно мають 3 та більше соматичних захворювань. Серед пацієнтів із соматичною патологією на депресію страждають 10÷45% [16; 19–21; 24].

Аналіз психічного здоров'я населення України за період 2008÷2012 роки виявив наступні тенденції. Захворюваність на розлади психіки та поведінки зменшилася на 8,7% за 5-річний період (з 249,2 на 100 тис. населення у 2008 до 227,5 у 2012 році), що може бути обумовлене гіподіагностикою психічних розладів, особливостями в організації надання психіатричної допомоги, відсутністю статистичного обліку пацієнтів, які обслуговуються у психіатрів недержавних закладів, відношенням населення до стану психічного здоров'я, культурою та традиціями щодо ставлення до осіб із вадами психіки.

У структурі показників захворюваності у 2012 році, як і минулі роки, серед усіх розладів психіки та поведінки переважали розлади психіки неспсихотичного характеру (72,2%, або 164,3 на 100 тисяч населення). Протягом останніх 5-ти років поширеність розладів психіки та поведінки збільшилася на 0,3% і у 2012 році склала 2553,9 на 100 тис. населення (у 2008 р. – 2545,8). Аналіз структури поширеності розладів психіки та поведінки

Таблиця 1

Розподіл постійного населення віком старше 60 років за статтю в Україні станом на 1 січня 2012 року

Тип проживання	Особі всіх вікових груп, абс., тис.	Особі старше 60 років					
		абс., тис.			віднос., %		
		всього	чол.	жін.	всього	чол.	жін.
Місто	31 125	6 284	2 250	4 034	21,19	7,23	12,96
Село	14 328	3 333	1 151	2 182	23,27	8,04	15,23
Загалом	45 453	9 618	3 402	6 216	21,16	7,49	13,68

Таблиця 2

Захворюваність на деякі розлади психіки та поведінки в Україні

Показник	Абсолютні числа		на 100 тис. населення	
	2008	2012	2008	2012
Психічні розлади, всього	115 089	103 404	249,15	227,5
з них особи, старші працездатного віку	24 023	26 547	216,3	233,8
Розлади психіки неспихотичного характеру	84 251	74 695	182,39	164,33
з них особи, старші працездатного віку	15 023	16 711	135,3	147,2
Деменція, всі форми (F00-F03)	6 823	7 290	14,77	16,04
з них особи, старші працездатного віку	5 458	6 115	49,1	53,9
Судинна деменція (F01)	4 813	5 157	10,42	11,35
з них особи, старші працездатного віку	4 078	4 461	36,7	39,3
Афективні розлади (F30-F39)	5 466	4 947	11,83	10,88
з них особи, старші працездатного віку	1 361	1 530	12,3	13,5
Афективні неспихотичні розлади	4 039	4 120	8,74	9,06
Невротичні, пов'язані за стресом та соматоформні розлади (F40-F48)	27 014	23 165	58,48	50,96
з них особи, старші працездатного віку	4 500	4 367	40,5	38,5

засвідчив збереження тенденції до зростання відсотку неспихотичних розладів – 49,9% (або 1275,1 на 100 тис. населення); на розлади психотичного характеру припадало 27,0% (або 689,5), розумову відсталість – 23,1% (або 589,4) [21].

Динаміка показників загальної захворюваності та за деякими нозологічними групами наведена в табл. 2.

Незважаючи на зменшення показника загальної захворюваності на психічні та поведінкові розлади за період 2008÷2012 рр., відзначена тенденція зростання загальної захворюваності у групі осіб, старших працездатного віку. Аналогічна ситуація спостерігається в окремих нозологічних групах (розладах психіки

неспихотичного характеру, всіх формах деменції, афективних розладах). У групі невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладах відзначене зниження показника захворюваності як у всіх вікових групах, так і в групі осіб старше працездатного віку.

Динаміка показників поширеності психічних розладів у цілому по Україні та за деякими нозологічними групами наведена в табл. 3.

Поширеність психічних розладів (на 100 тис. населення) за останні 5-ть років має тенденцію до незначного зростання, а серед осіб у старших вікових групах у 3÷7 разів більша ніж у загальній когорті населення [17–18]. Дане явище може бути пояснене накопиченням пацієнтів

Таблиця 3

Поширеність деяких розладів психіки та поведінки в Україні

Показник	Абсолютні числа		на 100 тис. населення	
	2008	2012	2008	2012
Психічні розлади, всього	1 175 962	1 160 846	2 545,8	2 553,9
з них особи, старші працездатного віку	258 935	267 978	2 331,5	2 360,1
Розлади психіки неспихотичного характеру	584 875	579 551	1 266,17	1 275,05
з них особи, старші працездатного віку	128 098	137 567	1 153,4	1 211,6
Деменція, всі форми (F00-F03)	53 731	50 625	116,32	111,4
з них особи, старші працездатного віку	33 765	32 010	304,0	281,9
Судинна деменція (F01)	26 805	28 072	58,03	61,8
з них особи, старші працездатного віку	21 735	20 578	195,7	181,2
Афективні розлади (F30-F39)	50 520	51 968	109,37	114,3
з них особи, старші працездатного віку	19 579	20 072	176,3	176,8
Афективні неспихотичні розлади	30 198	33 435	65,37	73,6
Невротичні, пов'язані за стресом та соматоформні розлади (F40-F48)	158 038	155 813	342,13	342,8
з них особи, старші працездатного віку	29 296	31 544	263,8	277,8

із вадами психічного здоров'я, які захворіли в ранньому віці, зростанням рівня захворюваності на психічні розлади, як наслідок церебральних та атрофічних процесів, соматичної патології. Збільшення психічної патології в осіб похилого віку прогнозується й експертами ВООЗ [17; 28].

Дані численних популяційних досліджень свідчать, що поза увагою фахівців психіатрів залишається значна частина осіб (зокрема похилого віку), які страждають на психічні розлади [19–20; 29–32]. Перш за все йдеться про розлади неспсихотичного рівня, оскільки психотичні розлади виявляються в 12 разів краще [17].

Результати спеціального епідеміологічного дослідження (ВООЗ, 2000) засвідчили, що частота звернень 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%, протягом 12 місяців – 17,6%, що в 7 разів перевищує показник офіційної звітності (2,5%). Вивчення показника поширеності психічних та поведінкових розладів говорить, що 2,7% населення України потребують допомоги лікаря-психіатра, а серед тих, що знаходяться під наглядом лікарів психіатрів, кожна п'ята особа є людиною похилого віку. Доповідь робочої групи ЕСНР (2008) показала, що поширеність захворювань психічної сфери у країнах Євросоюзу сягає 24,1%, тим самим віддзеркалюючи високий рівень інтеграції служб психічного здоров'я у первинну медико-санітарну мережу [21].

Лікарі-інтерністи виявляють психічні розлади у 36,9 – 60,1% пацієнтів, у той час як при психіатричному огляді психічні розлади виявляються у 53,2 – 89,2% пацієнтів [17–20]. Серед осіб із невиявленими лікарями первинної мережі психічними розладами переважали хворі з більш високим соціальним статусом, високим рівнем освіти та менш вираженими симптомами тривоги та депресії [2–3; 8–9].

До основних причин низької діагностики у даній категорії хворих варто віднести схильність психолізувати та пояснювати порушення неспсихотичного рівня, мала інформованість населення та лікарів загальної практики щодо психічних розладів, побоювання пацієнтів психіатричних стигм, переважання зацікавленості у соматичному здоров'ї з витісненням значення психічного благополуччя, зниження соціальної активності та приписування психічним порушенням статусу «проявів старіння».

У світі відзначається стрімкий ріст афективної патології. Нині на поширеність неспсихотичних афективних розладів припадає близько третини серед розладів психіки та поведінки, та 64% від поширеності афективних розладів [21]. Чільне місце займає депресія. Згідно прогнозів експертів до 2020 р. депресія стане другою за частотою причиною захворюваності у світі [28].

За результатами епідеміологічного дослідження в рамках програми World Mental Health 2000 в Україні депресія превалювала серед жінок, а її рівень суттєво зростав із віком (поміж респондентів-жінок старше

50-ти років депресивні розлади становили 25,9%). Серед факторів ризику розвитку відзначалися: проживання в Києві, Київській області та східних регіонах, неодруженість, низький рівень освіти, робота на дому, перебування на пенсії та неадекватний матеріальний стан [17–18].

На сучасному етапі відмінною особливістю депресивних станів є неухильне зростання питомої ваги невротичних та соматогених форм у порівнянні з класичними ендогенними депресіями (в загальній структурі депресивної патології частка неспсихотичних форм перевищує 60%) [2; 8–10; 13–16].

Особливе місце займають депресії при кардіологічній патології. Значущість вивчення даної проблеми обумовлена низкою факторів:

- соматична обтяженість пацієнтів старшої вікової групи часто приводить до діагностичних труднощів і, як наслідок, до збільшення відсотку нерозпізнаних депресій;
- обтяжується перебіг обох захворювань та погіршується прогноз;
- підвищується суїцидальний ризик;
- знижується якість життя, ускладнюється психологічна та соціальна адаптація;
- виникає необхідність індивідуального підходу терапії з урахуванням хронічних органічних, неврологічних та соматичних захворювань (профілактика поліпрагмазії);
- зростають прямі та непрямі витрати на лікування, реабілітацію та адаптацію вказаної категорії пацієнтів.

Висока частота виникнення постінсультної депресії (близько 50–70%) може свідчити про важливу роль основних ланок патогенезу інсульту (зокрема «ішемічного каскаду» та пов'язаних із ним нейрометаболічних та нейромедіаторних порушень) на формування депресивної симптоматики. При хронічних порушеннях мозкового кровообігу (дисциркулярна енцефалопатія, судинна деменція), коли «ішемічний каскад» спостерігається в пролонгованому та одночасно скороченому вигляді, також відмічається значна частота депресій: від 40–60% при дисциркуляторній енцефалопатії [29] до 80–90% при судинній деменції. Існує і протилежна точка зору, де депресія розглядається як самостійний патогенетичний фактор ризику в розвитку церебрального атеросклерозу шляхом гіперпродукції протизапальних цитокінів INF- γ , IL-6, IL-1, викликаючи ендотеліальну дисфункцію та зниження проти інфекційного захисту [23].

На психоемоційний стан пацієнтів із гіпертонічною хворобою впливають чисельні фактори: вік, стать, рівень освіти, соціальної та рухової активності, матеріально-побутове забезпечення, стан родинних взаємовідносин, проживання на самоті, давність та важкість соматичних захворювань, успіх корекції рівня тиску, обтяженість психічного анамнезу тощо [2; 6; 9; 22]. Ряд авторів надають особливе значення комбінації тривалого стресу та віку при виникненні психоемоційних порушень, вказують на зв'язок між виникненням депресивних розладів та важкістю соматичної патології [2–3; 6; 8; 14–16; 20]. Нездатність людини описати свої

переживання, відділити свої почуття від тілесних відчуттів (алекситимія) відіграє важливу роль у розвитку депресивних розладів у літніх пацієнтів [2–3; 19; 22].

Депресивні розлади при цереброваскулярній патології та артеріальній гіпертензії мають наступні особливості: рідко фіксуються психопатологічні прояви (ідеї винуватості, фобії, маячна та галюцинаторна симптоматика), депресивна симптоматика характеризується поліморфізмом, відсутня чітка кореляція між важкістю органічного ураження мозку та ступенем клінічних проявів депресії, часто спостерігається сполучення депресивної та тривожної симптоматики, порушення сну, велика кількість соматовегетативних скарг, наявні виражені когнітивні порушення [4–8; 11]. У свою чергу, поведінкові розлади (наприклад, при деменції) та когнітивний дефіцит можуть суттєво впливати на клінічну картину, маскуючи депресивну симптоматику та збільшуючи ризик суїциду. Нерідко проявами депресії можуть виступати лише зміни в поведінці пацієнтів: конфліктність, роздратованість із концентрацією уваги на своєму соматичному стані та фізичних відчуттях, підвищена вимогливість до оточуючих. Зокрема, для літніх жінок характерне відчуття страху, загальні соматичні симптоми, розлади засипання, зниження настрою та потреби в діяльності. Відмічено наростання симптоматики з віком. Отримання сумнівних переваг «хворого», збільшення уваги з боку родичів, медперсоналу може сприяти «заглибленню в хворобу».

Окрім афективних розладів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою, часто діагностуються когнітивні порушення різного ступеня. На початкових етапах вони проявляються розладами уваги та зниженням швидкості реакції на чисельні стимули. З прогресуванням психоорганічного синдрому виникають порушення з боку пам'яті, мислення та інших когнітивних функцій [1; 4–5; 11–12].

Важливою диференційною ознакою когнітивного дефіциту при депресії є його мінливість та залежність від важкості депресивного розладу, тоді як при деменції рівень когнітивної дисфункції має тенденцію до заглиблення. Позитивна динаміка когнітивних функцій на терапію антидепресантами також може свідчити на користь депресивного розладу [1; 5; 10; 13–14]. Динамічна оцінка когнітивних розладів може використовуватися для встановлення диференційного діагнозу між депресією та початковими проявами дегенеративних захворювань, визначення прогнозу та ефективності терапії депресії [10; 22; 25].

Таким чином, у даному огляді представлені дані про демографічну ситуацію, динаміку психічного здоров'я населення України, окреслені сучасні тенденції змін показників захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки в цілому та афективної патології зокрема. Описані основні фактори ризику розвитку депресивних розладів, розглянутий вплив депресивних та когнітивних порушень на перебіг гіпертонічної хвороби, наведені характерні клінічні особливості при даних патологіях.

Література

1. Безруков В. В., Бачинская Н. Ю. Синдром помірних когнітивних порушень при старінні (методичні рекомендації) // Київ-2007. – 32 с.
2. Бурячковская Л. И., Полякова Е. О., Сумароков А. Б. Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний // Л. И. Бурячковская, Е. О. Полякова, А. Б. Сумароков *Терапевтический архив*. – 2006. – №11. – С. 87-92.
3. Васюк Ю. А. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии // Ю. А. Васюк, Т. В. Довженко, Е. Л. Школьник, Е. Н. Юциук – М.: Анахарсис, 2009. – 200 с.
4. Дамулин И. В. Сосудистые когнитивные нарушения у пожилых // *Рус мед журн*. – 2009. – № 17 (11). – С. 721-725.
5. Дамулин И. В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии // *Международный неврологический журнал*. – 2009. – № 7 (29). – С. 85-90.
6. Дроздова І. В., Мацуга О. М. Межі «норма-патологія» показників іпохондрії, депресії та істерії у хворих на артеріальну гіпертензію // *Медичні перспективи*. – 2007. – №3. – С. 12-21.
7. Євтушенко С. К. Помірні когнітивні розлади судинного тенезу. Клініко-інструментальна діагностика. Методичні рекомендації: Наукове видання // С. К. Євтушенко, І. С. Луцький, Т. М. Морозова, В. А. Симонян. – К., 2010. – 23 с.
8. Задионченко В. С., Бардеништейн Л. М., Скорик Ю. В., Яльмов А. А. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания: обзор литературы // *Медицина критических состояний*. – 2005. – №6. – С. 26-31.
9. Копчак О. О. Особливості депресивних розладів та когнітивних порушень у хворих із дисциркуляторною енцефалопатією // *Український медичний часопис*. – 2012. – №6(92). – С. 129-132.
10. Кузнецов В. Н. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи // Кузнецов В. Н., Мазуренко М. А., Маляров С. А., Насинник О. А., Юдин Ю. Б., Юрьева Л. Н. – Киев. – 2004. 160 с.
11. Лурія А. Р. Высшие корковые функции человека. – М.: Питер, 2008. – 621 с.
12. Маньковский Н. Б., Бачинская Н. Ю., Холин В. В., Полетаева К. Н. Синдром умеренных когнитивных нарушений у лиц старшего возраста // *Украинский неврологический журнал*. – 2006. – № 1. – С. 47-53.
13. Марута Н. О. Клініко-психопатологічні особливості депресій та їх терапія у осіб похилого віку // *Український вісник психоневрології*. – 2011. – Т. 19, № 1(66). – С. 66-72.
14. Мищенко Т. С., Шестопалова Л. Ф., Мищенко В. Н. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции // *Международный неврологический журнал*. – 2007. – № 2(12). – С. 26-30.
15. Мишев В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. – Львів: Видавництво Мс. – 2004. – 208 с.
16. Мороз С. М. Проблема депрессии у больных с хроническими соматическими заболеваниями // *Международный неврологический журнал*. – 2008. – № 2(18). – С. 127-130.
17. Пінчук І. Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Стаднюк Л. А., Левада О. А., Пустовойт М. М., Ширяєва М. І. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2010. – 432 с.
18. Пінчук І. Я. Геронтопсихіатрична допомога: сучасні підходи. / *Монографія*. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2011. – 244 с.
19. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 256 с.: ил.
20. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.: ил.
21. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008-2012 рр. Київ. – 2013. – 202 с.
22. Старчина Ю. А., Парфенов В. А., Чазова И. Е. и др. Когнитивные функции и эмоциональное состояние больных, перенесших инсульт, на фоне антигипертензивной терапии // *Журн. неврол. и*

- психіат. ім. С.С. Корсакова. Інсулт. – 2005. Вып. 15. – С. 39-44.
23. Шкурко М. Г. Депресія як самостійний патогенетичний фактор у розвитку церебрального атеросклерозу. / Шкурко М. Г., Слободін Т. М., Головченко Ю. І., Лісяний М. І. // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 1. – С. 61-64.
 24. Шорена Ваидазе Депрессивные расстройства у больных с цереброваскулярной патологией // Международный неврологический журнал. – 2007. – № 6(16). – С. 44-46.
 25. Юров И. В. Нарушения эмоционально-волевой и когнитивной сферы у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией атеросклеротического, гипертонического и дисметаболического генеза // Международный неврологический журнал. – 2009. – № 7(29). – С. 60-62.
 26. Яворская В. А., Фломин Ю. В., Гребенюк А. В. Подходы к исследованию когнитивных функций при церебральных заболеваниях и других органических поражениях головного мозга: обзор иностранной литературы // Международный неврологический журнал. – 2008. – № 2(18). – С. 131-137.
 27. Auchus A., Chen C. Vascular MCI: exploratory experience with definition and course. /In: 2nd Congress of the International Society for Vascular Behavioural and Cognitive Disorders (Vas-Cog). Abstract book. Florence, 2005
 28. Brown P. Effective treatment for mental illness are not being used, WHO says // Brit. Med. J. – 2001. – V.323. – P.769
 29. Holms R.J., Wermeyer K., Smith P.A. Depression and cardiovascular pathology: epidemiology and risk factors // Epidemiology Studies in Neurology and Psychiatry: Practical Guidelines. – Chicago: Illinois Univ. pPress. – 2002. – P.104-116.
 30. Huang C.Q., Wang Z.R., Li Y.H. et al. Cognitive function and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature // Int. Psycho-geriatr. – 2011. – №23(4). – P.516-525.
 31. Olie J.P., Ja Costa E. Silva, Macher J.P. Neuroplasticity. A new approach to the pathophysiology of depression. – London: Science Press. – 2004. – 75 p.
 32. Rosenberg P.B., Mielke M.M., Xue Q.L., Carlson M.C. Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2010. – №18(3). – P. 204-211.
 33. Simon J., Davies C., Jackson P.R. et al. Лікування тривожних та депресивних розладів у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями // Медицина світу. – 2005. – Т. 14, № 5. – С. 312-317.

ПРОБЛЕМА ДЕПРЕССИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

И. Ф. Здорик

В статье представлена общая характеристика проблемы депрессивных и когнитивных нарушений у пациентов с гипертонической болезнью. Выделены факторы риска развития депрессии и когнитивного дефицита, клинические аспекты.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, когнитивные нарушения, гипертоническая болезнь, заболеваемость, клиника

THE PROBLEM OF DEPRESSIVE AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENT WITH HYPERTENSION

F. ZDORYK

The article presents a general description of the problem of depression and cognitive impairment in patients with essential hypertension. Risk factors for depression and cognitive impairment, clinical aspects are marked.

Key words: depressive disorders, cognitive impairments, hypertension, morbidity, clinic

УДК 616.8 – 009.836.14:616.831 – 001

В. Е. Казаков

НАРУШЕНИЯ СНА КАК ПРЕДПОСЫЛКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ДЗ «ЛугГМУ», г. Луганск

Ключевые слова: ЧМТ, бессонница, маркер заболевания, психопатология

Нарушения сна определяют наибольшее количество жалоб при любых заболеваниях, в том числе и психиатрического профиля. В классификации психических расстройств инсомния выделена в отдельную рубрику, что подтверждает существование первичной (эссенциальной, идиопатической) инсомнии [6], однако большинство авторов считают нарушения сна лишь симптомом (синдромом) других заболеваний [7; 8]. В ряде случаев инсомнии являются маркерами, уже на ранних этапах выявляющими проблемы психического здоровья, как начала заболевания, так и обострений. [1; 2; 3]

В связи с вышеуказанным, поставлена цель: выявить особенности нарушений сна, являющиеся предпосылкой для возникновения психических расстройств в отдаленном периоде последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Для реализации поставленной цели путем изучения анамнеза, психического статуса, а также с помощью Питтсбургского опросника для определения индекса качества сна (PSQI), теста Гамильтона 24 были

обследованы лица с психическими нарушениями. Пациенты с психопатологией составили основную группу (437). Данная группа состояла из 69% мужчин и 31% женщин. Давность заболевания от 1 года до 15 лет. Исследуемые в 39% случаев перенесли ушиб, в 61% случаев – сотрясение головного мозга. По характеру психических расстройств исследуемые распределялись следующим образом: у 119 (27%) пациентов преобладали галлюцинаторно-параноидные расстройства, у 70 (16%) – тревожные, у 48 (11%) – депрессивные, у 22 (5%) – маниакальные, у 178 (41%) – когнитивные нарушения. Контрольная группа была представлена больными, с ЧМТ не приведшими к отдаленным последствиям (72 человека).

При изучении анамнеза было выявлено, что пациенты основной и контрольной групп при длительности посттравматического периода свыше 1 года предъявляли сходные жалобы на расстройства ночного сна. В основной группе 72% пациентов отмечали неполноценный

- психіат. ім. С.С. Корсакова. Інсулт. – 2005. Вып. 15. – С. 39-44.
23. Шкурко М. Г. Депресія як самостійний патогенетичний фактор у розвитку церебрального атеросклерозу. / Шкурко М. Г., Слободін Т. М., Головченко Ю. І., Лісяний М. І. // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 1. – С. 61-64.
 24. Шорена Ваидазе Депрессивные расстройства у больных с цереброваскулярной патологией // Международный неврологический журнал. – 2007. – № 6(16). – С. 44-46.
 25. Юров И. В. Нарушения эмоционально-волевой и когнитивной сферы у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией атеросклеротического, гипертонического и дисметаболического генеза // Международный неврологический журнал. – 2009. – № 7(29). – С. 60-62.
 26. Яворская В. А., Фломин Ю. В., Гребенюк А. В. Подходы к исследованию когнитивных функций при церебральных заболеваниях и других органических поражениях головного мозга: обзор иностранной литературы // Международный неврологический журнал. – 2008. – № 2(18). – С. 131-137.
 27. Auchus A., Chen C. Vascular MCI: exploratory experience with definition and course. /In: 2nd Congress of the International Society for Vascular Behavioural and Cognitive Disorders (Vas-Cog). Abstract book. Florence, 2005
 28. Brown P. Effective treatment for mental illness are not being used, WHO says // Brit. Med. J. – 2001. – V.323. – P.769
 29. Holms R.J., Wermeyer K., Smith P.A. Depression and cardiovascular pathology: epidemiology and risk factors // Epidemiology Studies in Neurology and Psychiatry: Practical Guidelines. – Chicago: Illinois Univ. pPress. – 2002. – P.104-116.
 30. Huang C.Q., Wang Z.R., Li Y.H. et al. Cognitive function and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature // Int. Psycho-geriatr. – 2011. – №23(4). – P.516-525.
 31. Olie J.P., Ja Costa E. Silva, Macher J.P. Neuroplasticity. A new approach to the pathophysiology of depression. – London: Science Press. – 2004. – 75 p.
 32. Rosenberg P.B., Mielke M.M., Xue Q.L., Carlson M.C. Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2010. – №18(3). – P. 204-211.
 33. Simon J., Davies C., Jackson P.R. et al. Лікування тривожних та депресивних розладів у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями // Медицина світу. – 2005. – Т. 14, № 5. – С. 312-317.

ПРОБЛЕМА ДЕПРЕССИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

И. Ф. Здорик

В статье представлена общая характеристика проблемы депрессивных и когнитивных нарушений у пациентов с гипертонической болезнью. Выделены факторы риска развития депрессии и когнитивного дефицита, клинические аспекты.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, когнитивные нарушения, гипертоническая болезнь, заболеваемость, клиника

THE PROBLEM OF DEPRESSIVE AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENT WITH HYPERTENSION

F. ZDORYK

The article presents a general description of the problem of depression and cognitive impairment in patients with essential hypertension. Risk factors for depression and cognitive impairment, clinical aspects are marked.

Key words: depressive disorders, cognitive impairments, hypertension, morbidity, clinic

УДК 616.8 – 009.836.14:616.831 – 001

В. Е. Казаков

НАРУШЕНИЯ СНА КАК ПРЕДПОСЫЛКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ДЗ «ЛугГМУ», г. Луганск

Ключевые слова: ЧМТ, бессонница, маркер заболевания, психопатология

Нарушения сна определяют наибольшее количество жалоб при любых заболеваниях, в том числе и психиатрического профиля. В классификации психических расстройств инсомния выделена в отдельную рубрику, что подтверждает существование первичной (эссенциальной, идиопатической) инсомнии [6], однако большинство авторов считают нарушения сна лишь симптомом (синдромом) других заболеваний [7; 8]. В ряде случаев инсомнии являются маркерами, уже на ранних этапах выявляющими проблемы психического здоровья, как начала заболевания, так и обострений. [1; 2; 3]

В связи с вышеуказанным, поставлена цель: выявить особенности нарушений сна, являющиеся предпосылкой для возникновения психических расстройств в отдаленном периоде последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Для реализации поставленной цели путем изучения анамнеза, психического статуса, а также с помощью Питтсбургского опросника для определения индекса качества сна (PSQI), теста Гамильтона 24 были

обследованы лица с психическими нарушениями. Пациенты с психопатологией составили основную группу (437). Данная группа состояла из 69% мужчин и 31% женщин. Давность заболевания от 1 года до 15 лет. Исследуемые в 39% случаев перенесли ушиб, в 61% случаев – сотрясение головного мозга. По характеру психических расстройств исследуемые распределялись следующим образом: у 119 (27%) пациентов преобладали галлюцинаторно-параноидные расстройства, у 70 (16%) – тревожные, у 48 (11%) – депрессивные, у 22 (5%) – маниакальные, у 178 (41%) – когнитивные нарушения. Контрольная группа была представлена больными, с ЧМТ не приведшими к отдаленным последствиям (72 человека).

При изучении анамнеза было выявлено, что пациенты основной и контрольной групп при длительности посттравматического периода свыше 1 года предъявляли сходные жалобы на расстройства ночного сна. В основной группе 72% пациентов отмечали неполноценный

отдых во время сна. Они неоднократно просыпались ночью от головной боли, судорог в ногах, неудобства позы, посторонних шумов и т. д. Большинство пациентов были недовольны качеством своего сна, указывали на частые ночные пробуждения, испытывали трудности при засыпании, их беспокоили ранние утренние пробуждения, извращался режим сна (ночное бодрствование сменялось дневным сном). Некоторые больные засыпали быстро, но просыпались через 3-5 часов и бодрствовали до утра, затем вновь засыпали, просыпаясь лишь в полдень. Ночью они мучались из-за кошмаров, а днем их беспокоила сонливость.

У больных контрольной группы, так же как и в основной, наиболее распространенной жалобой (64%) являлось отсутствие полноценного отдыха после сна. Пациентов беспокоила дневная сонливость (54%). Их сон был поверхностным (45%). Они испытывали трудности при засыпании (38%), страдали ранними пробуждениями (37%). В 5% случаев извращалась формула сна.

В целом расстройство сна в контрольной группе встречалось достоверно реже, чем в основной ($p < 0,001$). У пациентов контрольной группы уже через несколько недель после сотрясения мозга и не намного дольше после ушиба мозга инсомнии были купированы. В основной группе нарушения сна носили упорный перманентный характер, были труднокурабельны и нарушали дневное функционирование. Постоянное отсутствие полноценного сна способствовало возникновению аффективных, галлюцинаторно-параноидных и когнитивных нарушений, т. е. возникали психопатологические расстройства.

Как выявилось из анамнеза, возникновение инсомний служило своеобразной «лакмусовой бумажкой», указывающей на ухудшение состояния больного. Нередко бессонница являлась начальным симптомом в сложном симптомокомплексе. Тяжесть инсомнии коррелировала с тяжестью психопатологии.

Анкетирование с помощью Питтсбургского опросника выявило определенные особенности сна у пациентов с психопатологией, возникшей на этапе отдаленных последствиях ЧМТ (основная группа). При

этом наблюдалась некоторая специфика инсомний, в зависимости от варианта психопатологического синдрома (табл. 1).

Как следует из табл. 1, позже всего ложилась спать основная часть маниакальных больных. Пациенты объясняли это «приливом энергии», ощущением «небывалой бодрости», «огромной трудоспособностью». Им было жаль тратить время на сон. У них возникало множество неотложных дел, над которыми они круглосуточно работали. Но вместе с тем, у 78% опрошенных отмечалась некоторая критика, 56% из них соглашались с советами членов семьи в отношении того, что им нужно обратиться к врачу для ликвидации нарушений сна.

Депрессивные пациенты ложились спать рано. Как видно из табл. 1, в 57% случаев они ложились около 20 часов, 21% даже около 19 часов. По словам больных, они чувствовали себя настолько безысходно, что им хотелось «свернуться калачиком» и никого не видеть. Пациенты таким образом прятались от вопросов, советов, сочувствий родственников.

Больные с тревожной симптоматикой сообщили, что их режим сна-бодрствования резко изменился (43% ложились спать около 24 часов). По их мнению, это было связано с сознательным нежеланием лечь спать, якобы их пугал процесс засыпания. Кроме того, им трудно было лежать на одном месте, оставаться в темноте, пугали необходимость прекратить общение с родными, отсутствие возможности высказывать свои страхи, сомнения. По их мнению, именно поэтому они и отдаляли процесс отхода ко сну.

Что касается больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом, которые так же поздно ложились спать, то, как выяснилось, большинство из них (61%) с детства, т. е. еще до ЧМТ, относили себя к так называемым «совам» и в связи с этим режим сна у них был смещен в сторону позднего отхода ко сну и позднего пробуждения. Именно по вечерам у них возникала активность. Они шли на так называемые «тусовки», курили гашиш, громко включали музыку, становились несколько возбужденными, нарушали правила социального бытия. Но даже те 39%, которые прежде относили себя к «жаворонкам», во

Таблица 1

Время отхода ко сну пациентов с ОП ЧМТ

Время отхода ко сну (часы)	Маниакальный		Депрессивный		Тревожный		Галлюцинаторно-параноидный		Когнитивный	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
19 и ранее			11	21,4					18	10,1
20:00			27	57,8					71	39,9
21:00			8	16,8					77	43,3
22:00			1	2,0	1	1,4			12	6,7
23:00			1	2,0	28	39,1	25	20,4		
24:00	3	13,0			30	42,9	43	25,8		
1:00	13	57,9			10	15,2	39	32,8		
2:00 и позже	6	29,1			1	1,4	12	10,0		
Всего	22	100	48	100	70	100	119	100	178	100

время галлюцинаторно-параноидных приступов также ощущали прилив бодрости и энергии по вечерам и ночью. Родственники обращали внимание на резкое смещение суточных биоритмов пациентов, что и нашло подтверждение при анкетировании с помощью PCQI.

Больные с когнитивным снижением ложились спать достаточно рано (преимущественно в 20-21 час), что также было не характерно для их преморбида, однако, по словам исследуемых, им «просто хотелось спать». Они не высказывали удивления по этому поводу, изменение режима «сна-бодрствования» оставляло их равнодушными.

Анализ данных Питтсбургского опросника выявил некоторые особенности засыпания в зависимости от преобладания того или иного синдрома (табл. 2).

Как видно из табл. 2, у всех исследуемых, кроме пациентов с когнитивным дефицитом, отмечались серьезные проблемы с засыпанием. Затруднение засыпания и мучительное ожидание сна в ряде случаев приводило к инверсии настроения. Солнечное настроение сменялось гневливым с эксплозивными вспышками. Пациенты начинали бесконтрольно принимать снотворные, были возбуждены, нецензурно бранились, швыряли спальные принадлежности, устраивали скандалы и даже драки.

Депрессивные пациенты не могли уснуть, т. к. испытывали неприятные ощущения соматического характера. У них отмечались алгии в различных частях тела, чаще всего в области сердца, головы, желудка, однако, неприятные ощущения могли наблюдаться и в других органах и частях тела, даже в области удаленного зуба. Больные жаловались, что их тело немеет, переливается, сжимается и т. д. Неприятные мысли о смерти роились в голове, но суицидальные мысли не приходили больному в голову. Пациент хотя и думал о смерти, но умирать не хотел. Порой он боялся заснуть, т. к. сон ассоциировался для него со смертью.

У тревожных пациентов к вечеру резко нарастало мучившее их на протяжении дня беспокойство. Они не могли лежать на одном месте, непрерывно меняли положение тела. Их ноги самопроизвольно вздрагивали, подергивались, беспокоили судороги в икроножных мышцах (62%). Выявлено, что 89% лиц этого контингента

фиксируют внимание на затруднении засыпания, страх перед возможной потерей сна нередко приводил к бессоннице. Нарастали вегетативные проявления, из них наиболее частыми являлись головные боли, сердцебиение. Возникла раздражительность, гневливость.

Пациенты с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой не могли уснуть, т. к. «озарение» чаще всего приходило к ним поздно вечером или ночью. Так, больная, наткнувшись на кости в своем дворе, долго не могла понять причину их появления, пока в одну из бессонных ночей ее не озарило, что это колдовство, что кости животных ей подбросили специально, и в этом содержался намек на скорую смерть ее семьи. Кости были разного размера и, по ее мнению, символизировали членов ее семьи. Возникал порочный круг: галлюцинаторно-параноидная симптоматика провоцировала бессонницу, а нарушения сна усиливали симптоматику. Пациенты были вынуждены вставать с постели и по нескольку раз проверять состояние замков, прислушиваться к шорохам, что не способствовало быстрому наступлению сна. И, напротив, после бессонной ночи они не только испытывали головные боли, но и были особенно подозрительными, упрямыми и ригидными, их беспокоили оклики, а также видения, наиболее часто это отмечалось по утрам. Как показал опрос, больные с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой неохотно принимали лекарства для избавления от инсомнии. Они прибегали к другим, нетрадиционным средствам, в том числе компьютерным играм, просмотру телевизионных программ, нередко засыпали под утро под шум громко кричащего телевизора.

Согласно литературным данным, большинство населения просыпается в 6–7 часов утра [4; 5], однако большинство пациентов основной группы просыпалось значительно раньше указанного времени.

Оказалось, что при всех вариантах симптоматики пробуждение зависит от метеофакторов.

Большое внимание уделялось не только режиму, но и качеству сна. Уточнялась удовлетворенность качеством сна по самооценке больных. Однако, как выяснилось, самооценка больных не соответствовала реальному положению вещей. Большая часть пациентов основной группы, даже те, которые спали крепко и достаточное

Таблица 2

Особенности засыпания у лиц с отдаленными последствиями ЧМТ

Длительность засыпания	Маниакальный		Депрессивный		Тревожный		Галлюцинаторно-параноидный		Когнитивный	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
мгновенное							1	0,8	155	87,1
До 30 мин.			2	2,5	1	1,4	11	9,2	18	10,2
До 1 часа	4	16,2	16	33,3	13	18,6	37	31,0	5	2,7
До 2 часов	9	39,1	11	24,6	28	40,0	36	30,4		
До 3 часов	7	34,3	14	29,3	22	31,4	21	17,7		
Свыше 3-х часов	2	10,4	5	10,5	6	8,6	13	10,9		
Всего	22	100	48	100	70	100	119	100	178	100

время (7-8 ч.), заявляли, что неудовлетворены сном. Больные сообщали об отсутствии чувства отдыха. По их мнению, в результате нарушения сна у них появлялись тяжелейшая вялость и сонливость. Сон больных был не только поверхностным, выявлялись определенные различия в рамках того или иного психопатологического синдрома травматического генеза.

Выявлялись определенные различия в зависимости от психопатологического синдрома. Так у маниакальных лиц отмечался поверхностный, беспокойный сон с частыми пробуждениями (до 5 и более раз). Сновидения пациентов были яркими, красочными, но больные воспроизводили их с трудом, так как по их словам, сновидения «менялись как в калейдоскопе».

Депрессивные больные предъявляли жалобы на ночные ужасы и кошмары, устрашающие сновидения, неприятные ощущения во время сна, изжога, боли.

У тревожных пациентов преобладали панические атаки во время сна. При этом отмечались сердцебиение, ощущение удушья, потливость, чувство жара, холода. У этого же контингента больных достаточно часто во время сна появлялся симптом «беспокойных ног».

При галлюцинаторно-параноидной симптоматике отмечались яркие, неприятные, по мнению больных «пророческие» сновидения. Их сон был поверхностным с частыми пробуждениями. Во время пробуждений они нередко испытывали просночные галлюцинации.

У больных с когнитивными расстройствами большую часть времени занимал поверхностный сон с частыми пробуждениями (до 9 раз за ночь), но периодически отмечались фазы глубокого сна. Больные расценивали

их как «провалы», во время которых, по сообщению родственников, у пациентов отмечался храп (69%), апноэ (35%), снохождение (6%). В 17% случаев также как и при галлюцинаторно-параноидной симптоматике наблюдались просночные галлюцинации (табл. 3).

Пациенты основной группы были разбиты на 2 подгруппы для лечения инсомний. В подгруппе «А» проводилась терапия снотворными препаратами без учета этиологической (травматической) симптоматики, в том числе и психопатологического синдрома. В подгруппе «В» терапия акцентировалась на психопатологической симптоматике, в результате чего широко использовали дегитратацию, витаминотерапию, ноотропы, антипсихотики, нормотимики и антидепрессанты. Как показали исследования, эффективность лечения была достоверно выше в подгруппе «В» в сравнении с подгруппой «А» ($p < 0,01$).

Выводы

В отдаленном периоде последствий ЧМТ отмечалась взаимозависимость между инсомнией и психопатологическими проявлениями. Затяжная бессонница провоцировала возникновение или обострение психопатологии. В свою очередь, психопатологические нарушения способствовали еще более тяжелому течению инсомний.

Многолетняя труднокурабельная инсомния являлась предвестником выраженного психического неблагополучия у лиц, перенесших ЧМТ.

Инсомнии, обусловленные ЧМТ были представлены нарушениями всех составляющих процесса сна, а именно – у больных отмечались нарушения засыпания, сон был поверхностным, пробуждения – ранними.

Таблица 3

Качество сна в зависимости от психопатологической симптоматики

Патологические параметры сна	Маниакальный	Депрессивный	Тревожный	Галлюцинаторно-параноидный	Когнитивный
Поверхностный сон	+	+	+	+	±
Частые пробуждения	+			+	+
Боли		+			
Снохождение					+
Ужасы		+			
Кошмары		+			
Апноэ					+
Храп					+
Ощущение удушья			+		
Изжога		+			
Сердцебиение			+		
Яркие сновидения	+	+		+	
Потливость			+		
Чувство жара			+		
Ощущение холода			+		
Симптом «БЕСПОКОЙНЫХ НОГ»			+		

Нарушения режима и длительности сна как последствий ЧМТ, входило в структуру исследуемых психопатологических синдромов, обусловленных ЧМТ. Вышеуказанные нарушения имели некоторые особенности, преимущественно количественного характера, зависящие от варианта того или иного синдрома.

Сон пациентов носил поверхностный характер, не способствовал полноценному отдыху и восстановлению трудоспособности. При этом у больных с маниакальной симптоматикой травматического генеза отмечались частые пробуждения, яркие красочные сновидения. С депрессивной – больные испытывали ночные ужасы и кошмары, изжогу, боли, сновидения устрашающего характера. Для тревожных пациентов были характерны панические атаки, а также синдром «беспокойных ног». Галлюцинаторно-параноидные пациенты испытывали неприятные сновидения и просночные галлюцинации. У больных с когнитивными расстройствами во время сна нередко наблюдались храп, апноэ, снохождение, встречались просночные галлюцинации.

ПОРУШЕНИЯ СНУ ЯК ПРЕДИКТ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЇ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

В. С. КАЗАКОВ

У віддаленому періоді наслідків ЧМТ спостерігається взаємозв'язок між інсомнією та психопатологічними проявами. Інсомнія була предиктом психопатологічної симптоматики. Порушення сну мали деякі особливості, переважно кількісного характеру, що залежали від варіанту того чи іншого психопатологічного синдрому.

Ключові слова: ЧМТ, безсоння, маркер захворювання, психопатологія

SLEEP DISTURBANCES AS PREDICTORS OF PSYCHOPATHOLOGY IN THE LONG TERM TRAUMATIC BRAIN INJURY

V. E. KAZAKOV

In the late period effects of TBI observed relationship between insomnia and psychopathological symptoms. Insomnia was predictor of psychopathology. Sleep disorders have some features, mainly quantitative, dependent on the variant of a psychopathological syndrome.

Key words: head injury, insomnia, marker disorder psychopathology

УДК 616.831-005-008

О. А. Левада

НАРУШЕНИЯ ПОВСЕДНЕВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Ключевые слова: субкортикальная сосудистая деменция, субкортикальные легкие когнитивные нарушения, нарушения повседневного функционирования

Нарушения повседневного функционирования (НПФ) (activities of daily living disturbances) являются важнейшим компонентом постановки диагноза деменции. Определение деменции в современных международных классификационных системах (МКБ-10 и DSM-IV) содержит положение о том, что когнитивный дефицит должен нарушать повседневное функционирование пациента по сравнению с преморбидным уровнем. НПФ в настоящее время рассматриваются как неотъемлемая мера оценки тяжести, степени прогрессирования и исхода дементирующего процесса, а также эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий [11]. НПФ снижают качество

Литература

1. Остроумова О. Д. Снотворные средства (гипнотические средства) в практике врача-терапевта // РМЖ. 2010. Том 18. № 18. С. 1122–1128.
2. Полуэктов М. Г. Нарушения сна в молодом возрасте: инсомнии и расстройства дыхания во сне // Лечащий Врач. 2011. № 5. С. 10.
3. Полуэктов М. Г. Инсомния и расстройства дыхания во сне: возможности коррекции // РМЖ. 2011. Том 19. № 15. С. 948–954.
4. Вейн А. М., Елигулашвили Т. С. Расстройства дыхания во сне: определение, клинические проявления и патогенез // Российский медицинский журнал, 2000.-N 1.-С.53-56
5. Вейн А. М., Карлов А. В., Муртазаев М. С. Синдром сонных апноэ // Советская медицина. – 1988.- № 11.- С. 25-27.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств /ВОЗ. – СПб., 1994. – 304 с.
7. Backhaus, J. Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia / J. Backhaus [et al.] // Europ. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2001. Vol. 251. P. 35–41.
8. Bootzin, R. R. Stimulus control instructions / R. R. Bootzin, D. Epstein, J. M. Wood // In: Hauri P. (ed). Case studies in insomnia. New York: Plenum Press, 1991. P. 19–28.

жизни пациентов с деменциями, повышают их зависимость от посторонних лиц [4]. Их наличие увеличивает смертность при болезни Альцгеймера (БА) и сосудистой деменции (СД) [13; 19].

Особенности НПФ исследовались преимущественно при БА. Существенно меньшее внимание уделено им при СД. Исследования такого рода немногочисленны, основаны на небольшом количестве наблюдений. В них зачастую не выделялись отдельные формы заболевания [14]. В то же время известно, что СД оказывает большее негативное влияние на НПФ, чем БА [12].

В этой связи особый интерес представляет субкортикальная сосудистая деменция (ССД) – основная форма

Нарушения режима и длительности сна как последствий ЧМТ, входило в структуру исследуемых психопатологических синдромов, обусловленных ЧМТ. Вышеуказанные нарушения имели некоторые особенности, преимущественно количественного характера, зависящие от варианта того или иного синдрома.

Сон пациентов носил поверхностный характер, не способствовал полноценному отдыху и восстановлению трудоспособности. При этом у больных с маниакальной симптоматикой травматического генеза отмечались частые пробуждения, яркие красочные сновидения. С депрессивной – больные испытывали ночные ужасы и кошмары, изжогу, боли, сновидения устрашающего характера. Для тревожных пациентов были характерны панические атаки, а также синдром «беспокойных ног». Галлюцинаторно-параноидные пациенты испытывали неприятные сновидения и просночные галлюцинации. У больных с когнитивными расстройствами во время сна нередко наблюдались храп, апноэ, снохождение, встречались просночные галлюцинации.

ПОРУШЕНИЯ СНУ ЯК ПРЕДИКТ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЇ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

В. С. КАЗАКОВ

У віддаленому періоді наслідків ЧМТ спостерігається взаємозв'язок між інсомнією та психопатологічними проявами. Інсомнія була предиктом психопатологічної симптоматики. Порушення сну мали деякі особливості, переважно кількісного характеру, що залежали від варіанту того чи іншого психопатологічного синдрому.

Ключові слова: ЧМТ, безсоння, маркер захворювання, психопатологія

SLEEP DISTURBANCES AS PREDICTORS OF PSYCHOPATHOLOGY IN THE LONG TERM TRAUMATIC BRAIN INJURY

V. E. KAZAKOV

In the late period effects of TBI observed relationship between insomnia and psychopathological symptoms. Insomnia was predictor of psychopathology. Sleep disorders have some features, mainly quantitative, dependent on the variant of a psychopathological syndrome.

Key words: head injury, insomnia, marker disorder psychopathology

УДК 616.831-005-008

О. А. Левада

НАРУШЕНИЯ ПОВСЕДНЕВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Ключевые слова: субкортикальная сосудистая деменция, субкортикальные легкие когнитивные нарушения, нарушения повседневного функционирования

Нарушения повседневного функционирования (НПФ) (activities of daily living disturbances) являются важнейшим компонентом постановки диагноза деменции. Определение деменции в современных международных классификационных системах (МКБ-10 и DSM-IV) содержит положение о том, что когнитивный дефицит должен нарушать повседневное функционирование пациента по сравнению с преморбидным уровнем. НПФ в настоящее время рассматриваются как неотъемлемая мера оценки тяжести, степени прогрессирования и исхода дементирующего процесса, а также эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий [11]. НПФ снижают качество

Литература

1. Остроумова О. Д. Снотворные средства (гипнотические средства) в практике врача-терапевта // РМЖ. 2010. Том 18. № 18. С. 1122–1128.
2. Полуэктов М. Г. Нарушения сна в молодом возрасте: инсомнии и расстройства дыхания во сне // Лечащий Врач. 2011. № 5. С. 10.
3. Полуэктов М. Г. Инсомния и расстройства дыхания во сне: возможности коррекции // РМЖ. 2011. Том 19. № 15. С. 948–954.
4. Вейн А. М., Елигулашвили Т. С. Расстройства дыхания во сне: определение, клинические проявления и патогенез // Российский медицинский журнал, 2000.-N 1.-С.53-56
5. Вейн А. М., Карлов А. В., Муртазаев М. С. Синдром сонных апноэ // Советская медицина. – 1988.- № 11.- С. 25-27.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств /ВОЗ. – СПб., 1994. – 304 с.
7. Backhaus, J. Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia / J. Backhaus [et al.] // Europ. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2001. Vol. 251. P. 35–41.
8. Bootzin, R. R. Stimulus control instructions / R. R. Bootzin, D. Epstein, J. M. Wood // In: Hauri P. (ed). Case studies in insomnia. New York: Plenum Press, 1991. P. 19–28.

жизни пациентов с деменциями, повышают их зависимость от посторонних лиц [4]. Их наличие увеличивает смертность при болезни Альцгеймера (БА) и сосудистой деменции (СД) [13; 19].

Особенности НПФ исследовались преимущественно при БА. Существенно меньшее внимание уделено им при СД. Исследования такого рода немногочисленны, основаны на небольшом количестве наблюдений. В них зачастую не выделялись отдельные формы заболевания [14]. В то же время известно, что СД оказывает большее негативное влияние на НПФ, чем БА [12].

В этой связи особый интерес представляет субкортикальная сосудистая деменция (ССД) – основная форма

СД, зв'язанна з мікровазулярним поражением головного мозгу. Рання діагностика даного страдання на етапі субкортикальних судинистих легких когнітивних порушень (ССЛКН) має особу значимість для проведення превентивних заходів. В той же час, тільки в останні роки вивчення НПФ пропонується використовувати для прогнозування розвитку деменції. Рядом авторів було показано, що наявність НПФ у осіб похилого віку без явних когнітивних порушень є предиктором наступного розвитку деменції [9].

Ураховуючи приведені аргументи, метою нинішнього дослідження було вивчення особливостей НПФ на етапах розвитку ССД, а також встановлення їх взаємозв'язку з вираженістю і структурою когнітивного дефіциту, супутніх депресивних порушень і показателями нейровізуалізації.

Пацієнти і методи дослідження

З допомогою Bristol Activities of Daily Living Scale (BADL) [7] оцінювали рівень НПФ у 50 осіб похилого і стареческого віку без когнітивних порушень (БКН), мавших цереброваскулярні фактори ризику, 45 пацієнтів з ССЛКН і 35 хворих з ССД. Шкала BADL дозволяє оцінювати порушення 20-ти повсякденних видів активності (приготування/приймання їжі і напоїв, одягання, вмивання, чистка зубів, прийняття ванни/душ, користування туалетом, пересування, ходьбу, орієнтування в часі і місці, здатність до комунікації, користування телефоном, роботу по домі/саду, участь в шопінгу, розпорядження фінансами, участь в іграх/хоббі, використання транспорту). Принцип оцінки: 0 – функція повністю збережена, 1 – мінімально порушена, 2 – помірно порушена, 3 – повністю втрачена.

Для включення пацієнтів в групу ССД використовували клініко-візуалізаційні критерії Т. Erkinjuntti et al. (2000) [8]. Хворі, по фенотипічним ознакам відповідали критеріям ССД, але по вираженості порушень не досягли ступеня деменції, включалися в групу ССЛКН.

Клінічне дослідження також включало наступні пункти:

1. Збір демографічних, соціальних даних пацієнта, анамністичних відомостей про його захворювання.
2. Нейропсихологічне дослідження згідно протоколу А. Р. Лурия [3], доповнене міжнародними шкалами оцінки окремих когнітивних функцій і когнітивного функціонування в цілому (MMSE [10], CDR [17] і др.).
3. Неврологічний огляд згідно традиційного протоколу, доповнений оцінкою тяжкості лобної дисбазії [24].
4. Оцінку вираженості депресії по шкалі Монтгомери-Асберга (ШМА) [16].

З допомогою МРТ або КТ головного мозку вимірювали лінійні і об'ємні показники речовини мозку, жовчачкової системи, субарахноїдального простору по [2], а також ступінь вираженості лейкоареозу по

F. Fazecas et al. (1993), з доповненнями О. С. Левина (1996) [1].

Статистичний аналіз проводили з допомогою пакетів прикладних програм «Statistica 6,0». Для порівняння частоти зустрічальності ознак в групах використовували критерій χ -квадрат. Для описання дискретних, а також неперервних даних з розподілом, відмінним від нормального, використовували медіану, нижній і верхній квантілі. Вероятність відмінностей між групами в цьому випадку оцінювали з допомогою непараметричного ANOVA Краскелла-Уоліса. Якщо характеристики груп достовірно відмінні, застосовували багатократні порівняння.

Для оцінки впливу клінічних і візуалізаційних параметрів на тяжкість НПФ розраховували коефіцієнт кореляції Спірмена (r_s), так як одна з змінних завжди була ранговою, а для порівняння значимості цього впливу – багатократний регресійний аналіз. Відмінності між групами і кореляційна залежність вважалися достовірними при $P < 0,05$. Во всіх випадках P були двосторонніми.

Всі включені в дослідження давали інформовану згоду. Дослідження було схвалено етичною комісією ГЗ «ЗМАПО МЗ України».

Результати дослідження

В табл. 1 представлені основні демографічні і клінічні показники груп порівняння. Порівнювані групи не відрізнялися по віку (лиця БКН були не суттєво молодіше). Кількість жінок зменшувалася по мірі наростання тяжкості когнітивних порушень. По цьому показнику лиця БКН достовірно відмінні від пацієнтів з ССД. Це відповідає світовим епідеміологічним даним про переважання судинистої деменції у чоловіків в віковій групі до 84 років. Тяжкість когнітивного дефіциту в цілому (MMSE, CDR) і його специфічних характеристик достовірно наростала по мірі формування ССД. Вираженість ССД в переважаючому числі спостережень була легкою (21÷23 балла по MMSE, і 1 балл по CDR), що відповідає завданням дослідження.

Аналіз показників шкали BADL в групах порівняння показав, що кількість порушень окремих її параметрів і загальна тяжкість НПФ достовірно збільшувалися по мірі наростання когнітивних порушень (табл. 2). Це дозволило групувати показники функціональної активності по мірі діагностичної значимості на три групи.

Першу групу склали порушення, які виникали вже на стадії ССЛКН, достовірно, погіршуючись у пацієнтів з ССД. До них відносились можливість самостійно розпоряджатися фінансами, робота по домі/саду, участь в іграх/заняттях хоббі, користування телефоном. Так у пацієнтів з ССЛКН виникали мінімальні труднощі в розпорядженні значимими суммами грошей, що вимагало допомоги родичів в здійсненні відповідальних покупок, інших фінансових операціях. На стадії ССД часто приєднувалися порушення з визначенням грошового об'єму, суттєві помилки

Таблиця 1

Некоторые демографические, анамнестические и клинические показатели у лиц БКН, пациентов с ССЛКН и ССД

Показатели	Группы сравнения			P
	БКН (n=50)	ССЛКН (n=45)	ССД (n=35)	
Возраст, годы	74 (69÷79)	76 (74÷79)	76 (73÷81)	P1-2= 0,15 P1-3= 0,059 P2-3= 1,0
Пол: % женщин	64,0	48,89	34,29	P1-2= 0,14 P1-3=0,007 P2-3=0,19
MMSE, баллы (0÷30)	29 (28÷30)	26 (25÷27)	22 (21÷23)	P1-2< 0,00001 P1-3< 0,00001 P2-3= 0,00008
CDR, баллы (0÷3)	0 (0÷0)	0,5 (0,5÷0,5)	1 (1÷1)	P1-2<0,0001 P1-3< 0,00001 P2-3< 0,0001
Внимание, табл. Шульте (среднее время на 1 табл.), с	52,6 (52÷55)	68 (59,4÷79,6)	101,1 (76÷129,9)	P1-2< 0,002 P1-3<0,00001 P2-3=0,005
Припоминание списка из 5 слов (0÷5)	4 (4÷4)	3 (1÷4)	0 (0÷1)	P1-2=0,02 P1-3< 0,00001 P2-3=0,002
Тяжесть кинетической апраксии, баллы (0÷3)	0 (0÷1)	2 (1,5÷2)	3 (2÷3)	P1-2<0,0001 P1-3< 0,00001 P2-3=0,002
Вербальная скорость, кол-во слов за 3 мин	27 (25÷32)	17 (13÷21)	11 (7÷17)	P1-2=0,0008 P1-3< 0,00001 P2-3< 0,04
Категориальная скорость, кол-во слов за 1 мин	14 (11÷15)	9 (6÷10)	5 (3÷7)	P1-2=0,002 P1-3< 0,00001 P2-3=0,02
Ходьба/равновесие по шкале Тинетти, баллы (0÷28)	26 (26÷27)	20 (15÷22)	13 (9÷17)	P1-2< 0,0001 P1-3<0,00001 P2-3=0,053

Примечания: Данные представлены в виде медианы (верхний – нижний квартиль) или в процентах.

P: непараметрический ANOVA для множественных сравнений / χ^2 -квadrat тест (1-2 – между группой БКН и ССЛКН, 1-3 – между группой БКН и ССД, 2-3 – между группой ССЛКН и ССД).

при осуществлении повседневных денежных операций. Нарушения повседневной домашней работы в группе ССЛКН были хоть и незначительными относительно предыдущего уровня функционирования, однако заметны пациенту и его окружению. У больных с ССД отмечалось существенное ограничение участия в повседневной работе даже под присмотром. В отличие от лиц БКН у пациентов с ССЛКН и ССД имелись легкие нарушения в использовании телефона (для осуществления звонков они прибегали к записям даже хорошо знакомых номеров, не могли запомнить новые).

Вторая группа функциональных расстройств появлялась только на стадии ССД. Наличие и тяжесть их достоверно отличала пациентов с ССД от больных ССЛКН и лиц БКН. Это нарушения в приготовлении

пищи и напитков, принятии ванны/душа, чистке зубов, расстройства ходьбы, ориентации во времени, осуществление покупок, пользовании транспортом. В большинстве случаев данные расстройства имели минимальную выраженность.

Наконец, третью группу составили показатели, которые достоверно не отличались в сравниваемых когортах от нормальных параметров: прием пищи и напитков, одевание, умывание, пользование туалетом, самостоятельное передвижение, ориентация в месте, способность поддерживать коммуникацию.

Для определения взаимосвязи НПФ с когнитивными и психопатологическими синдромами этапов развития ССД, а также влияния показателей нейровизуализации на выраженность НПФ, был проведен корреляционный

Структура и выраженность НПФ в группах сравнения

Показатели BADL	Группы сравнения			P
	БКН (n=50)	ССЛКН (n=45)	ССД (n=35)	
Общий балл	0 (0÷0)	3 (1÷5)	12 (10÷16)	P 1-2=0,0001; P 1-3< 0,0001; P 2-3<0,0003
Приготовление пищи, баллы	0 (0÷0)	0 (0÷0)	1 (1÷1)	P 1-2=1,0; P 1-3< 0,0001; P 2-3<0,0001
Приготовление напитков, баллы	0 (0÷0)	0 (0÷0)	0 (0÷1)	P 1-2=1,0; P 1-3= 0,001; P 2-3= 0,001
Чистка зубов, баллы	0 (0÷0)	0 (0÷0)	1 (0÷1)	P 1-2=0,39; P 1-3< 0,0002; P 2-3=0,008
Принятие ванны/душа, баллы	0 (0÷0)	0 (0÷0)	1 (0÷1)	P 1-2=0,19; P 1-3< 0,0001; P 2-3=0,0002
Ходьба, баллы	0 (0÷0)	0 (0÷0)	1 (0÷1)	P 1-2=1,0; P 1-3< 0,0001; P 2-3<0,0005
Ориентация во времени, баллы	0 (0÷0)	0 (0÷0)	1 (0÷1)	P 1-2=1,0; P 1-3< 0,0001; P 2-3<0,0002
Пользование телефоном, баллы	0 (0÷0)	1 (0÷1)	1 (1÷1)	P 1-2<0,0001; P 1-3< 0,00001 P 2-3=0,01
Работа по дому/саду, баллы	0 (0÷0)	1 (0÷1)	1 (1÷2)	P 1-2<0,0001; P 1-3< 0,00001 P 2-3=0,001
Участие в шопинге, баллы	0 (0÷0)	0 (0÷0,5)	1 (1÷2)	P 1-2=0,15; P 1-3<0,00001; P 2-3<0,0001
Распоряжение финансами, баллы	0 (0÷0)	0 (0÷1)	1 (1÷1)	P 1-2=0,004; P 1-3<0,00001 P 2-3<0,00007
Игры/хобби, баллы	0 (0÷0)	1 (0÷1)	2 (1÷2)	P 1-2=0,0002; P 1-3<0,00001 P 2-3<0,00002
Использование транспорта, баллы	0 (0÷0)	0 (0÷0,5)	2 (1÷2)	P 1-2=0,2; P 1-3<0,00001; P 2-3<0,00001

Примечания: Данные представлены в виде медианы (верхний – нижний квартиль).

P: непараметрический ANOVA для множественных сравнений (1-2 – между группой БКН и ССЛКН, 1-3 – между группой БКН и ССД, 2-3 – между группой ССЛКН и ССД).

анализ. В табл. 3 представлены только достоверные показатели ($P < 0,05$) и величины коэффициента корреляции Спирмена $> 0,5$.

Удалось установить, что тяжесть ПНФ наиболее тесно коррелировала со степенью когнитивных нарушений в целом и теми их проявлениями, которые определяют специфику клинической картины ССД (расстройства внимания, выраженность кинетической апраксии,

нарушений памяти, снижения вербальной и категориальной скорости). Высокие достоверные корреляции получены для показателя шкалы BADL и выраженности лобной дисбазии, оцененной по шкале Тинетти. Умеренная достоверная взаимосвязь получена для нарушений повседневного функционирования и выраженности депрессии. Из параметров нейровизуализации с общим показателем шкалы BADL наиболее тесно коррелировали

Таблиця 3

Коэффициент корреляции Спирмена (rs) для выраженности НПФ и других клинических и визуализационных показателей этапов развития ССД

Показатели	Общий балл по шкале BADL
Выраженность когнитивных нарушений по CDR, баллы	0,90
Общий балл MMSE	-0,88
Внимание: таблицы Шульце, с	0,84
Общий балл по шкале ходьбы Тинетти	-0,84
Кинетическая апраксия, баллы	0,79
Вербальная скорость, кол-во слов	-0,74
Припоминание списка 5 слов, кол-во слов	-0,73
Вербальная/категориальная скорость, кол-во слов	-0,72
Выраженность депрессии по ШМА, баллы	0,51
КТ/МРТ, общий ранговый показатель лейкоареоза, баллы	0,76
КТ/МРТ, объемный индекс желудочков, %	0,63
КТ/МРТ усредненная ширина корковых борозд, мм	0,60
КТ/МРТ, объемный индекс субарахноидального пространства, %	0,52

индексы, отражающие степень выраженности лейкоареоза, а также внутренней и конвексительной атрофии (усредненная ширина корковых борозд, объемные индексы желудочков и субарахноидального пространства).

Множественный регрессионный анализ, проведенный для определения клинических и визуализационных факторов, оказывающих влияние на выраженность НПФ на этапах развития ССД, показал, что основную роль играет степень выраженности лобных нарушений ходьбы ($Beta = -0,52$; $P = 0,0002$) и когнитивных нарушений по MMSE ($Beta = -0,43$; $P = 0,001$).

Обсуждение

Проведенное исследование убедительно показало, что НПФ являются неотъемлемым проявлением этапов формирования ССД. Тяжесть НПФ достоверно нарастает в континууме: лица БКН – пациенты с ССЛКН – больные с ССД. Наибольшее влияние на тяжесть НПФ оказывает выраженность когнитивных нарушений. Ранее в ряде исследований было показано, что когнитивные нарушения вызывают НПФ у пожилых людей [21], а также у пациентов с БА [5] и ССД [6].

Нами было прослежено не только нарастание НПФ в процессе развития ССД, но и определена закономерная последовательность появления и дальнейшего развития НПФ по мере нарастания субкортикальных сосудистых когнитивных нарушений. На стадии ССЛКН в первую очередь нарушается способность самостоятельно распорядиться финансами, работа по дому/саду, участие в играх/занятиях хобби, пользование телефоном. В силу своей сенситивности данные расстройства имеют особую диагностическую значимость, позволяя выявлять НПФ уже на предварительном этапе развития ССД. На стадии манифестной ССД присоединяются расстройства приготовления пищи и напитков, поддержания гигиены, нарушения ходьбы, ориентации во времени, осуществления покупок, пользования транспортом. Определенная последовательность развития НПФ отражает

особенности утраты самостоятельного функционирования и развития зависимости от посторонней помощи.

К специфике НПФ на ранних стадиях ССД относится и сохранность ряда активностей в повседневной жизни (прием пищи и напитков, одевание, пользование туалетом, самостоятельное передвижение, ориентация в месте, способность поддерживать коммуникацию). Это позволяет планировать соответствующие мероприятия по уходу за данным контингентом пациентов.

В настоящем исследовании было также показано, что выраженность определяющих клинических проявлений ССД оказывала максимальное негативное влияние на НПФ у пациентов. Наибольшее значение имели: нарушения внимания, расстройства ходьбы лобного типа, кинетическая апраксия, отсроченное припоминание списка слов, снижение вербальной и категориальной скорости. Кроме когнитивного и неврологического дефицита дополнительное влияние на развитие НПФ оказывала тяжесть депрессивного синдрома.

Наши результаты хорошо согласуются с более ранними исследованиями. Так, было установлено, что сохранность праксиса верхних конечностей предотвращает НФП у пожилых людей [22]. Снижение вербальной скорости негативно влияет на НПФ на ранних стадиях различных деменций [15]. На связь лобных расстройств ходьбы и НПФ при ССД указывают [20]. Значение депрессии, как важного отягощающего фактора НПФ при СД и БА, отметили [25]. Новизна наших данных заключается в определении значимости указанных когнитивных, психопатологических и неврологических синдромов для НПФ в специфической когорте больных – на этапах формирования ССД, а также в расширении списка клинических факторов такого воздействия.

Степень выраженности лейкоареоза, которая отражает тяжесть микровазкулярного поражения вещества головного мозга, является морфологической основой НПФ при формирующейся ССД. До этого влияние

лейкоареоза на НПФ было показано у пациентов с СД без выделения группы ССД [23], а также на умеренных и тяжелых стадиях БА и ССД [18]. Кроме того, нами показано негативное влияние церебральной атрофии на выраженность НПФ при прогрессировании субкортикальных сосудистых когнитивных нарушений.

Выводы

1. Тяжесть и количество НПФ достоверно нарастают на этапах развития ССД.
2. Прогрессирование НПФ имеют закономерный паттерн. На стадии ССЛКН нарушается способность самостоятельно распоряжаться финансами, работа по дому/саду, участие в играх/занятиях хобби, пользование телефоном. На начальных стадиях ССД к ним присоединяются расстройства приготовления пищи и напитков, поддержания гигиены, нарушения ходьбы, ориентации во времени, осуществления покупок, пользования транспортом.
3. На выраженность НПФ достоверное негативное влияние оказывают тяжесть когнитивных нарушений, специфические клинические проявления ССД (нарушения внимания, расстройства ходьбы лобного типа, кинетическая апраксия, нарушения активного припоминания, снижение вербальной и категориальной скорости, выраженность депрессии), степень лейкоареоза и церебральной атрофии.
4. Выявленные особенности НПФ позволяют планировать специфические мероприятия по уходу за пациентами на этапах формирования ССД.

Литература

1. Левин О. С. Клинико-магнитнорезонансно-томографическое исследование дисциркуляторной энцефалопатии с когнитивными нарушениями: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1996. – 24с.
2. Терновой С. К., Дамулин И. В. Количественная оценка компьютерно-томографических характеристик головного мозга при нейрогерiatricких заболеваниях. I // Мед. радиология. – 1991. – №7. – С. 21–26.
3. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание. – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.
4. Andersen C. K., Witttrup-Jensen K. U., Lolk A. Et al. Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia // *Health Qual. Life. Outcomes.* – 2004. – Vol. 21, N 2. – P. 52.
5. Arrighi H. M., Gélinas I., McLaughlin T. P. et al. Longitudinal changes in functional disability in Alzheimer's disease patients // *Int. Psychogeriatr.* – 2013. – Vol. 13. – P. 1–9.
6. Bennett H. P., Corbett A. J., Gaden S. et al. Subcortical vascular disease and functional decline: a 6-year predictor study // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2002. – Vol. 50, N 12. – P. 1969–1977.
7. 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. 113–120.
8. Erkinjuntti T., Inzitari 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.
9. Fauth E. B., Schwartz S., Tschanz J. T. Baseline disability in activities of daily living predicts dementia risk even after controlling for baseline global cognitive ability and depressive symptoms // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 12. – doi: 10.1002/gps.3865.
10. 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. Psychiat. Res.* – 1975. – Vol. 12. – P. 189–198.
11. Gauthier S., Rockwood K., Gélinas I. et al. Outcome measures for the study of activities of daily living in vascular dementia // *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* – 1999. – Vol. 13, Suppl. 3. – S143–147.
12. Gure T. R., Kabeto M. U., Plassman B. L. et al. Differences in functional impairment across subtypes of dementia // *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* – 2010. – Vol. 65, N 4. – P. 434–441.
13. Hong Z., Zhou B., Huang M.S. et al. Predictive factors on mortality and survival of elderly dementia in Shanghai // *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* – 2005. – Vol. 26, N 6. – P. 404–407.
14. Jefferson A. L., Cahn-Weiner D., Boyle P. et al. Cognitive predictors of functional decline in vascular dementia // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 21, N 8. – P. 752–754.
15. Martyr A., Clare L., Nelis S.M. Verbal fluency and awareness of functional deficits in early-stage dementia // *Clin. Neuropsychol.* – 2012. – Vol. 26, N 3. – P. 501–519.
16. Montgomery S. A., Asberg M. A. A new depression scale designed to be sensitive to change // *Br. J. Psychiatry.* – 1979. – Vol. 134. – P. 382–389.
17. Morris J. C. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules // *Neurology.* – 1993. – Vol. 43, N 11. – P. 2412–2414.
18. Moon S. Y., Na D. L., Seo S. W. et al. Impact of white matter changes on activities of daily living in mild to moderate dementia // *Eur. Neurol.* – 2011. – Vol. 65, N 4. – P. 223–230.
19. Nakazawa A., Nakamura K., Kitamura K., Yoshizawa Y. Association between activities of daily living and mortality among institutionalized elderly adults in Japan // *J. Epidemiol.* – 2012. – Vol. 22, N 6. – P. 501–507.
20. Pohjasvaara T., Mäntylä R., Ylikoski R. Clinical features of MRI-defined subcortical vascular disease // *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* – 2003. – Vol. 17, N 4. – P. 236–242.
21. Scanlan J. M., Binkin N., Michieletto F. et al. Cognitive impairment, chronic disease burden, and functional disability: a population study of older Italians // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 15, N 8. – P. 716–724.
22. Scherder E., Dekker W., Eggermont L. Higher-level hand motor function in aging and (preclinical) dementia: its relationship with (instrumental) activities of daily life – a mini-review // *Gerontology.* – 2008. – Vol. 54, N 6. – P. 333–341.
23. Seno H., Ishino H., Inagaki T. Comparison between multiple lacunar infarcted patients with and without dementia in nursing homes in shimane prefecture, Japan // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2000. – Vol. 11, N 3. – P. 161–165.
24. Tinetti M. E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 1986. – Vol. 34. – P. 119–126.
25. Winter Y., Korchounov A., Zhukova T.V., Bertschi N.E. Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life // *J. Neurisci. Rural Pract.* – 2011. – Vol. 2, P. 27–32.

ACTIVITIES OF DAILY LIVING DISTURBANCES AT THE STAGES OF FORMATION OF THE SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA

O. A. LEVADA

Activities of daily living disturbances (ADLD) spectrum and severity were investigated in 50 elderly persons without cognitive impairments (WCI), 45 patients with subcortical vascular mild cognitive impairment (SCVMCI) and 35 patients with subcortical vascular dementia (SCVaD) using Bristol Activities of Daily Living Scale (BADL). Severity and number of ADLD grew appropriately at the stages of SCVaD formation. At the stage of SCVMCI abilities to be responsible for own finances, to be able to do housework/gardening, to participate in games/hobbies, to use telephone were impaired. At the early stages of SCVaD disturbances of food and drink preparing, hygiene keeping, gait abnormalities, time disorientation, shopping damages and transport using added to SCVMCI impairments. Severity of cognitive decline, peculiarities of SCVaD clinical structure (attention disturbances, frontal lobe gait abnormalities, kinetic apraxia, active recalling, verbal and categorical fluency decline, and depression severity), leukoaraiosis intensity and brain

atrophy level had significant negative impact to ADLD severity. Detected ADLD peculiarities allow designing appropriate care measures for patients at the stages of SCVaD formation.

Key words: subcortical vascular dementia, subcortical vascular mild cognitive impairment, activities of daily living disturbances

НАРУШЕНИЯ ПОВСЕДНЕВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

О. А. ЛЕВАДА

Спектр и тяжесть нарушений повседневного функционирования (НПФ) были исследованы с помощью Bristol Activities of Daily Living Scale (BADL) у 50 лиц пожилого и старческого возраста без когнитивных нарушений (БКН), 45 пациентов с субкортикальными сосудистыми легкими когнитивными нарушениями (ССЛКН) и 35 больных с субкортикальной сосудистой деменцией (ССД). Тяжесть и количество НПФ закономерно нарастали на этапах развития ССД. Прогрессирование НПФ имело закономерный паттерн. На стадии ССЛКН нарушалась способность самостоятельно распоряжаться финансами, работа по дому/саду, участие в играх/занятиях хобби, пользование телефоном. На начальных стадиях ССД к ним присоединялись расстройства приготовления пищи и напитков, поддержания гигиены, нарушения ходьбы, ориентации во времени, осуществления покупок, пользования транспортом. На выраженность НПФ достоверное негативное влияние оказывали тяжесть когнитивных нарушений, специфические клинические проявления ССД (нарушения внимания, расстройства ходьбы лобного типа, кинетическая апраксия, нарушения активного припоминания, снижение вербальной и категориальной скорости, выраженность депрессии), степень лейкоареоза и церебральной атрофии. Выявленные особенности НПФ позволяют планировать специфические мероприятия по уходу за пациентами на этапах формирования ССД.

Ключевые слова: субкортикальная сосудистая деменция, субкортикальные легкие когнитивные нарушения, нарушения повседневного функционирования

ПОРУШЕНИЯ ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ НА ЕТАПАХ РОЗВИТКУ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ

О. А. ЛЕВАДА

Спектр та тяжкість порушень повсякденного функціонування (ППФ) були досліджені за допомогою Bristol Activities of Daily Living Scale (BADL) у 50 осіб похилого та старечого віку без когнітивних порушень (БКП), 45 пацієнтів із субкортикальними судинними легкими когнітивними порушеннями (ССЛКП) та 35 хворих із субкортикальною судинною деменцією (ССД). Тяжкість та кількість ППФ закономерно зростали на етапах розвитку ССД. Прогресування ППФ мало закономірний патерн. На стадії ССЛКП порушувалась здатність самостійно розпоряджатися фінансами, робота по дому/саду, участь в іграх/хобі, користування телефоном. На початкових стадіях ССД до них приєднувалися розлади приготування їжі та напоїв, підтримання гігієни, порушення ходи, орієнтації у часі, користування транспортом. На ступінь ППФ достовірний негативний вплив мали тяжкість когнітивних порушень, специфічні клінічні прояви ССД (порушення уваги, розлади ходи лобного типу, кінетична апраксія, порушення активного пригадування, зниження вербальної та категоріальної швидкості, тяжкість депресії), ступінь лейкоареозу та церебральної атрофії. Виявлені особливості ППФ дозволяють планувати специфічні заходи догляду за пацієнтами на етапах формування ССД.

Ключові слова: субкортикальна судинна деменція, субкортикальні легкі когнітивні порушення, порушення повсякденного функціонування

УДК 616.895.8-082.4/.6:340.63-039.76

В. Я. Пішель¹, Є. Г. Гриневич², А. М. Кушнір³

АЛГОРИТМ ВСТАНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ДІАГНОЗУ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ ПРОТИ ЖИТТЯ ОСОБИ

¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м.Київ

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

³Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України, м. Дніпропетровськ

Ключові слова: функціональний діагноз, реабілітаційний діагноз, шизофренія, суспільно небезпечні діяння проти життя особи

Розвиток реабілітаційного напрямку у психіатрії ґрунтується на сучасній біопсихосоціалній парадигмі психічних розладів. Це обумовлює необхідність у багатоаспектному діагностичному підході, який враховує як клінічні прояви психічної патології, так і особистість пацієнта, його проблеми та турботи, характеристики соціуму, що його оточує, та інші соціально-психологічні фактори.

Нині у багатьох країнах Європи та в Україні використовується багатоаспектна класифікація психічних розладів МКХ-10. Незважаючи на це, у введенні до

неї вказується, що «...справжні описи не несуть у собі теоретичного сенсу. Вони є просто групами симптомів і коментарем, відносно яких велике число радників і консультантів домовилися як про прийнятну основу визначення меж категорій і класифікації психічних розладів».

У деякій мірі недоліки МКХ-10 знівелювані в класифікації DSM – IV, але четверта вісь («психосоціальні і міжособистісні проблеми») не розкриває усього змісту функціонального стану пацієнта [1].

У сучасний період на основі біопсихосоціальної моделі сформульовано низку нормоцентричних концепцій

atrophy level had significant negative impact to ADLD severity. Detected ADLD peculiarities allow designing appropriate care measures for patients at the stages of SCVaD formation.

Key words: subcortical vascular dementia, subcortical vascular mild cognitive impairment, activities of daily living disturbances

НАРУШЕНИЯ ПОВСЕДНЕВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

О. А. ЛЕВАДА

Спектр и тяжесть нарушений повседневного функционирования (НПФ) были исследованы с помощью Bristol Activities of Daily Living Scale (BADL) у 50 лиц пожилого и старческого возраста без когнитивных нарушений (БКН), 45 пациентов с субкортикальными сосудистыми легкими когнитивными нарушениями (ССЛКН) и 35 больных с субкортикальной сосудистой деменцией (ССД). Тяжесть и количество НПФ закономерно нарастали на этапах развития ССД. Прогрессирование НПФ имело закономерный паттерн. На стадии ССЛКН нарушалась способность самостоятельно распоряжаться финансами, работа по дому/саду, участие в играх/занятиях хобби, пользование телефоном. На начальных стадиях ССД к ним присоединялись расстройства приготовления пищи и напитков, поддержания гигиены, нарушения ходьбы, ориентации во времени, осуществления покупок, пользования транспортом. На выраженность НПФ достоверное негативное влияние оказывали тяжесть когнитивных нарушений, специфические клинические проявления ССД (нарушения внимания, расстройства ходьбы лобного типа, кинетическая апраксия, нарушения активного припоминания, снижение вербальной и категориальной скорости, выраженность депрессии), степень лейкоареоза и церебральной атрофии. Выявленные особенности НПФ позволяют планировать специфические мероприятия по уходу за пациентами на этапах формирования ССД.

Ключевые слова: субкортикальная сосудистая деменция, субкортикальные легкие когнитивные нарушения, нарушения повседневного функционирования

ПОРУШЕНИЯ ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ НА ЕТАПАХ РОЗВИТКУ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ

О. А. ЛЕВАДА

Спектр та тяжкість порушень повсякденного функціонування (ППФ) були досліджені за допомогою Bristol Activities of Daily Living Scale (BADL) у 50 осіб похилого та старечого віку без когнітивних порушень (БКП), 45 пацієнтів із субкортикальними судинними легкими когнітивними порушеннями (ССЛКП) та 35 хворих із субкортикальною судинною деменцією (ССД). Тяжкість та кількість ППФ закономерно зростали на етапах розвитку ССД. Прогресування ППФ мало закономірний патерн. На стадії ССЛКП порушувалась здатність самостійно розпоряджатися фінансами, робота по дому/саду, участь в іграх/хобі, користування телефоном. На початкових стадіях ССД до них приєднувалися розлади приготування їжі та напоїв, підтримання гігієни, порушення ходи, орієнтації у часі, користування транспортом. На ступінь ППФ достовірний негативний вплив мали тяжкість когнітивних порушень, специфічні клінічні прояви ССД (порушення уваги, розлади ходи лобного типу, кінетична апраксія, порушення активного пригадування, зниження вербальної та категоріальної швидкості, тяжкість депресії), ступінь лейкоареозу та церебральної атрофії. Виявлені особливості ППФ дозволяють планувати специфічні заходи догляду за пацієнтами на етапах формування ССД.

Ключові слова: субкортикальна судинна деменція, субкортикальні легкі когнітивні порушення, порушення повсякденного функціонування

УДК 616.895.8-082.4/.6:340.63-039.76

В. Я. Пішель¹, Є. Г. Гриневич², А. М. Кушнір³

АЛГОРИТМ ВСТАНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ДІАГНОЗУ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ ПРОТИ ЖИТТЯ ОСОБИ

¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м.Київ

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

³Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України, м. Дніпропетровськ

Ключові слова: функціональний діагноз, реабілітаційний діагноз, шизофренія, суспільно небезпечні діяння проти життя особи

Розвиток реабілітаційного напрямку у психіатрії ґрунтується на сучасній біопсихосоціалній парадигмі психічних розладів. Це обумовлює необхідність у багатоаспектному діагностичному підході, який враховує як клінічні прояви психічної патології, так і особистість пацієнта, його проблеми та турботи, характеристики соціуму, що його оточує, та інші соціально-психологічні фактори.

Нині у багатьох країнах Європи та в Україні використовується багатоаспектна класифікація психічних розладів МКХ-10. Незважаючи на це, у введенні до

неї вказується, що «...справжні описи не несуть у собі теоретичного сенсу. Вони є просто групами симптомів і коментарем, відносно яких велике число радників і консультантів домовилися як про прийнятну основу визначення меж категорій і класифікації психічних розладів».

У деякій мірі недоліки МКХ-10 знівелювані в класифікації DSM – IV, але четверта вісь («психосоціальні і міжособистісні проблеми») не розкриває усього змісту функціонального стану пацієнта [1].

У сучасний період на основі біопсихосоціальної моделі сформульовано низку нормоцентричних концепцій

виникнення психічних та поведінкових розладів [2]. Серед них слід виділити теоретичні підходи щодо визначення адаптаційного бар'єру як інтегрованого динамічно-функціонального прояву біосоціальної основи особи (концепція адаптації) [3], передхвороби, моделі перехідних станів (концепція рівнів психічного здоров'я) [4; 5], «становлення» синдрому як наслідку взаємодії конституційних та соціокультуральних чинників та ін. (соціально-орієнтований підхід) [6–12].

Слід зазначити, що саме на основі концепції адаптації у сукупності зі значними досягненнями в області нейрофізіології, психофармакології, психології, психотерапії і математичної статистики була обґрунтована необхідність використання системного підходу, підґрунтям якого постала теорія функціональних систем. Остання послужила базою для побудови сучасних уявлень про функціональний діагноз, який сполучає в собі індивідуальні біологічні, психологічні й соціальні особливості індивідуума [13].

Таким чином, теоретичним обґрунтуванням сучасного уявлення про метод функціональної діагностики є наступні наукові положення: біопсихосоціальна модель психічних розладів, концепція адаптації та теорія функціональних систем. У свою чергу, в доступній літературі відсутні роботи, що стосуються проблем всебічної діагностики та реабілітаційного діагнозу хворих на шизофренію, що вчинили суспільно небезпечні діяння (СНД) проти життя особи (ПЖО), що обумовило мету роботи.

Мета дослідження. Розробити алгоритм та інтерв'ю для встановлення функціонального (реабілітаційного) діагнозу хворим на шизофренію, що вчинили СНД ПЖО, для подальшого обґрунтування та розробки сучасних програм їх реабілітації і ресоціалізації, а також об'єктивного відстежування динаміки стану і функціонування цих пацієнтів.

Матеріал та методи дослідження. Матеріалом дослідження були вітчизняні та закордонні джерела наукової інформації (зокрема, мета-аналізи), що присвячені сучасним уявленням про функціональний (реабілітаційний) діагноз розладів шизофренічного кола, а також медична документація (історії хвороб, амбулаторні карти хворих на шизофренію, що вчинили СНД ПЖО тощо).

Методи дослідження: інформаційно-теоретичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, психодіагностичний, клініко-анамнестичний.

Результати та їх обговорення

Традиційний підхід, що спрямований на ідентифікацію провідного розладу пацієнта (одноосьова модель діагностики), вважався недостатнім у багатьох наукових колах, які підкреслили його обмежені можливості стосовно повного визначення складних клінічних станів [14; 15]. Численні обговорення сприяли виникненню пропозиції щодо розробки всебічних діагностичних моделей з метою забезпечення повного й інформативного відображення патології пацієнта і її контекстуалізації (визначення контекстуальних чинників, що супроводжують психічні розлади).

Всебічна діагностична модель, яка привертала значну увагу дослідників протягом останніх десятиліть, лягла в основу багатоосьового діагностичного підходу [16].

Головна мета багатоосьової діагностики – створити базис для всеохоплюючого терапевтичного плану ведення хворого на основі полегшення та оптимізації лонгітудинальної оцінки його стану, з одного боку, та сприяння високої валідності клінічного діагнозу – з іншого. Тобто забезпечення детальної цілісної картини поточного статусу хворого стає основою для планування обґрунтованого лікування і визначення прогнозу психічної патології. На сьогодні розвиток багатоосьових схем, що доповнені описовим формулюванням клініки, зосередився на культуральній структурі або унікальності особистості пацієнта.

У той же час концепція функціонального діагнозу виявилася не позбавленою недоліків та призвела на практиці до того, що його зміст став надзвичайно великим набором різних феноменів, що відбивали дуже детальну, але непосильну для практичного лікаря історію хвороби.

Нами з урахуванням нових даних сформульовано уявлення про функціональний (реабілітаційний) діагноз як систему цілісної оцінки стану хворого з позицій триединого підходу з виділенням клініко-біологічного, психологічного та соціального блоків, кожен з яких надає опис пацієнта у властивих йому діагностичних категоріях, характер яких визначається адаптаційно-компенсаторними особливостями хворого на шизофренію, що вчинив СНД ПЖО.

При цьому кожен із трьох блоків набув досить компактного вигляду за рахунок виділення тих характеристик, які потрібні і достатні для цілей функціональної (реабілітаційної) діагностики.

Такий підхід, на наш погляд, принципово відрізняє функціональний діагноз від діагнозу багатовимірною.

Результати обстеження кожного пацієнта вносяться в спеціально розроблену «Карту комплексного обстеження хворого (F 20), який вчинив суспільно небезпечне діяння (СНД), передбачене ч. __ ст. __ КК України» (далі Карта), яка містить усі характеристики функціонального діагнозу і спосіб їх кодування.

Клініко-біологічний блок містить у собі наступні модулі карти: А – Загальні відомості, Б – Медичний статус, Г – Наркологічний анамнез, Е – Сімейний анамнез, З – Психіатричний статус (психопатологічний синдром, тип перебігу, прогресивність, гострота стану, стадія захворювання, тип дефекту, реагування на дефект, особливості психофармакотерапії та, як підсумок – клінічний діагноз).

Останнім часом у психіатрії використовується так звана дімensionальна модель, яка дозволяє розглядати окремі симптомокомплекси ендogenousного захворювання в якості незалежної розмірності, що має власні стереотипи розвитку: когнітивні, негативні, афективні і позитивні [17].

Базовими когнітивними механізмами є пам'ять, увага і продуктивність [18]. Виявилось, що нейрокогнітивний дефіцит є валідним предиктором соціального функціонування в суспільстві при порівнянні з негативною

симптоматикою та може стати серйозною перешкодою на шляху реабілітації зазначеної категорії [19].

Негативні розлади – прояви стійкого або тимчасового зниження (аж до випадання) психічних функцій, що відбивають деструктивність хворобливого процесу. При їх діагностиці і терапії важливо розрізняти первинну і вторинну негативну симптоматику. Первинні негативні розлади (дефіцитарні симптоми) присутні у вигляді стійких ознак і можуть спостерігатися як у структурі психотичних епізодів, так і в періоді ремісії. Вони викликані безпосередньо процесом ураження мозкової тканини і резистентні до терапії [20]. Вторинні (псевдодефіцитарні) негативні розлади привнесені до картини хвороби такими чинниками, як депресія, побічний ефект терапії, продуктивні розлади, явища госпіталізму.

Узагальнюючий клінічний діагноз включає нозологічну приналежність захворювання, основний і факультативні синдроми, тип перебігу хвороби, характер стану, що зумовив необхідність звернення за психіатричною допомогою, преморбідні особливості пацієнта з шизофренією, що вчинив СНД ПЖО.

Включення до Карти питань стосовно сімейного анамнезу дозволяє розмежувати конституційні (генетичні) та соціальні чинники і на цій основі відібрати оптимальні засоби відновлення такого хворого.

Психологічний блок складається з дев'яти психологічних методик як самооціночного, так і об'єктивного плану, що необхідно для встановлення важливих складових реабілітаційного діагнозу, а саме: особливості пізнавальної і емоційно-вольової сфер функціонування пацієнтів, їх особистісних властивостей. Крім того, ми вважаємо обов'язковим визначення ціннісно-сміслових орієнтацій хворих, оскільки саме вони обумовлюють змістовну сторону спрямованості особи і складають основу її взаємовідносин із навколишнім оточенням, ядро мотивації життєвої активності.

Найбільш суттєвими в процесі адаптації є такі психологічні характеристики, як копінг та психологічний захист. Сукупність представлених вище характеристик дозволяє психологу провести як якісний, так і кількісний аналіз різних сторін психологічної адаптації кожного пацієнта і в якості кінцевого результату сформулювати психологічний діагноз.

Соціальний блок включає до себе такі модулі: В – Освіта, робота, кошти для існування, Д – Анамнез суспільно небезпечних діянь, Ж – Родина та соціальні зв'язки, И – Контекстуальні чинники та госпітальні умови.

Важливо відзначити, що в цьому блоці фіксуються не лише особливості соціального статусу хворого і наявних у нього соціальних проблем, але і параметри його соціальної підтримки.

Розрізняють наступні характеристики соціальної підтримки:

1. особливості джерел соціальної підтримки:

а) сім'я – тип взаємовідносин з референтним членом сім'ї, очікування від хворого, компоненти емоційної експресії, стосунки сім'ї із зовнішнім оточенням, навантаження на сім'ю;

б) поза сімейне оточення – вплив, що робиться на хворого формальним (колеги по роботі) і неформальним (друзі) оточенням; якість роботи соціальних інститутів (медиків, соціальних працівників, інших організацій);

2. функції соціальної підтримки:

а) у сім'ї – емоційна й інструментальна. Емоційна соціальна підтримка – ставлення до пацієнта з боку найближчих родичів, сприяюче або перешкоджаюче самоствердженню хворого і пов'язане з принципами «партнерства» або «патерналізму» по відношенню до нього. Інструментальна соціальна підтримка – це обсяг відчутної, матеріальної, безпосередньої допомоги в рішенні повсякденних побутових проблем;

б) у поза сімейному оточенні – емоційна (заснована на моделі «непатологічності» й активізації життєвої позиції хворого) та інструментальна соціальна підтримка, яка включає соціально-побутову і матеріальну допомогу, заходи по відновленню соціального положення пацієнта. Важливо визначити оптимальний обсяг соціальної підтримки, оскільки недостатня допомога сприяє десоціалізації пацієнтів, а допомога, заснована на патерналізмі, призводить до втрати навичок повсякденного життя [21].

Узагальнююча характеристика соціальних адаптаційно-компенсаторних особливостей пацієнта: соціальні проблеми і міжособистісні конфлікти.

Аналіз усіх складових соціального блоку дозволяє виділити і сформулювати характер соціальних проблем пацієнта у вигляді соціального діагнозу. Конкретні проблеми пацієнтів є мішенями для роботи фахівців в області соціальної допомоги психічнохворим.

Соціальний блок функціонального діагнозу уточнює характер можливих міжособистісних конфліктів (додає до відомостей, отриманих при психологічному обстеженні) як в сім'ї, так і на роботі, в структурі партнерських стосунків та ін.

Наявність та особливості міжперсонального конфлікту (чи конфліктів) у хворого формулюються у вигляді соціотерапевтичного діагнозу, який дозволяє визначити цілі і завдання програми ресоціалізації конкретного пацієнта. Інтеграційні характеристики біопсихосоціального функціонування: тип пристосувальної поведінки, рівень функціонування в різних соціальних сферах, якість життя.

Кількісна оцінка соціальної адаптації – це міра успішності функціонування індивідуума в соціумі. За рівнем соціального функціонування можна судити про результати лікувально-відновної дії на хворого і вирішувати питання його працевлаштування, дієздатності та ін. Тип пристосувальної поведінки дозволяє визначити стиль життя, спосіб діяльності пацієнта – це якісна характеристика процесу функціонування. Якість життя показує міру задоволеності своїм станом і життям у цілому.

Узагальнює Карту модуль Л – Реабілітаційний психіатричний діагноз.

Уявляється важливим включення до кожного модуля питань, що дозволяють лікарю оцінити ступені

спотвореності інформації хворим, а також потреби у різних видах підтримки або консультацій за характеристиками, що аналізуються у даному модулі.

Таким чином, клініко-біологічний блок функціонального (реабілітаційного) діагнозу закінчується встановленням індивідуального клінічного діагнозу хворого на шизофренію, що вчинив СНД ПЖО. Проте для визначення того, що особа втратила і що зберегла в результаті захворювання, потрібна інформація про потенціал адаптації конкретного пацієнта, яку можливо отримати при аналізі відомостей за психологічним і соціальним блоками даного діагнозу.

Підбиваючи підсумок, слід вказати, що алгоритм встановлення функціонального (реабілітаційного [22]) діагнозу за методиками розробленого нами інтерв'ю, яке викладено у Карті, складається з наступних послідовних кроків. Перший крок – це оцінка функціональної недостатності пацієнта з шизофренією, що вчинив СНД ПЖО, у когнітивній (PANSS – P2, N5-7, G11, G12), емоційно-мотиваційній сфері (PANSS – N1-N4, G5, G7, G8, G13-G16) та комунікативній сфері (опитувальник міжособистісних відносин В. Шутца). Другий крок полягає у оцінці ресурсної системи особистості хворого, а саме: встановлення типів психологічного захисту (опитувальник Плутчіка-Келермана) та психологічної компенсації (копінг-стратегії, копінг-поведінка – методика психологічної діагностики копінг-механізмів – тест Хейма). Третій – оцінка його рівня психосоціальної адаптації за кількісною (оцінка соціального функціонування хворого (Psychiatric Disability Assessment Schedule), методика визначення здатності до психосоціальної адаптації (EAPS), методика діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда) та якісною характеристиками соціальної адаптації (тип пристосувальної поведінки) (PANSS – P4, P7, G8, G15, G16, структуроване інтерв'ю). Четвертий крок (оцінка ресурсів підтримки пацієнта у суспільстві) передбачає дослідження ресурсів сімейної підтримки (модуль В, Ж Карти), реабілітаційного впливу (модуль Л), соціальної підтримки (модуль В, реабілітаційне діагностичне інтерв'ю), а також контекстуальних (соціально-дезадаптуючих) чинників (модуль И Карти).

Висновки

1. Функціональний (реабілітаційний) діагноз – система цілісної багатосторонньої оцінки стану хворого, системоутворюючими чинниками якої є адаптаційні можливості пацієнта. Цей діагностичний підхід дозволяє усебічно оцінити як зміни в психічному стані і функціонуванні пацієнта, викликані хворобою, так і адаптаційно-компенсаторний потенціал самого хворого і його оточення.

2. Характеристики клініко-біологічного блоку розробленого нами інтерв'ю визначають лікарську стратегію, психологічного – напрям психокорекційних заходів, психосоціального – обсяг і особливості соціотерапевтичних впливів стосовно хворих на шизофренію, що вчинили СНД ПЖО. Допускається використання функціонального (реабілітаційного) діагнозу як в повному, так і в зредукованому вигляді, орієнтуючись в останньому

випадку тільки на узагальнюючі характеристики й інтеграційні показники.

3. Використання алгоритму функціональної (реабілітаційної) діагностики дозволяє створювати сучасні програми реабілітації і ресоціалізації, об'єктивно відстежувати динаміку стану і функціонування даної категорії пацієнтів і дає надійний інструмент взаємодії різних фахівців в області охорони психічного здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гурович И. Я. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии / Гурович И. Я., Сторожак Я. Л. // Соц. и клин. психиатрия. – 1998. – № 4. – С. 5–20.
2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.: пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
3. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация // Александровский Ю. А. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
4. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства // Семичов С. Б. – М.: Медицина, 1987. – 184 с.
5. Шмидт Е. В. Проблема «предболезни» (о скрытых начальных фазах заболеваний мозга) / Шмидт Е. В., Бассин Ф. В. // Методологические аспекты науки о мозге: под ред. О. С. Адрианова, Г. Х. Шингарова. – М.: Медицина, 1983. – С. 192–203.
6. Березин Ф. Б. Инициальные проявления пограничных состояний и факторы, определяющие специфичность синдрома / Березин Ф. Б., Соколова Е. Д. // Четвёртый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. – М., 1980. – Т.1. – С. 455–458.
7. Полтавец В. Система «новых» вирусов и психопатология: спільність форми чи сутності? / Полтавец В. // Релігія і церква в контексті реалій сьогодення: міжнар. конф., тези доп. / відп. ред. А. Колодний. – Київ, 1995 – С. 60.
8. Краснов В. Н. Границы современной психиатрии и направления её развития / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 19–21.
9. Кабанов М. М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни / М. М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 22–27.
10. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. / Александровский Ю. А. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
11. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. История, предмет и методы социальной психиатрии // Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 10–25.
12. Первомуайский В. Б. Категории болезни, здоровья, нормы, патологии в психиатрии: концепции и критерии разграничения / [Первомуайский В. Б., Карагодина Е. Г., Илейко В. Р., Козерацкая Е. А.] // Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике / Первомуайский В. Б., Илейко В. Р. – Киев: КИТ, 2006. – С. 24–47.
13. Смирнов В. К. Психическое здоровье. Актуальность целостного изучения / В. К. Смирнов // Механизмы коррекции восстановительных процессов мозга: сб. науч. трудов. – Горький, 1982. – С. 35–43.
14. Lain Entralgo P. El Diagnostico Medico / Lain Entralgo P. – Barcelona: Salvat. – 1982. – 147 с.
15. A triaxial classification of mental disorders in childhood / Rutter M. [et al] // J. Child Psychol. Psychiat. – 1969. – Vol.10. – P. 41–61.
16. Mezzing J. E. Patterns and issues in multiaxial diagnosis / J. E. Mezzing // Psychol. Med. – 1979. – Vol.9. – P. 125–137.
17. Смулевич А. Б. Психопатология и терапия шизофрении на манифестных этапах процесса / Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – № 7 (4). – С. 3.
18. Аведисова А. С. Новые проблемы психофармакотерапии / А. С. Аведисова. – М.: ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – 2005. – 14 с.
19. Velligan D. I. Cognitive dysfunction in schizophrenia and its importance for the clinical outcome: the role of atypical antipsychotics / Velligan D. I., Miller A. L. // J. Clin. Psychiat. – 1999. – Vol. 60 (Suppl. 23). – P. 25–8.
20. Иванов М. В. Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия / Иванов М. В.,

Незнанов Н. Г. – СПб., 2008. – 88 с.

21. Гурович И. Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. – М., 2007. – 2-е изд. – 172 с.

22. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: Каиштан, 2009. – 584 с.

АЛГОРИТМ УСТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ, КОТОРЫЕ СОВЕРШИЛИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ ПРОТИВ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

В. Я. Пишель, Е. Г. Гриневич, А. Н. Кушнин

В статье представлены результаты системного информационно-теоретического анализа научной литературы по вопросам современных представлений об установлении функционального (реабилитационного) диагноза больным шизофренией и его составляющих. На основе полученных данных, а также благодаря анализу медицинской документации больных шизофренией, научно обоснованы и разработаны интервью и алгоритм для верификации их функционального диагноза с целью дальнейшей ресоциализации и реабилитации.

Ключевые слова: функциональный диагноз, реабилитационный диагноз, шизофрения, общественно опасные деяния против жизни человека

ALGORITHM OF THE FUNCTIONAL DIAGNOSIS ESTABLISHMENT TO PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, THAT ACCOMPLISHED PUBLICLY DANGEROUS ACT AGAINST PERSON'S LIFE

V. YA. PISHEL, E. G. GRINEVYCH, A. N. KUSHNIR

In the article the informatively-theoretical analysis of scientific literature were conducted on problem the modern data of relations to establishment the functional (rehabilitation) diagnosis and it's constituents to the patients with schizophrenia. On it's results, and also due to the analysis the data of medical documentation of patients with schizophrenia, that accomplished publicly dangerous act against person's life, scientifically reasonably the interview and the algorithm for verification their functional diagnosis were worked out with the aim of further resocialization and rehabilitation.

Key words: functional diagnosis, rehabilitation diagnosis, schizophrenia, publicly dangerous act against person's life

УДК 616.89 – 008.48 – 053.2: 616

С. М. Харченко, О. В. Чернишов

ОСОБЛИВОСТІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОМАТОФОРМНИХ ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1

Проблема поширеності психічних розладів на сьогодні – одна з найважливіших у сучасній медицині. Хвороби, що супроводжуються вегетативною дисфункцією, входять до числа найбільш поширених психопатологічних порушень серед населення, у тому числі і в підлітковому віці. Синдром вегето-судинної дистонії (ВСД) це діагноз, який найчастіше зустрічається у підлітків та маскує психічну патологію. Вивчення механізмів формування таких розладів дозволить поліпшити систему ефективного лікування психічних розладів у дитячому та підлітковому віці [1; 2].

Мета дослідження. Обґрунтувати принципи діагностики проявів синдрому ВСД і провести диференційно-діагностичне дослідження етіології психопатологічних розладів, що виявляються у вигляді больового синдрому при ВСД в підлітковому віці.

ВСД – це поліморфний симптомокомплекс. Його патогенетична основа – дезінтеграція лімбіко-ретикулярного комплексу, яка проявляється порушеннями функціонування всіх основних регуляторних систем організму без специфічної локалізації ураження. У більшості випадків ВСД носить вторинний характер як один із синдромів різних психічних захворювань, тому що являє собою системну реакцію вищої нервової діяльності на гострий або хронічний емоційний стрес. Вегетативна дисфункція, що розвивається в результаті дизрегуляції надсегментарних вегетативних структур, проявляється в основному емоційними і вегетативними розладами

[3]. До симптомів ВСД, які найчастіше зустрічаються при психічних розладах, відносять: фізичну слабкість і підвищену стомлюваність, дратівливість і плаксивість, головний біль і запаморочення, порушення сну, гіпергідроз і тремор, відчуття похолодання кінцівок, кардіалгії, приступоподібні тахікардії та коливання артеріального тиску, різні болі і м'язову скутість, парестезії, відчуття «грудки» в горлі або нестачі повітря, диспепсичні і дизуричні розлади.

Симптоми ВСД формуються одночасно з психопатологічною реакцією на психотравмуючий вплив за відсутності якого-небудь конкретного соматичного захворювання і згодом трансформуються в загальний невротичний, афективний, соматоформний розлад або певну психосоматичну патологію. У МКХ-10 синдром ВСД шифрується в класі VI (Хвороби нервової системи) рубриками G90.8 і G99.1 [4]. Але синдром ВСД не тільки входить як облігатний психовегетативний симптомокомплекс психопатологічних розладів, але перш за все потребує адекватного психофармакологічного і психотерапевтичного втручання. До найбільш поширених психічних розладів, що поєднуються з симптомами ВСД, відносяться невротичні розлади, F4 (панічний розлад, F41.0; розлади адаптації, F43; соматоформні розлади, F45; неврастенія, F48.0); афективний розлад, F3 (легкий депресивний епізод F32.0; рекуррентний депресивний розлад, F33; хронічний афективний розлад, F34); психічні розлади, пов'язані із захворюваннями,

Незнанов Н. Г. – СПб., 2008. – 88 с.

21. Гурович И. Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. – М., 2007. – 2-е изд. – 172 с.

22. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: Каиштан, 2009. – 584 с.

АЛГОРИТМ УСТАНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ДІАГНОЗА БОЛЬНИМ ШИЗОФРЕНІЕЙ, КОТОРЫЕ СОВЕРШИЛИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ ПРОТИВ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

В. Я. Пишель, Е. Г. Гриневич, А. Н. Кушнин

В статье представлены результаты системного информационно-теоретического анализа научной литературы по вопросам современных представлений об установлении функционального (реабилитационного) диагноза больным шизофренией и его составляющих. На основе полученных данных, а также благодаря анализу медицинской документации больных шизофренией, научно обоснованы и разработаны интервью и алгоритм для верификации их функционального диагноза с целью дальнейшей ресоциализации и реабилитации.

Ключевые слова: функциональный диагноз, реабилитационный диагноз, шизофрения, общественно опасные деяния против жизни человека

ALGORITHM OF THE FUNCTIONAL DIAGNOSIS ESTABLISHMENT TO PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, THAT ACCOMPLISHED PUBLICLY DANGEROUS ACT AGAINST PERSON'S LIFE

V. YA. PISHEL, E. G. GRINEVYCH, A. N. KUSHNIR

In the article the informatively-theoretical analysis of scientific literature were conducted on problem the modern data of relations to establishment the functional (rehabilitation) diagnosis and it's constituents to the patients with schizophrenia. On it's results, and also due to the analysis the data of medical documentation of patients with schizophrenia, that accomplished publicly dangerous act against person's life, scientifically reasonably the interview and the algorithm for verification their functional diagnosis were worked out with the aim of further resocialization and rehabilitation.

Key words: functional diagnosis, rehabilitation diagnosis, schizophrenia, publicly dangerous act against person's life

УДК 616.89 – 008.48 – 053.2: 616

С. М. Харченко, О. В. Чернишов

ОСОБЛИВОСТІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОМАТОФОРМНИХ ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1

Проблема поширеності психічних розладів на сьогодні – одна з найважливіших у сучасній медицині. Хвороби, що супроводжуються вегетативною дисфункцією, входять до числа найбільш поширених психопатологічних порушень серед населення, у тому числі і в підлітковому віці. Синдром вегето-судинної дистонії (ВСД) це діагноз, який найчастіше зустрічається у підлітків та маскує психічну патологію. Вивчення механізмів формування таких розладів дозволить поліпшити систему ефективного лікування психічних розладів у дитячому та підлітковому віці [1; 2].

Мета дослідження. Обґрунтувати принципи діагностики проявів синдрому ВСД і провести диференційно-діагностичне дослідження етіології психопатологічних розладів, що виявляються у вигляді больового синдрому при ВСД в підлітковому віці.

ВСД – це поліморфний симптомокомплекс. Його патогенетична основа – дезінтеграція лімбіко-ретикулярного комплексу, яка проявляється порушеннями функціонування всіх основних регуляторних систем організму без специфічної локалізації ураження. У більшості випадків ВСД носить вторинний характер як один із синдромів різних психічних захворювань, тому що являє собою системну реакцію вищої нервової діяльності на гострий або хронічний емоційний стрес. Вегетативна дисфункція, що розвивається в результаті дизрегуляції надсегментарних вегетативних структур, проявляється в основному емоційними і вегетативними розладами

[3]. До симптомів ВСД, які найчастіше зустрічаються при психічних розладах, відносять: фізичну слабкість і підвищену стомлюваність, дратівливість і плаксивість, головний біль і запаморочення, порушення сну, гіпергідроз і тремор, відчуття похолодання кінцівок, кардіалгії, приступоподібні тахікардії та коливання артеріального тиску, різні болі і м'язову скутість, парестезії, відчуття «грудки» в горлі або нестачі повітря, диспепсичні і дизуричні розлади.

Симптоми ВСД формуються одночасно з психопатологічною реакцією на психотравмуючий вплив за відсутності якого-небудь конкретного соматичного захворювання і згодом трансформуються в загальний невротичний, афективний, соматоформний розлад або певну психосоматичну патологію. У МКХ-10 синдром ВСД шифрується в класі VI (Хвороби нервової системи) рубриками G90.8 і G99.1 [4]. Але синдром ВСД не тільки входить як облігатний психовегетативний симптомокомплекс психопатологічних розладів, але перш за все потребує адекватного психофармакологічного і психотерапевтичного втручання. До найбільш поширених психічних розладів, що поєднуються з симптомами ВСД, відносяться невротичні розлади, F4 (панічний розлад, F41.0; розлади адаптації, F43; соматоформні розлади, F45; неврастенія, F48.0); афективний розлад, F3 (легкий депресивний епізод F32.0; рекуррентний депресивний розлад, F33; хронічний афективний розлад, F34); психічні розлади, пов'язані із захворюваннями,

класифікованими в інших розділах, F54; розлади органічної природи, F0 (органічний тривожний розлад, F06.4; органічний астеничний розлад, F06.6; органічний розлад особистості, F07.0); рідше – розлади особистості у дорослих, F6.

При соматоформних розладах (F45) у рамках рубрики невротичні розлади (F4) ВСД є провідними клінічними симптомокомплексами. До цієї групи нозологій відносяться: соматизований розлад (F45.0), недиференційований соматоформний розлад (F45.1), іпохондричний розлад (F45.2), соматоформна вегетативна дизфункція (F45.3) і хронічний соматоформний больовий розлад (F45.4).

ВСД у підлітковому віці маніфестує найчастіше у вигляді больового синдрому - переважно цефалгії або абдомінальних болів у поєднанні з іншого психовегетативною симптоматикою [1; 2].

Таким чином, психовегетативний синдром (синдром ВСД) - поліетіологічна патологія, яка є ключовим патогенетичним компонентом досить великої кількості психічних розладів невротичного регістру [5; 6]. Ця патологія швидко хроніфікується, погано піддається лікуванню і трансформується в різні невротичні, афективні або психосоматичні розлади [7; 8].

Матеріали і методи дослідження. У рамках представлено дослідження було обстежено 59 підлітків: 35 дівчат (59,3%) і 24 юнаки (40,7%) у віці 16÷17 років. Всі підлітки вперше обстежені психіатром після тривалого неефективного лікування з приводу синдрому ВСД. Причиною звернення за психіатричною допомогою став больовий синдром, який погано чи неможливо було лікувати без верифікації як серйозного соматичного захворювання, здатного викликати подібні больові

відчуття. Диференційно-діагностичне дослідження пацієнтів проводилося згідно діагностичним критеріям психічних і поведінкових розладів у рамках МКХ-10 [4]. Статистична обробка даних здійснювалася методами варіаційної статистики.

Результати дослідження. У табл. 1 показано розподіл підлітків згідно виявленим психопатологічним нозологіям і відповідно до їх статті. Було встановлено, що найчастіше в групі обстежених підлітків спостерігалася соматоформна вегетативна дизфункція з цефалогічним синдромом (F45.30) – 14 випадків (23,7%). У цілому серед обстежених пацієнтів більш ніж у половині випадків синдром ВСД був провідним клінічним проявом соматоформних розладів (57,5%): у 21 дівчини (60,0%) і у 13 юнаків (54,2%). Тривожно-депресивна симптоматика в рамках різних розладів була зафіксована в цілому в 32,2% випадків (у 19 підлітків): у 12 дівчат (34,3%) і у 7 юнаків (29,2%). Найрідше причиною формування синдрому ВСД була астенична симптоматика в рамках органічного розладу ЦНС, яка переважно діагностувалася у юнаків.

Серед юнаків в основі ВСД достовірно переважали хронічний больовий розлад (F45.4), легкий депресивний епізод із соматичними симптомами (F32.01) і астеничний органічний розлад ЦНС із цефалгічним синдромом після перенесеного стресу мозку (F06.6). У цілому ці види патології спостерігалися серед обстежених пацієнтів у 50,1% випадків, що в середньому в 2,18 рази частіше, ніж серед дівчат ($p < 0,05$). Серед обстежених дівчат очевидно переважала соматоформна вегетативна дизфункція з цефалгічним синдромом (F45.30), яка була діагностована у 25,7% пацієток, а також іпохондричний розлад (F45.2) і панічний розлад (F41). У цілому

Таблиця 1

Розподіл підлітків, відповідно до статті та нозологічних форм розладів, абсолют. кількість (%)

Нозологічні форми розладів	Обстежені пацієнти		
	юнаки	дівчата	всього в обох групах
Соматоформна вегетативна дизфункція з цефалгічним синдромом, F45.30	5 (20,8)	9 (25,7)	14 (23,7)
Іпохондричний розлад, F45.2	2 (8,3)	6 (17,1) $p = 0,033$	8 (13,6)
Хронічний больовий розлад, F45.4	4 (16,7) $p = 0,041$	3 (8,6)	7 (11,7)
Легкий депресивний епізод із соматичними симптомами, F32.01	4 (16,7) $p = 0,041$	3 (8,6)	7 (11,7)
Панічний розлад, F41	2 (8,3)	5 (14,3)	7 (11,7)
Астеничний органічний розлад ЦНС із цефалгічним синдромом, F06.6	4 (16,7) $p = 0,021$	2 (5,7)	6 (10,2)
Соматоформна вегетативна дизфункція з гастралгічним синдромом, F45.32	2 (8,3)	3 (8,6)	5 (8,5)
Розлад адаптації: депресивна реакція з цефалгічним синдромом, F43.21	1 (4,2)	4 (11,4)	5 (8,5)
Всього	24 (40,7)	35 (59,3) $p = 0,037$	59 (100)

нозологічні одиниці, які найчастіше зустрічаються, склали 57,1% з усіх випадків у групі пацієнок ($p < 0,05$). У ході аналізу отриманих даних виявлено, що у дівчат у 2,7 рази частіше ($p < 0,05$), ніж у юнаків, була діагностована депресивна реакція з цефалгічним синдромом в рамках розладів адаптації (F43.21).

Аналіз даних про локалізацію больового синдрому (як провідного прояву ВСД у обстежених підлітків) дозволив зробити такі висновки, результати яких представлені в табл. 2.

І серед дівчат, і серед хлопців істотно переважала цефалгія у порівнянні з кількістю випадків, в яких абдомінальні болі пред'являлися як провідна скарга. Але якщо у юнаків кількість випадків цефалгії тільки на 10,1% перевищувала кількість пацієнтів з абдомінальним больовим синдромом, то серед дівчат така різниця складала вже 18,7% – практично вдвічі більше ($p < 0,05$).

Етіологія головного болю істотно відрізнялася серед груп юнаків і дівчат. Цефалгічний синдром як провідна клінічна симптоматика найчастіше і у тих, і у інших спостерігався в рамках соматоформної вегетативної дисфункції (F45.30). Даний діагноз був зафіксований більше ніж у третини пацієнтів у відповідних підгрупах: у 33,3 і 39,1% випадків відповідно ($p < 0,05$). Проте другою за частотою патологією, при якій цефалгія виступала ведучою скаргою, у дівчат стала депресивна реакція з цефалгічним синдромом (F43.21), що було виявлено у 17,4% пацієнок ($p < 0,05$). У юнаків таким розладом був астеничний органічний розлад травматичного генезу з цефалгічним синдромом (F06.6) – він спостерігається у 26,7% пацієнтів ($p < 0,05$).

У юнаків абдомінальні болі переважно фіксувалися при хронічному больовому розладі (F45.4) і

легкому депресивному епізоді з соматичними симптомами (F32.01), що в цілому складало 66,7% випадків даного варіанту ВСД ($p < 0,05$), тоді, як серед обстежених пацієнок гастралгічний синдром найчастіше спостерігався при іпохондричному розладі (F45.2), хронічному больовому розладі (F45.4) і, власне, при соматоформній вегетативній дисфункції з абдомінальними болями (F45.31). У цілому це складало 83,3% в цій підгрупі дівчат ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, проведене дослідження виявило, що у всіх обстежених підлітків етіологічним базисом синдрому ВСД були різні психічні розлади. У всіх випадках симптоматика ВСД висловлювалася як провідна скарга і виступала провідним соматизованим компонентом невротичних і афективних розладів. Найчастіше у пацієнтів спостерігалися різні види соматоформних розладів (57,5% випадків), а також психічна патологія з тривожно-депресивними проявами (32,2% випадків). Крім того, основною скаргою, з якою пацієнти зверталися за допомогою, були болі різної локалізації, що супроводжувалися іншою симптоматикою у рамках ВСД. Етіологічний аналіз формування цефалгічного і гастралгічного синдромів виявив, що випадки цефалгії суттєво переважають над тими, в яких провідне значення мали абдомінальні болі. Різні варіанти соматоформної вегетативної дисфункції (F45.30 і F45.31) найчастіше виступають як етіологічна основа больового синдрому в рамках ВСД в підлітковому віці. Однак серед юнаків та дівчат генез больового синдрому істотно відрізняється з точки зору його етіології, що також треба враховувати в тактиці терапевтичного втручання.

Але важливо відзначити, що всі обстежені пацієнти своєчасно не зверталися до психіатра, оскільки

Таблиця 2

Розподіл підлітків за нозологічними формами розладів і провідного больовому синдрому, абсолют. кількість (%)

Нозологічні форми розладів	Обстежені пацієнти				всього в обох групах
	юнаки, N = 24		дівчата, N = 35		
	цефалгічний	Гастралгічний	цефалгічний	Гастралгічний	
Соматоформна вегетативна дисфункція з цефалгічним синдромом, F45.30	5 (33,3)	-	9 (39,1)	-	14 (23,7)
Іпохондричний розлад, F45.2	1 (6,7)	1 (11,1)	2 (8,7)	4* (33,3)	8 (13,6)
Хронічний больовий розлад, F45.4	1 (6,7)	3* (33,3)	-	3* (25,0)	7 (11,7)
Легкий депресивний епізод із соматичними симптомами, F32.01	1 (6,7)	3* (33,3)	1 (4,3)	2 (16,7)	7 (11,7)
Панічний розлад, F41	2 (13,3)	-	5* (21,7)	-	7 (11,7)
Астеничний органічний розлад ЦНС з цефалгічним синдромом, F06.6	4* (26,7)	-	2 (8,7)	-	6 (10,2)
Соматоформна вегетативна дисфункція з Гастралгічним синдромом, F45.31	-	2* (22,2)	-	3* (25,0)	5 (8,5)
Розлад адаптації: депресивна реакція з цефалгічним синдромом, F43.21	1 (6,7)	-	4 (17,4)	-	5 (8,5)
Всього	15 (25,4)	9 (15,3)	23 (39,0)	12 (20,3)	59 (100)

основною скаргою у підлітків були головний або абдомінальний біль, маскувальні психічні порушення. Підлітки, потрапляючи до психіатра, через місяці після виникнення синдрому ВСД відповідно не отримували своєчасної, адекватної та ефективної допомоги.

Література

1. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. – М., 1997. – 198 с.
2. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
3. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. Под ред. А. М. Вейна. Медицинское информационное агентство.

М. – 1998. – 749 с.

4. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.
5. Губачев Ю. М., Стамбровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
6. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: Медпресс-информ, 2002. – 608 с.
7. Бройтгамм В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М., 1999. – 376 с.
8. Смуглевич А. Б. Психосоматические расстройства // Руководство по психиатрии (Под ред. А. С. Тиганова). – М.: Медицина, С. 466–490.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОМАТОФОРМНИХ ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

С. М. ХАРЧЕНКО, О. В. ЧЕРНИШОВ

Було обстежено 59 підлітків (35 дівчат і 24 юнаки) у віці 16-16 років, що звернулися по психіатричну допомогу у зв'язку з головним або абдомінальним болем, у рамках вегето-судинної дистонії, що не піддається корекції. Диференційно-діагностичне дослідження проводилося відповідно до критеріїв МКХ-10.

Виявилось, що етіологічним базисом синдрому ВСД були різні психічні розлади. У всіх випадках симптоматика ВСД виступала провідним компонентом соматизації невротичних і афективних розладів. Етіологічною основою синдрому болю при ВСД у підлітковому віці найчастіше виступає соматоформна вегетативна дисфункція (F 45.30, F 45.31).

Ключові слова: синдром вегето-судинної дистонії, соматоформні розлади, цефалгія, гастралгія

PARTICULAR CHARACTERISTICS OF SOMATOFORM AUTONOMIC DISORDERS IN ADOLESCENCE

E. N. KHARCHENKO, O. V. TCHERNYSHEV

There are 59 teenagers have been examined in this research: 35 girls (59,3%) and 24 young men (40,7%) at the age of 16÷17 years. All adolescents have addressed for the psychiatric help in connection with not stopped headache or abdomen pain by VVD syndrome. Research will be done according to diagnostic criteria of ICD-10.

This research has revealed that aetiology of VVD syndrome based on various mental disturbances background at adolescent age. The pains of various localisation accompanied by other symptoms of VVD were the basic patients complaint. In all cases symptoms by VVD engaged as a somatoform component of neurotic and affective disorders. Most often somatoform vegetative dysfunction (F45.30 and F45.31) detected as an etiological basis of a pain syndrome within VVD at adolescent age. Headache prevails over abdomen pains essentially.

Keywords: a syndrome of a vegeto-vascular dystonia, somatoform disorder, headache, abdomen pain

УДК 616.89 – 054.48

О. О. Хаустова, К. І. Клебан

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТА РОЛЬ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРЕБІГУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: метаболічний синдром X, фактори ризику, психічні розлади

Актуальність. З другої половини ХХ століття на фоні значного зростання науково-технічного прогресу постійно змінюються умови, темпи та спосіб життя. Реаліями сьогодення стали значний ріст стресових ситуацій, низька рухова активність, висока інтенсивність розумової праці [1; 7; 9]. Медичними наслідками науково-технічного прогресу стали так звані хвороби цивілізації [8; 9]. Класичним представником такої патології є метаболічний синдром X (МСХ), який найбільш поширений в економічно розвинених країнах, де його частота може сягати до 24%. Так, лідируючу позицію займає США, де метаболічним синдромом страждають близько 47 млн осіб [7; 8; 10]. Згідно з останніми дослідженнями проблема метаболічного синдрому буде погіршуватися. Очікують, що до 2025 р., ріст пацієнтів з МСХ складе близько 50% [9].

Еволюція поглядів та затверджених діагностичних критеріїв цієї патології неодноразово змінювалася, що підтверджує чималий інтерес учених із різних країн до наукових досліджень даної проблеми [2; 5]. На сучасному етапі принциповою позицією є затвердження абдомінального ожиріння основним діагностичним критерієм даного синдромукомплексу із зміною показників окружності талії [3; 6]:

Абдомінальне ожиріння (окружність талії: чоловіка понад 94 см, жінки – більше 80 см);

Додаткові критерії:

- артеріальна гіпертензія (АТ > 140/90 мм рт. ст);
- підвищення рівня ТГ > 1,7 ммоль/л;
- зниження рівня ХС ЛПВЩ < 1,0 ммоль/л у чоловіків та < 1,2 ммоль/л у жінок;
- підвищення рівня ХС ЛПНЩ > 3,0 ммоль/л;

основною скаргою у підлітків були головний або абдомінальний біль, маскувальні психічні порушення. Підлітки, потрапляючи до психіатра, через місяці після виникнення синдрому ВСД відповідно не отримували своєчасної, адекватної та ефективного допомоги.

Література

1. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. – М., 1997. – 198 с.
2. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
3. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. Под ред. А. М. Вейна. Медицинское информационное агентство.

М. – 1998. – 749 с.

4. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.
5. Губачев Ю. М., Стамбровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
6. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: Медпресс-информ, 2002. – 608 с.
7. Бройтгамм В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М., 1999. – 376 с.
8. Смуглевич А. Б. Психосоматические расстройства // Руководство по психиатрии (Под ред. А. С. Тиганова). – М.: Медицина, С. 466–490.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОМАТОФОРМНИХ ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

С. М. ХАРЧЕНКО, О. В. ЧЕРНИШОВ

Було обстежено 59 підлітків (35 дівчат і 24 юнаки) у віці 16-16 років, що звернулися по психіатричну допомогу у зв'язку з головним або абдомінальним болем, у рамках вегето-судинної дистонії, що не піддається корекції. Диференційно-діагностичне дослідження проводилося відповідно до критеріїв МКХ-10.

Виявилось, що етіологічним базисом синдрому ВСД були різні психічні розлади. У всіх випадках симптоматика ВСД виступала провідним компонентом соматизації невротичних і афективних розладів. Етіологічною основою синдрому болю при ВСД у підлітковому віці найчастіше виступає соматоформна вегетативна дисфункція (F 45.30, F 45.31).

Ключові слова: синдром вегето-судинної дистонії, соматоформні розлади, цефалгія, гастралгія

PARTICULAR CHARACTERISTICS OF SOMATOFORM AUTONOMIC DISORDERS IN ADOLESCENCE

Е. N. KHARCHENKO, O. V. TCHERNYSHEV

There are 59 teenagers have been examined in this research: 35 girls (59,3%) and 24 young men (40,7%) at the age of 16÷17 years. All adolescents have addressed for the psychiatric help in connection with not stopped headache or abdomen pain by VVD syndrome. Research will be done according to diagnostic criteria of ICD-10.

This research has revealed that aetiology of VVD syndrome based on various mental disturbances background at adolescent age. The pains of various localisation accompanied by other symptoms of VVD were the basic patients complaint. In all cases symptoms by VVD engaged as a somatoform component of neurotic and affective disorders. Most often somatoform vegetative dysfunction (F45.30 and F45.31) detected as an etiological basis of a pain syndrome within VVD at adolescent age. Headache prevails over abdomen pains essentially.

Keywords: a syndrome of a vegeto-vascular dystonia, somatoform disorder, headache, abdomen pain

УДК 616.89 – 054.48

О. О. Хаустова, К. І. Клебан

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТА РОЛЬ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРЕБІГУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: метаболічний синдром X, фактори ризику, психічні розлади

Актуальність. З другої половини ХХ століття на фоні значного зростання науково-технічного прогресу постійно змінюються умови, темпи та спосіб життя. Реаліями сьогодення стали значний ріст стресових ситуацій, низька рухова активність, висока інтенсивність розумової праці [1; 7; 9]. Медичними наслідками науково-технічного прогресу стали так звані хвороби цивілізації [8; 9]. Класичним представником такої патології є метаболічний синдром X (МСХ), який найбільш поширений в економічно розвинених країнах, де його частота може сягати до 24%. Так, лідируючу позицію займає США, де метаболічним синдромом страждають близько 47 млн осіб [7; 8; 10]. Згідно з останніми дослідженнями проблема метаболічного синдрому буде погіршуватися. Очікують, що до 2025 р., ріст пацієнтів з МСХ складе близько 50% [9].

Еволюція поглядів та затверджених діагностичних критеріїв цієї патології неодноразово змінювалася, що підтверджує чималий інтерес учених із різних країн до наукових досліджень даної проблеми [2; 5]. На сучасному етапі принциповою позицією є затвердження абдомінального ожиріння основним діагностичним критерієм даного синдромукомплексу із зміною показників окружності талії [3; 6]:

Абдомінальне ожиріння (окружність талії: чоловіка понад 94 см, жінки – більше 80 см);

Додаткові критерії:

- артеріальна гіпертензія (АТ > 140/90 мм рт. ст);
- підвищення рівня ТГ > 1,7 ммоль/л;
- зниження рівня ХС ЛПВЩ < 1,0 ммоль/л у чоловіків та < 1,2 ммоль/л у жінок;
- підвищення рівня ХС ЛПНЩ > 3,0 ммоль/л;

- гіперглікемія натще (глюкоза в плазмі крові натще $> 6,1$ ммоль/л);
- порушення толерантності до глюкози – глюкоза в плазмі крові через 2 години після тесту толерантності до глюкози в межах $7,8 \div 11,1$ ммоль/л;

Один основний та два додаткові критерії підтверджують діагноз метаболічного синдрому Х [12; 13]. Практично всі критерії з вищеперерахованих є також добре відомими та доведеними факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань, а їх поєднання, у свою чергу, значно прискорює їх розвиток та прогресування [6; 8; 12; 14]. Ступінь ризику виникнення серцево-судинних ускладнень напряму залежить від такого параметру як індекс маси тіла та ступеня ожиріння (табл. 1).

Незважаючи на велику кількість наукових результатів та спостережень, до сьогодні нема єдиної думки про першопричину порушень обміну речовин у патогенезі МСХ. Багато авторів визнають такою інсулінорезистентність. Вона по чергово призводить до розвитку ряду подій, які у свою чергу сприяють появі ускладнень – інфаркт міокарда, порушення мозкового кровообігу. [4; 11].

Беручи до уваги те, що метаболічний синдром є одним із проявів «хвороб цивілізації», певні закономірності його виникнення можна розглядати через призму біохімічної реакції будь-якого організму на кожен сигнал тривоги, який призводить до активації нервової системи. Під час збудження нервової системи підвищується рівень катехоламінів у крові, що активізує функції адаптивної системи гіпоталамус-гіпофіз-кора наднирників [8; 9]. Високий рівень катехоламінів призводить до мобілізації енергетичних субстратів – вуглеводів та ліпідів, підвищеної кількості яких потребують органи та тканини, внаслідок значного навантаження при реалізації наслідків тривоги. Відомо, що будь-яка тривога від незнайомого джерела викликає дві основні реакції – втечу або протистояння (бійку), і потребує великої кількості енергії для підсилення напруження м'язової системи організму [2; 10]. Все це, у свою чергу, призводить до зменшення кількості глікогену в тканинах та зменшенню вмісту ліпідів в адипоцитах, і запуску послідовіть біохімічних реакцій, які розвинулися та закріпилися в результаті філогенезу. Підвищена секреція стероїдних гормонів корою наднирників прискорює глюконеогенез для поповнення втрати вуглеводів, стимулюючи інсулярний апарат підшлункової залози і надлишкове утворення інсуліну, який прискорює ліпогенез із залишків глюкози, що заповнює втрату ліпідів, яка виникає при

підвищеному енергоутворенні. Відома і пряма активація інсулярного апарату підшлункової залози надлишковою кількістю адренкортикотропного гормону в крові [13].

Метаболічний синдром, характеризується низкою патологічних процесів, які, прогресуючи, значно знижують якість життя, впливаючи на фізичний стан людини, її емоційні та поведінкові реакції, а також на роль у соціумі [8; 12]. Тому велике значення набуває вивчення показників стану здоров'я, як інтеграція фізичного, психічного та соціального статусу обстежуваного. На особливості перебігу та прогноз МСХ значно впливають психологічні та психопатологічні стани, внаслідок чого все частіше виникає необхідність визначення рівня тривоги та депресії у даної когорти хворих [7; 9]. Актуальність дослідження обумовлено високим рівнем непсихотичних психічних розладів у пацієнтів загальної медичної практики, низьким рівнем діагностики даної патології та відсутністю адекватної лікувальної допомоги. Стан проблеми потребує розробки алгоритмів діагностики, лікувальної тактики при таких розладах, профілактичних та організаційних заходів, а також створення навчальних програм з даних питань для лікарів загальної медичної практики.

Методи і матеріали. Нами було обстежено 56 хворих з діагнозом МСХ, які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні ДЗ «Дорожня клінічна лікарня №2 ст. Київ» ДТГО «Південно-Західна залізниця». До групи обстежених увійшли особи віком від 28 до 45 років, із них 30 чоловіків та 26 жінок. Середній вік пацієнтів склав $36 \pm 1,2$ роки. Обстежуваним пропонувалося пройти огляд лікаря-психіатра та психологічне тестування з метою встановлення ступеня впливу захворювання на нервову систему та психіку. При цьому пацієнтів повідомляли про те, що такий огляд проводиться в рамках наукового дослідження. У кожному випадку була одержана усвідомлена інформована згода пацієнта на психологічне обстеження.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний. Із хворими проводилися психологічні бесіди, у ході яких здійснювалося вивчення анамнестичних даних та лабораторних показників, враховувалися відомості, одержані від лікарів-ендокринологів. Враховувалися особливості ставлення хворих до своєї хвороби та до лікування, дотримання лікувального режиму та дієти. Для оцінки рівня психотичних розладів використовувалися шкали тривоги та депресії Гамільтона, опитувальник якості сну Пітсбургського університету, шкала якості життя. Статистичну обробку отриманих

Таблиця 1

Типи маси тіла	ІМТ (кг/м ²)	Ризик супутніх серцево-судинних захворювань
Дефіцит маси тіла	$< 18,5$	Низький (підвищений рівень інших захворювань)
Нормальна маса тіла	$18,5 \div 24,9$	Звичайний
Надлишкова маса тіла	$25,0 \div 29,9$	Підвищений
Ожиріння I ступеня	$30,0 \div 34,9$	Високий
Ожиріння II ступеня	$35,0 \div 39,9$	Дуже високий
Ожиріння III ступеня	≥ 40	Надзвичайно високий

результатів було виконано на персональному комп'ютері за допомогою статистичних програм.

Результати. Порухення психічної сфери, що виявляється у підвищеній дратівливості, надмірній чутливості щодо значущих зовнішніх подразників, швидкій втомлюваності, зниженні працездатності, розладах сну, емоційній лабільності, схильності до іпохондричних проявів, тривожних та депресивних станів чітко окреслюються ще в ініціальній стадії захворювання (табл. 2).

Таблиця 2

Частота окремих нервово-психічних симптомів у хворих на метаболічний синдром X

Симптоми	Частота, %
Слабкість, підвищена втомлюваність	85,7
Порушення сну	76,8
Дратівливість	33,9
Емоційна лабільність	30,4
Гіпернозогнозія (іпохондричні прояви)	10,7
Депресія	64,3
Тривога	73,2

Так, основні прояви загальної астенизації зустрічалися у 48 (85,7%) пацієнтів. Різноманітні порушення сну, дратівливість та емоційна лабільність спостерігалися, відповідно, у 43 (76,8%), 19 (33,9%) та 17 (30,4%) хворих. Іпохондричні розлади були виявлені у 6 (10,7%) обстежених. У переважній більшості опитаних зустрічалися тривожні та депресивні настрої, які склали, в свою чергу, 36 (64,3%) та 41 (73,2%) осіб.

Розглядаючи структуру тривожно-депресивних розладів у пацієнтів із МСХ, слід зазначити (рис. 1), що серед тривожних проявів майже в однаковій мірі зустрічалися легкого та середнього ступеня порушення, які склали 21 та 20 осіб відповідно. Депресивні настрої розподілилися таким чином: переважну більшість склали пацієнти з легким ступенем розладу, натомість середня та важка депресія зустрічалися відповідно у 6 та 1 пацієнтів.

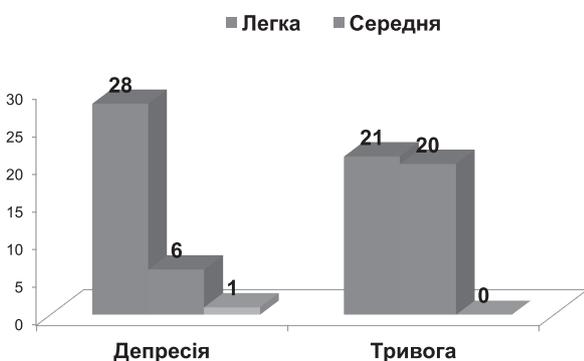


Рис. 1. Розподіл тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з МСХ

Серед порушень сну в обстеженій когорти пацієнтів було виявлено пре-, інтра- та постсомнічні порушення.

Так, пресомнічні прояви були представлені важкістю засинання, що супроводжувалися нав'язливими спогадам, тривожними переживаннями та короткою тривалістю сну. Скарги на інтрасомнічні порушення проявлялися у розладах дихання у вигляді апное, раптових пробудженнях зі страхом та вегетативними порушеннями, і поверхневим сном. Постсомнічні розлади призводили до денної сонливості та зниження працездатності.

Висновки. Отже, проведений аналіз, свідчить про значний вплив МСХ на зниження показників не лише фізичного здоров'я, а і порушення психоемоційного стану пацієнта, що обумовлено багатогранністю його клінічних проявів. Найчастішими проявами таких порушень є різноманітні неспихотичні розлади, які включають в себе астеничний симптомокомплекс, порушення сну, тривожні та депресивні розлади. Значний відсоток психічних складових у перебігу МСХ вимагає від лікаря своєчасного виявлення та адекватного лікування даних проявів для забезпечення повноцінного та комплексного ведення цієї групи пацієнтів.

Література

1. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
2. Задионченко В. С. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболіческим факторами риска // Кардиология. 2002. Т. 42. № 9. С. 15–19.
3. Котовская Ю. В. Метаболический синдром: прогностическое значение и современные подходы к комплексной терапии // Сердце. – 2005. – Т. 4. – № 5. – С. 236–241.
4. Лазебник Л. Б. Метаболический синдром и органы пищеварения / Л. Б. Лазебник, Л. А. Звенигородская. - М.: Анахарсис, 2009. - 184с.
5. Лобанова Е. В. Психические нарушения неспихотического характера у больных сахарным диабетом (особенности преморбиды, реакции на болезнь, психоэндокринный и психоорганический синдромы, лечение): автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.18 / Е. В. Лобанова. – Томск, 2005.
6. Сукиасян С. Г., Манасян Н. Г., Маргарян С. П. Факторы, ассоциированные с депрессией, в общей медицинской практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2007. – № 4.
7. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник. — Київ: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. — 96 с.14.
8. Чабан О. С., Хаустова О. О. Спосіб корекції метаболічного синдрому X: Пат. 24084 Україна; Заявл. 07.08.2006; Опубл. 25.06.2007. Бюл. №9.
9. Чабан О. С., Хаустова О. О. Сучасні підходи до лікування порушень сну // Сімейна медицина. — 2004. — №1. — С. 8–11.
10. Depressive Symptoms, Race, and Glucose Concentrations. The role of cortisol as mediator / S. H. Boyle, R. S. Surwit [et al.] // Diabetes Care. – 2007. – Vol. 30. – P. 2484–2488.
11. Grundy S.M. Obesity, metabolic syndrome and coronary atherosclerosis // Circulation. — 2002. — Vol. 105. — P. 2696–2698.
12. Haffner S., Taegtmeier H. Epidemic obesity and the metabolic syndrome // Circulation. — 2003. — Vol. 108 (13). — P. 1541–1545.
13. Pladevall M., Singal B., Williams L. et al. A Single Factor Underlies the Metabolic Syndrome: A Confirmatory Factor Analysis // Diabetes Care. — 2006. — Vol. 29 (1). — P. 113–122.
14. Sunita M. Stewart et al. Depressive Symptoms Predict Hospitalization for Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus // Pediatrics. May, 2005; 115; 1315–1319.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И РОЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ТЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА X

Е. А. ХАУСТОВА, Е. И. КЛЕБАН

В статье показано влияние и распространенность психических расстройств у пациентов с МСХ, закономерности таких нарушений у этой категории больных, обосновано необходимость своевременной диагностики таких проявлений для комплексного лечения МСХ.

Ключевые слова: метаболический синдром X, факторы риска, психические нарушения

PREVALENCE AND ROLE OF MENTAL DISORDERS IN THE METABOLIC SYNDROME X

O. O. KHAUSTOVA, K. I. KLEBAN

The article shows the impact and prevalence of mental disorders in patients with metabolic syndrome X, features of such disorders in these patients. In this article justified the importance of early diagnosis of these manifestations for the complex treatment of the patients with metabolic syndrome X

Key word: metabolic syndrome, risk factors, mental disorders

УДК 616.853-053.2:616.12-008.3

В. И. Харитонов

РЕГИСТРАЦИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ ПУТЕМ НЕЛИНЕЙНО-ДИНАМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1

Ключевые слова: сердечный ритм, нелинейный анализ, видео ЭЭГ мониторинг, эпилепсия, дети

Актуальность. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных тяжелых заболеваний головного мозга. Согласно данным эпидемиологических исследований, в настоящее время в мире этим заболеванием болеют около 50 миллионов человек, что составляет 1÷2% взрослых и 4% детей [1]. Заболеваемость этим недугом составляет 50÷70 случаев в год на 100 000 населения. Значение показателя зависит от возраста начала заболевания, и наиболее высокое значение заболеваемости отмечено среди детей до года (100÷230 на 100 000 населения) [2].

Участие вегетативной нервной системы в эпилептическом процессе является очень сложным и чрезвычайно важным вопросом, поскольку в патологический процесс часто вовлекаются такие жизненно важные функции, как регулирование дыхания и сердечного ритма. Вегетативные симптомы наблюдаются практически при всех типах эпилептических припадков [3]. Изменения сердечного ритма наблюдаются практически у всех пациентов в виде различных паттернов: брадикардия с последующей тахикардией отмечается у 64% пациентов с диалептическими припадками, у 100% пациентов с генерализованными тонико-клоническими припадками. Тахикардия наблюдается в 55% при локализации припадков в височной доле, в 20% при лобной локализации, в 23% при лобно-височной, в 2% затылочной [5]. Большинство иктальных кардиоваскулярных эпизодов имеют место при сложных парциальных припадках. Лобные припадки чаще вызывают брадиаритмии, чем тахикардии [6].

При лобных припадках период между появлением спайков, указывающих на начало припадков, и появлением кардиальных изменений, длиннее, чем при височных припадках. Вероятно, этот феномен объясняется удаленностью лобных долей от лимбической системы. Центры, регулирующие кардиальный ритм, находятся в тесной связи со стволовыми дыхательными центрами.

Исследований, которые оценивали интериктальные (внеприступные) вегетативные нарушения при эпилепсии, было проведено несколько. В одном из таких исследований было показано, что интериктальные спайки вызывают аритмии у животных [7]. Ведущие вегетативные центры под действием эпилептиформной активности могут подвергаться функциональной или структурной реорганизации. Так, при проведении исследований на ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография) определяли зоны пониженного метаболизма ткани, окружающих эпилептический фокус [8]. Вскрытия пациентов с эпилепсией, погибших от синдрома внезапной смерти, показали фиброз проводящей системы сердца у 33% пациентов [9]. С целью изучения вегетативной иннервации сердечной мышцы использовалась ОФЭКТ (однофотонная-эмиссионная компьютерная томография), при помощи которой оценивалось поглощение постганглионарного адреналина. Исследование показало, что у пациентов с эпилепсией значительно снижены постганглионарные поглощения адреналина по сравнению со здоровыми добровольцами, что указывает на изменение симпатической регуляции у данных пациентов [10].

Частота смертей у пациентов с эпилепсией в 2÷3 раза выше, чем в общей популяции. Феномен внезапной необъяснимой смерти у пациентов с эпилепсией составляет 8÷17% всех смертей при эпилепсии [4; 11]. Этот синдром определяется как внезапная, необъяснимая, ненасильственная, нетравматическая смерть у человека, страдающего эпилепсией, в присутствии свидетелей или без, при которой вскрытие не обнаруживает структурной или токсической причины. Риск смерти от SUDEP оценивается как 5÷10 на 1000 человеколет. Риск синдрома внезапной смерти у детей с идиопатическими и криптогенными формами эпилепсии составляет 5%, а при резистентных к терапии формах – 15% (4).

Предполагаемый механизм SUDEP – кардиальные аритмии, возникающие в иктальный и интериктальный

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И РОЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ТЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА X

Е. А. ХАУСТОВА, Е. И. КЛЕБАН

В статье показано влияние и распространенность психических расстройств у пациентов с МСХ, закономерности таких нарушений у этой категории больных, обосновано необходимость своевременной диагностики таких проявлений для комплексного лечения МСХ.

Ключевые слова: метаболический синдром X, факторы риска, психические нарушения

PREVALENCE AND ROLE OF MENTAL DISORDERS IN THE METABOLIC SYNDROME X

O. O. KHAUSTOVA, K. I. KLEBAN

The article shows the impact and prevalence of mental disorders in patients with metabolic syndrome X, features of such disorders in these patients. In this article justified the importance of early diagnosis of these manifestations for the complex treatment of the patients with metabolic syndrome X

Key word: metabolic syndrome, risk factors, mental disorders

УДК 616.853-053.2:616.12-008.3

В. И. Харитонов

РЕГИСТРАЦИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ ПУТЕМ НЕЛИНЕЙНО-ДИНАМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1

Ключевые слова: сердечный ритм, нелинейный анализ, видео ЭЭГ мониторинг, эпилепсия, дети

Актуальность. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных тяжелых заболеваний головного мозга. Согласно данным эпидемиологических исследований, в настоящее время в мире этим заболеванием болеют около 50 миллионов человек, что составляет 1÷2% взрослых и 4% детей [1]. Заболеваемость этим недугом составляет 50÷70 случаев в год на 100 000 населения. Значение показателя зависит от возраста начала заболевания, и наиболее высокое значение заболеваемости отмечено среди детей до года (100÷230 на 100 000 населения) [2].

Участие вегетативной нервной системы в эпилептическом процессе является очень сложным и чрезвычайно важным вопросом, поскольку в патологический процесс часто вовлекаются такие жизненно важные функции, как регулирование дыхания и сердечного ритма. Вегетативные симптомы наблюдаются практически при всех типах эпилептических припадков [3]. Изменения сердечного ритма наблюдаются практически у всех пациентов в виде различных паттернов: брадикардия с последующей тахикардией отмечается у 64% пациентов с диалептическими припадками, у 100% пациентов с генерализованными тонико-клоническими припадками. Тахикардия наблюдается в 55% при локализации припадков в височной доле, в 20% при лобной локализации, в 23% при лобно-височной, в 2% затылочной [5]. Большинство иктальных кардиоваскулярных эпизодов имеют место при сложных парциальных припадках. Лобные припадки чаще вызывают брадиаритмии, чем тахикардии [6].

При лобных припадках период между появлением спайков, указывающих на начало припадков, и появлением кардиальных изменений, длиннее, чем при височных припадках. Вероятно, этот феномен объясняется удаленностью лобных долей от лимбической системы. Центры, регулирующие кардиальный ритм, находятся в тесной связи со стволовыми дыхательными центрами.

Исследований, которые оценивали интериктальные (внеприступные) вегетативные нарушения при эпилепсии, было проведено несколько. В одном из таких исследований было показано, что интериктальные спайки вызывают аритмии у животных [7]. Ведущие вегетативные центры под действием эпилептиформной активности могут подвергаться функциональной или структурной реорганизации. Так, при проведении исследований на ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография) определяли зоны пониженного метаболизма ткани, окружающих эпилептический фокус [8]. Вскрытия пациентов с эпилепсией, погибших от синдрома внезапной смерти, показали фиброз проводящей системы сердца у 33% пациентов [9]. С целью изучения вегетативной иннервации сердечной мышцы использовалась ОФЭКТ (однофотонная-эмиссионная компьютерная томография), при помощи которой оценивалось поглощение постганглионарного адреналина. Исследование показало, что у пациентов с эпилепсией значительно снижены постганглионарные поглощения адреналина по сравнению со здоровыми добровольцами, что указывает на изменение симпатической регуляции у данных пациентов [10].

Частота смертей у пациентов с эпилепсией в 2÷3 раза выше, чем в общей популяции. Феномен внезапной необъяснимой смерти у пациентов с эпилепсией составляет 8÷17% всех смертей при эпилепсии [4; 11]. Этот синдром определяется как внезапная, необъяснимая, ненасильственная, нетравматическая смерть у человека, страдающего эпилепсией, в присутствии свидетелей или без, при которой вскрытие не обнаруживает структурной или токсической причины. Риск смерти от SUDEP оценивается как 5÷10 на 1000 человеколет. Риск синдрома внезапной смерти у детей с идиопатическими и криптогенными формами эпилепсии составляет 5%, а при резистентных к терапии формах – 15% (4).

Предполагаемый механизм SUDEP – кардиальные аритмии, возникающие в иктальный и интериктальный

периоды, ведущие к острой сердечной недостаточности [12]. Снижение фоновой вариабельности сердечного ритма может указывать на нарушения вегетативной регуляции, которая приводит к повышению желудочковой активности, способствует развитию аритмий. Скачки концентрации катехоламинов в крови во время эпилептических припадков могут вызвать фиброз проводящей системы сердца и, как следствие этого, аритмии.

Таким образом, регистрация и прогнозирование появления эпилептических припадков являются вопросами первой необходимости. Решение вопросов регистрации припадков позволит точно определять наличие или отсутствие приступов, их частоту, эффективность проводимой терапии. Прогнозирование появления эпилептических припадков позволит избежать возникновение жизнеугрожающих состояний (резких падений, потерь сознания в местах с высоким риском смерти – дороги, водоемы и т. п.), проводить неотложные интервенции по предотвращению припадков (стимуляция блуждающего нерва и т. д.), что в свою очередь позволит предотвращать развитие синдрома внезапной смерти у больных с эпилепсией.

Методы и материалы. Цель данного исследования заключалась в определении набора параметров вариабельности сердечного ритма, позволяющий обнаруживать и прогнозировать вероятность возникновения припадков у пациентов с различными формами эпилепсии.

Для проведения исследования в диагностическом центре «Неврология» из пациентов, обратившихся по поводу различных пароксизмальных состояний, прошедших 12-часовые видео ЭЭГ – мониторинг с одновременной записью ЭКГ была выбрана группа из 24 пациентов (12 девочек и 12 мальчиков) в возрасте от 2 месяцев до 25 лет (в среднем 7,1 года). Все отобранные пациенты в свою очередь были разделены на 3 подгруппы. Первая подгруппа состояла из пациентов с диагнозом эпилепсия, у которых во время видео ЭЭГ-мониторинга были зафиксированы фокальные припадки, их было 11 человек. Во вторую подгруппу вошли пациенты с эпилепсией, у которых видео ЭЭГ-мониторинг зарегистрировал генерализованные припадки. Таких пациентов было 6. Третья подгруппа – пациенты, у которых диагноз эпилепсии был исключен, они составили контрольную группу из 7 человек. Запись видео ЭЭГ – мониторинга проводилась на аппарате «Энцефалан ЭЭГР 19/26» Медиком МТД, Россия.

Из многочисленных показателей вариабельности ритма сердца была выбрана наиболее современная и быстро развивающаяся область анализа, а именно оценка

степени «хаотичности» ритма с помощью теории нелинейных динамических систем. Эта теория показывает, что поведение динамической системы может быть более или менее хаотическим, т. е. сложным, непредсказуемым. Чем более непредсказуема система, тем больше связей внутри нее, тем она устойчивее к внешним возмущающим воздействиям, тем больше она адаптирована к стрессу. Особое значение этого подхода заключается в том, что он дает не только тонкий диагностический инструмент, но и позволяет провести содержательную интерпретацию выявленных нарушений.

Для выбора оптимального набора параметров и коэффициентов использовался генетический алгоритм – алгоритм поиска, который используется для оптимизации и моделирования сложных процессов путем случайного выбора, комбинации и вариации требуемых параметров с использованием механизмов, напоминающих биологическую эволюцию [13; 14]. Разработанный показатель нелинейной динамики вариабельности сердечного ритма был обозначен как Sdet. Он представляет собой интеграл PNN(X) по всем значениям X, где PNN(X) – это процент (от общего числа) соседних RR интервалов, отличающихся более чем на X миллисекунд. Кроме того, анализировалась динамика частоты сердечных сокращений.

Результаты. В процессе проведения анализа была выявлена чувствительность и специфичность показателя Sdet и показателя частоты сердечных сокращений для всех трех групп пациентов. В дальнейшем было проведено сравнение, полученных данных с выявлением определенных тенденций (табл. 1).

В ходе исследования у большинства пациентов с очаговыми припадками отмечался специфический паттерн: падение значения индекса SDET непосредственно перед припадком с последующим быстрым ростом этого показателя, что коррелирует с данными ЭЭГ (рис. 1).

У пациентов с генерализованными припадками и в контрольной группе подобные изменения не были выявлены.

Выводы. Нелинейно-динамический анализ вариабельности сердечного ритма более точно определяет возникновение припадков в группе фокальных эпилепсий, чем изменения частоты сердечных сокращений. Данный факт создает некоторые перспективы в прогнозировании припадков у этих больных, что позволит предотвращать их появление или влиять на степень их тяжести, а так же частоту коморбидных состояний путем осуществления своевременных терапевтических интервенций. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения этих данных.

Таблица 1

Сравнение характеристик эпилептических припадков

Тип припадков	Чувствительность (%) Sdet	Чувствительность (%) ЧСС	Специфичность (%) Sdet	Специфичность (%) ЧСС
Фокальные	100	78	96	70
Генерализованные	81	75	73	70

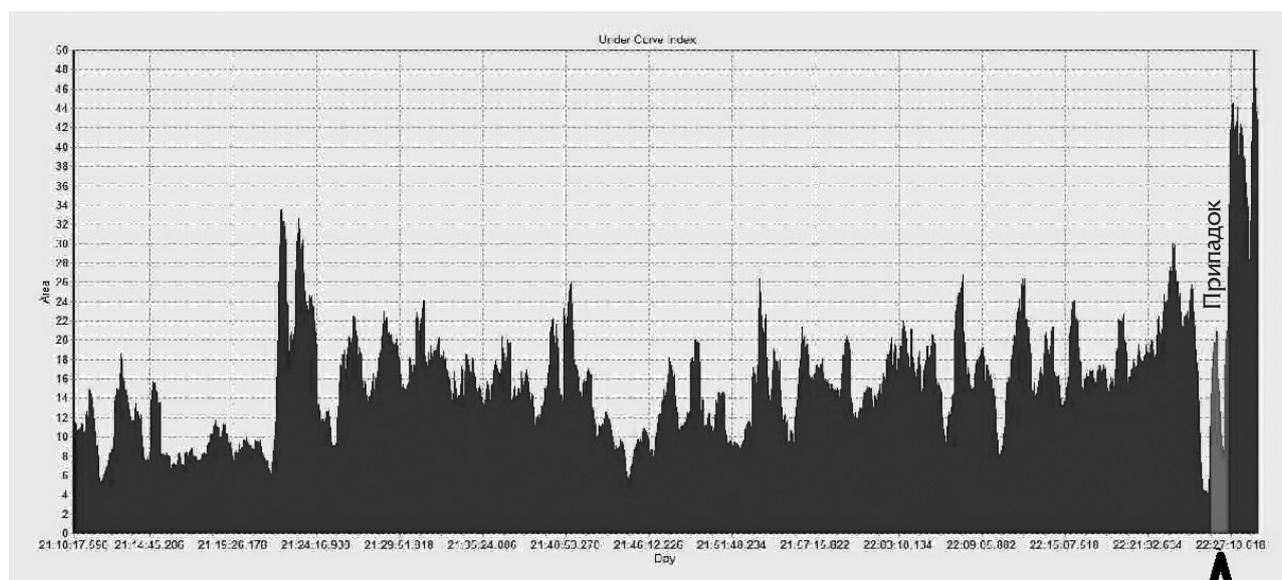


Рис. 1. Динаміка показателя Sdet в режимі реального часу

Література

1. Hauser WA. Epidemiology of epilepsy in children *Neurosurg Clin N Am.* 1995 Jul;6(3):419-29
2. Panayiotopoulos CP. *A Clinical Guide to Epileptic Syndromes and their Treatment 2010*
3. Ruth Ottman. Comorbidities of epilepsy: Results from the Epilepsy Comorbidities and Health (EPIC) survey *Epilepsia*, 52(2):308–315, 2011
4. Sillanpaa, Long-Term Mortality in Childhood-Onset, *N Engl J Med* 2010; 363:2522-2529
5. Britton JW, The Ictal Bradycardia Syndrome: Localization and Lateralization, *Epilepsia*, 47(4):737–744, 2006
6. Altenmuller DM, High-grade atrioventricular block triggered by spontaneous and stimulation-induced epileptic activity in the left temporal lobe, *Epilepsia*, 45(12):1640-1644, 2004
7. Lathers CM, Synchronization of cardiac autonomic neural discharge with epileptogenic activity: the lockstep phenomenon. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* vol. 67 issue 3 September; 1987. p. 247-259
8. Theodore WH, Complex partial seizures: cerebral structure and cerebral function, *Epilepsia*. 1986 Sep-Oct;27(5):576-82
9. Kloster R, Sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP): a clinical perspective and a search for risk factors, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;67:439–444
10. Druschky A, Interictal cardiac autonomic dysfunction in temporal lobe epilepsy demonstrated by I-123-MIBG-SPECT. *Brain* 2001; 124: 2372-82
11. Ficker DM, Population-based study of the incidence of sudden unexplained death in epilepsy, *Neurology*. 1998 Nov;51(5):1270-4
12. Schraeder PL, Paroxysmal autonomic dysfunction, epileptogenic activity and sudden death, *Epilepsy Res.* 1989 Jan-Feb;3(1):55-62
13. Mitchell, Melanie (1996). *An Introduction to Genetic Algorithms*. Cambridge, MA: MIT Press
14. Schmitt, Lothar M (2001), *Theory of Genetic Algorithms, Theoretical Computer Science* 259: 1–61

REGISTRATION AND PREDICTION OF EPILEPTIC SEIZURES ON NONLINEAR DYNAMICAL APPROACH' BASIS OF HEART RATE VARIABILITY ANALYSIS IN CHILDREN

V. KHARYTONOV

The article presents a study the aim of which is to register and predict epileptic seizures in children with different forms of epilepsy. 24 patients who underwent longterm videoEEG monitoring were selected for the study (12 boys, 12 girls age 2 months – 25 years (mean 7.1y)). Further they were parted on the three subgroups: 1st – 11 patients with partial seizures recorded on videoEEG; 2nd – 6 patients with generalized seizures recorded; 3rd – 7 patients with paroxysmal episodes with epilepsy ruled out (parasomnias etc). Non-linear analysis of heart rhythm using genetic algorithm was utilized in the study. The analysis revealed different values of specificity and sensitivity for the focal seizure group sensitivity was 100% and specificity was 96% whereas generalized seizure group showed sensitivity 81% and specificity 73%. Also in the focal seizure group there was revealed specific pattern when the value heart rate variability drop few milliseconds before seizure and rises up after seizure's end.

The non-linear analysis of heart rate variability more accurately detects the occurrence of a seizure in the group of focal epilepsies. There are some prospects in the prediction of seizures in these patients. Further studies are needed to confirm these data.

Key words: heart rate, non-linear analysis, videoEEG monitoring, Epilepsy, children

РЕЄСТРАЦІЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ЕПІЛЕПТИЧНИХ ПРИПАДКІВ ШЛЯХОМ НЕЛІНІЙНОГО АНАЛІЗУ ВАРІАБІЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ

В. І. ХАРИТОНОВ

У статті представлено дослідження, метою якого є реєстрація та прогнозування епілептичних припадків у дітей із різними формами епілепсії. 24 пацієнтам було зроблено довгостроковий ЕЕГ відеомоніторинг, були відібрані для дослідження (12 хлопчиків, 12 дівчаток у віці 2-х місяців – 25 років (у середньому 7.1р.)). Крім того, вони були розділені на три підгрупи: 1) 11 пацієнтів із парціальними припадками, які були зареєстровані на відео ЕЕГ, 2) 6 пацієнтів із генералізованими припадками, зареєстрованими на відео ЕЕГ, 3) 7 пацієнтів із пароксизмальними епізодами, коли епілепсія було виключено (парасомнії тощо). Нелінійний аналіз серцевого ритму з використанням генетичного алгоритму був використаний у дослідженні. Аналіз показав різні значення чутливості і специфічності, для пацієнтів із фокальними припадками чутливість складала 100%, а специфічність 96%, тоді як у групі генералізованих припадків чутливість – 81%, специфічність – 73%. Крім того, у групі фокальних припадків був виявлений специфічний паттерн, коли значення варіабельності серцевого ритму падає декілька мілісекунд до появи судом і піднімається після закінчення припадку.

Нелінійний аналіз варіабельності серцевого ритму більш точно виявляє виникнення судом у групі фокальних епілепсій. Є деякі перспективи для прогнозування епілептичних припадків у цих пацієнтів. Необхідні подальші дослідження, щоб підтвердити ці дані.

Ключові слова: серцевий ритм, нелінійний аналіз, відео ЕЕГ моніторинг, епілепсія, діти

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.123-007

К. В. Дубовик

ПОВТОРЮВАЛЬНА ТА САМОСТИМУЛЮЮЧА ПОВЕДІНКА ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРА АУТИЗМУ У ДІТЕЙ

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

Ключові слова: розлади спектра аутизму, аутоstimуляції, стереотипні форми поведінки

Стереотипні та повторювані форми поведінки та рухів у семіотиці психічних розладів дитячого віку кваліфікують по-різному, як obsесії (рухові нав'язливості), як захисні рухові ритуали, як форми регресивної поведінки, патологічні звичні дії, аутоstimуляційні форми поведінки. Найбільше такі психопатологічні феномени асоційовані з розладами спектра аутизму (РСА), проте зустрічаються і при інших психічних розладах, зокрема при розумовій відсталості.

Повторювана поведінка і рухові стереотипії відносяться до числа найбільш стигматизуючих проявів первазивних розладів. Аутоstimуляції зустрічаються як у високо функціональних дітей із синдромом Аспергера, так і при більш тяжких аутистичних розладах (синдромі Каннера).

Стереотипні рухи та порушення уваги вперше були описані Каннером ще в 1940-х роках [4]. Специфічною особливістю стереотипних форм поведінки при РСА є презентація різних форм повторюваних дій, що не мають функціонального навантаження, характеризуються циклічністю та ритмічністю [2]. Пізніше стереотипії були задокументовані і вивчені на інших когортах пацієнтів, зокрема в будинках пристарілих [3], у наркозалежних [8].

Поряд зі стереотипіями, біхевіористи зазвичай аналізують інші, ритмічні форми поведінки, пов'язані з сенсорними вподобаннями, такі як атипові пози тіла, розглядання світла, у рамках більш широкій категорії перцепторних порушень, що мають назву стимулюючої поведінки. Така поведінка не завжди носить патологічний характер. Прикладом не патологічної стимулюючої поведінки є дриблінг м'яча у баскетболі і розкладання пасьянсу [10], описані як культурно прийнятні форми релаксації.

Однак у дітей з РСА через свою надмірність, частоту, незвичайний характер проявів, стимулююча поведінка практично завжди є соціально стигматизуючою, такою, що ускладнює інклюзію дитини в природні, соціальні, професійні та освітні спільноти. Аутоstimуляції створюють значні перешкоди для навчання і соціалізації осіб, які страждають РСА, і без адекватного лікування можуть суттєво впливати на адаптивну поведінку.

У 1968 році Тодд Ріслей [1] повідомив про прискорення набуття навичок та підвищенні пізнавальної

діяльності та адаптивності поведінки при покараннях аутоstimуляцій із застосуванням технік поведінкової терапії. Подальші дослідження підтвердили, що набуття дитиною з РСА навичок може бути покращено за рахунок скорочення обсягу стимулюючої поведінки.

На початку 1970-х років Роберт Когел [6] провів низку експериментів, у яких намагався провести функціональний аналіз взаємозв'язку навчання і самостимулюючої поведінки у дітей із важкими формами РСА. Об'єктом дослідження були діти, у яких при навчанні не вдалося сформувати дискримінацію навчальних завдань. Дослідники вивчали, чи є пригнічення аутоstimулюючої поведінки фактором збільшення ефективності формування бажаної поведінки і чи спостерігаються при цьому спонтанні скорочення частоти аутоstimуляції без зовнішнього пригнічення в процесі формування навичок.

Було доведено, що навички не можуть бути сформовані шляхом заборон та пригнічення аутоstimуляцій. Була встановлена зворотна залежність темпів правильних відповідей на інтенсивність самостимуляції.

Пізніші роботи Роберта Когена зі співавторами [7] продемонстрували, що пригнічення самостійної стимулюючої поведінки сприяє розвитку відповідної гри без використання зовнішніх підкріплень. Встановлено також, що припинення зовнішнього впливу на піддослідних із метою пригнічення аутоstimуляцій тягне за собою повернення до повторюваної поведінки.

Ряд досліджень демонструє, що стереотипні та аутоstimулюючі форми поведінки передбачають собою забезпечення та регулювання прийому сенсорної інформації від навколишнього середовища. Така поведінка, ймовірно, слугує ефективним блоком під час надмірних або неприємних стимуляцій і може забезпечити сенсорне сприйняття в період підпорогових стимуляцій.

Ловаас зі співавторами [9] запропонували теорію «підкріплення сприйняття», в якій вони розглядали аутоstimулюючу поведінку як вроджену потребу для всіх організмів, а прояв цих форм поведінки у дітей із РСА внаслідок відсутності відповідних альтернативних форм поведінки, як форму доступу до таких стимуляцій. Дослідники припустили, що кожна людина має потребу в певній кількості і видах стимуляцій. Основна відмінність між звичайними людьми і особами з РСА полягає

в тому, як вони отримують стимуляції: звичайні особи – через словесні, соціальні, робочі види діяльності та відпочинку (форми проведення дозвілля), у той час як особи з РСА – через прості, символічні та рудиментарні форми поведінки, які повторюються і носять стереотипний характер. [9]

Було встановлено, що видалення специфічних сенсорних подразників призводить до зменшення проявів аутоstimулюючої поведінки. А. Рінковер зі співавторами [12] досліджували роль сенсорних подразників у підтримці аутоstimуляцій. Дослідники шукали відповідь на питання, чи може перевага конкретного сенсорного стимулу бути використаною з метою полегшення і зменшення його проявів при грі з іграшками. Після видалення сенсорних підкріплень у всіх дітей спостерігалася редукція повторюваної поведінки.

На другому етапі дослідження А. Рінковер зі співавторами [12] довели, що певні сенсорні підкріплення можна використовувати при формуванні гри з іграшками, використовуючи механізм наслідування сенсорних переваг. Сформовані навички гри залишалися без змін протягом декількох місяців і не потребували додаткового використання зовнішніх підкріплень чи пригнічення аутоstimуляцій.

Дослідження Кеннеді зі співавторами [5] були спрямовані на визначення функціональної значущості аутоstimуляцій. Встановлено, що стимуляції редукуються у відповідь на прояви уваги оточуючими і посилюються при зростанні соціального дискомфорту. За результатами дослідження автори виділили кілька функцій аутоstimуляцій і повторюваної поведінки: 1) доступ до позитивного (увагу до себе) і негативного (втеча від незручностей для них під час соціальної взаємодії); 2) забезпечення сенсорної стимуляції відповідно до перцепторних уподобань.

Метою нашого дослідження було вивчення умов формування повторюваної поведінки та рухових стереотипів, визначення можливостей їх корекції, зменшення дезадаптивного впливу на поведінку дітей із РСА.

Під нашим спостереженням знаходилося 276 дітей із РСА. Контрольну групу склали 150 дітей без порушень психічного розвитку. Діти проходили обстеження в умовах спеціалізованої поліклініки українського НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології.

Для діагностики розладу спектра аутизму використовували напівструктуроване інтерв'ю з батьками ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) [13–15]. Для визначення рівня і сили проявів стереотипних рухів і стереотипних форм поведінки використовувався домен «С» ADI-R. Шкалу сенсорних процесів (Sensory Processing Measure-Preschool) використовували для визначення сенсорних порушень і пов'язаних із ними груп аутоstimуляцій.

Типовий аутизм (F.84.0) було діагностовано у 169, синдром Аспергера (F.84.5) – 21, атипичний аутизм (F.84.1) – 86 дітей. Стереотипні форми поведінки мали місце у 92% рандомізованих пацієнтів.

Стереотипії можуть виступати, як рухові і поведінкові феномени різної модальності.

У табл. 1 представлені основні форми стереотипії, пов'язані з тими чи іншими сенсорними модальностями, причинно-наслідкові взаємовідносини, поширеність різномодальних порушень у рандомізованих пацієнтів.

У рандомізованих нами дітей повторювані форми поведінки при РСА не були цілеспрямованою діяльністю, були асоційовані з сенсорними інтересами, проявлялися повторюваними рухами (стереотипіями) та вокалізаціями (ехолалліями).

Аналіз рандомізованих дітей не виявив кореляції інтенсивності аутоstimуляцій із рівнем когнітивного

Таблиця 1

Стереотипні форми поведінки різних модальностей у дітей із розладами спектра аутизму

Види стереотипної поведінки	Форми стереотипної поведінки	Частота поширеності	
		Рандомізована група (% ± m)	Контрольна група (% ± m)
Зорова	Розглядання яскравих та мерехтливих джерел світла. Маніпулювання пальцями перед очима. Розмахування руками перед очима.	58,34 ± 2,97	6,67 ± 4,15
Слухова	Натискування на вуха. Клацання пальцями для створення звуків.	62,68 ± 8,48	15,34 ± 8,66
Тактильна	Тертя руки об руку чи по поверхні іншого предмета. Почісування.	17,75 ± 0,30	4,0 ± 2,56
Вестибулярна (почуття рівноваги)	Хитання вперед-назад. Хитання з боку на бік.	17,39 ± 5,21	9,34 ± 5,65
Смак	Облизування предметів. Розміщення частин тіла чи предметів у роті.	15,94 ± 4,85	8,0 ± 4,90
Нюхова	Обнюхування людей, об'єктів та предметів.	5,43 ± 1,86	2,67 ± 1,73
Наявність стререотипії, що належать до 2 модальностей		13,04 ± 4,11	1,34 ± 0,88
Наявність стререотипії, що належать до 3 та більше модальностей		6,52 ± 2,21	0,67 ± 0,44

функціонування. У деяких дітей при синдромі Аспергера інтенсивність аутостимуляцій була більшою ніж у низько функціональних артистів із синдромом Каннера.

Наше дослідження продемонструвало, що поведінка дітей із вираженими аутостимуляціями була несумісною з академічною успішністю. Деякі діти продемонстрували здатність спонтанно знижувати рівень аутостимулюючої поведінки без зовнішнього впливу (пригнічення) під час навчання, що корелювало з кращим набуттям навичок. Для інших зовнішнє пригнічення аутостимулюючої поведінки було необхідною умовою під час тренінгів з опанування повсякденних, соціальних та шкільних навичок.

Корекція перцепторних порушень із використанням методів сенсорної інтеграції в нашому дослідженні було ефективним у дітей у віці від 1,5 до 4 років. У більш пізньому віці ефективнішою була терапія, спрямована на корекцію порушень уваги, зокрема терапія метилфенідатом, атомоксетином.

У дитячій психіатрії досить часто використовуються спроби медикаментозної корекції аутостимулюючої поведінки. При обґрунтуванні такої терапевтичної стратегії рухової стереотипії нерідко трактується як тікозні або компульсивні клінічні феномени. У рандомізованих пацієнтів з цією метою найчастіше використовувалися нейролептики (рисперидон, арипіпрозол, тіапридал, тіорідазин).

Іншим підходом до терапії аутостимулюючої поведінки при РСА є застосування антидепресантів. Така практика поширена в США, де антидепресанти часто використовуються з метою допомоги пацієнтам з повторюваною поведінкою. За деякими оцінками, в США до 40% дітей, що страждають РСА, отримують терапію антидепресантами. Найчастіше призначаються сертралін, флуоксетин і флувоксамін, усі вони застосовуються у дітей віком старше 7 років. [5]

За даними ряду дослідників, використання антидепресантів може бути ефективним для зняття тривоги обсессивно-компульсивної симптоматики, клінічні прояви якої схожі на деякі види поведінки при аутизмі. Наприклад, «повторювана поведінка», «ехололії»: манера

повторювати певні слова чи дії або одержимо пунктуально виконувати все за розкладом. [11; 15]

Сучасні контрольовані дослідження у дітей та підлітків не підтвердили доцільність лікування антидепресантами повторювані форми поведінки у дітей з РСА. Об'єктами контрольованих досліджень були флуоксетин, флувоксамін та фенфлюорамін. На сьогодні антидепресанти не можуть бути рекомендовані для лікування аутостимулюючих та стереотипних форм поведінки у дітей з РСА. Незважаючи на це, доведена ефективність лікування СІЗС повторюваної поведінки у дорослих. [11; 14]

У деяких дослідженнях солі літію досліджувалися, як засіб для лікування аутостимулюючої поведінки у дітей с РСА. В окремих випадках препарат був ефективний. Існує необхідність визначення рівня літію в крові через регулярні інтервали часу з метою попередження токсичних побічних ефектів (розвитку гіпофункції щитовидної залози, збільшення об'єму сечі, тремору).

У табл. 2 приведена ефективність застосування різних терапевтичних стратегій при рухових стереотипіях та повторювальній поведінці у дітей з РСА.

Таким чином, терапія рисперидоном, метилфенідатом, сенсорна інтеграція, поведінкова терапія виявилися ефективними при повторюваній поведінці у дітей із РСА.

Потрібні додаткові дослідження для більш ретельного вивчення та створення рекомендацій щодо їх подальшого застосування для корекції аутостимулюючої поведінки у дітей різного віку.

Після аналізу отриманих даних розроблені рекомендації, спрямовані на ефективне формування навичок у дітей із самостимулюючою поведінкою. Ці рекомендації засновані на переключенні діяльності дитини і позитивному підкріпленні сформованих навичок.

При терапії дітей із руховими стереотипіями і повторюваною поведінкою пропонується не намагатися досягнути моментальної повної елімінації самостимулюючої поведінки, а працювати над зменшенням дезадаптивного впливу аутостимуляцій на поведінку, з наступною поступовою елімінацією дезадаптивних форм поведінки,

Таблиця 2

Вплив різних терапевтичних стратегій на повторювальну поведінку та рухові стереотипії

№	Терапевтичні стратегії	Кількість дітей, що отримували терапію		Респондери до терапії		Нонреспондери до терапії	
		N	(% ± m)	N	(% ± m)	N	(% ± m)
1	Фармакотерапія рисперидоном	74	26,81 ± 6,23	47	63,51 ± 13,66	27	36,49 ± 13,66
2	Терапія метилфенідатом	42	15,21 ± 6,23	26	61,9 ± 13,66	16	38,1 ± 13,66
3	Терапія атомоксетина гідрохлоридом	48	17,39 ± 6,23	18	37,5 ± 13,66	30	62,5 ± 13,66
4	Сенсорна терапія (сенсорна інтеграція)	81	29,35 ± 6,23	63	77,77 ± 13,66	18	22,23 ± 13,66
5	Поведінкова терапія (елімінація небажаної поведінки)	83	30,07 ± 6,23	59	71,08 ± 13,66	24	28,92 ± 13,66

підвищенням ефективності та зменшенням витраченого часу і ресурсів на формування бажаних навичок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baer D.M. Some current dimensions of applied behavior analysis / Baer D.M., Wolf M. M., Risley T. R. // *Journal of Applied Behavior Analysis*. – 1968. – V. 1 (1, Spring). – P. 91–97.
2. Berkson G. Repetitive stereotyped behaviors / Berkson G. // *Am J Ment Defic* – 1983 Nov. – V. 88(3). – P. 239–246.
3. Cohen-Mansfield J. / The decision to execute a durable power of attorney for health care and preferences regarding the utilization of life-sustaining treatments in nursing home residents // Cohen-Mansfield J., Rabinovich, B.A., Lipson, S. et al. // *Arch. Intern. Med.* – 1991 Feb. – V. 151(2). – P. 289–294.
4. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact / Kanner L. // *Nerv. Child* 2 – 1968. – P. 217–250. // «Reprint» *Acta Paedopsychiatr.* – V. 35 (4). P. – 100-136.
5. Kennedy C.H. Analyzing the multiple functions of stereotypical behavior for students with autism: implications for assessment and treatment / Kennedy C. H., Meyer K. A., Knowles T. et al // *Journal of Applied Behavior Analysis* – 2000. – V. 33 (4, Winter). – P. 59-71.
6. Koegel R. L. The relationship of self-stimulation to learning in autistic children / Koegel R. L., Covert A. // *Journal of Applied Behavior Analysis* – 1972. – V. 5. – P. 381-387.
7. Koegel R. L. Assessing and training teachers in the generalized use of behavior modification with autistic children / Koegel R. L., Russo D. C., Rincover A. // *Journal of Applied Behavior Analysis* – 1977. – V. 10. – P. 197-205.
8. Lewis M. H. A neurobiological alternative to the perceptual reinforcement hypothesis of stereotyped behavior: a commentary on «Self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement» / Lewis M.H., Baumeister A.A., Mailman R. B. // *J Appl. Behav. Anal.* – 1987. – V. 20(3). – P. 253–258.
9. Lovaas O. I. Self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement / Lovaas O. I., Newsom C., Hickman C. // *Journal of Applied Behavior Analysis* – 1987. – V. 20. – P. 45-68.
10. Lovaas O. I. Behavioral treatment and normal intellectual and educational functioning in autistic children / Lovaas O. I. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology* – 1987. – V. 55. – P. 3–9.
11. Makkonen I. Effects of fluoxetine treatment on striatal dopamine transporter binding and cerebrospinal fluid insulin-like growth factor-1 in children with autism / Makkonen I., Kokki H., Kuikka J. et al. // *Neuropediatrics*. – 2011, Oct. – V. 42(5). – P. 207-209.
12. Rincover A. How to use Sensory Extinction / Rincover A. // *Part of the series Teaching the Autistic, Pro-Ed* – 1981. – P. 34.
13. Rutter M. Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R) / Rutter M., Le Couteur A., Lord C. // *Western Psychological Services (WPS): сайт представництва [Електронний ресурс]* – Режим доступу: [http : portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70436&_dad=portal&_schema=PORTAL](http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70436&_dad=portal&_schema=PORTAL), вільний
14. Ghanizadeh A. Can behavioral sensory processing problems guide us to a better pharmacological management of children with attention deficit hyperactivity disorder? a case report. / Ghanizadeh A. // *Psychiatry (Edgmont)*. – 2009. – V. 6 (12). – P. 40–43.
15. Rutter M. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* / Rutter M. // Wiley- Blackwell. – 2011. – 1248 p.

ПОВТОРЯЮЩЕЯСЯ И САМОСТИМУЛИРУЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ СПЕКТРА АУТИЗМА У ДЕТЕЙ

К. В. ДУБОВИК

В статье изложены результаты анализа частоты встречаемости разных форм аутистимулирующего поведения. Представлена эффективность использования медикаментозного и коррекционного воздействия на снижение аутистимулирующего поведения.

Ключевые слова: расстройство спектра аутизма, аутистимуляция, стереотипные формы поведения

REPEATED AND SELF-STIMULATION BEHAVIOR OF AUTISM SPECTUM DISORDER IN CHILDREN

K. V. DUBOVYK

Results of the analysis of the frequency of occurrence of different forms of self-stimulation behavior are considered in article. The efficacies of used of medical and correctional interventions for reducing self-stimulation behavior are represented.

Key words: autism spectrum disorders, self-stimulation, stereotype behavior

УДК 616.895-085

Я. Б. Бикшаева

СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ИНТЕГРАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ, БИХЕВИОРАЛЬНЫХ И ПСИХОДИНАМИЧНЫХ КОНЦЕПТУАЛЬНО-МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

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

Ключевые слова: подростки, соматоформные расстройства, семейная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, психодинамическая терапия

Введение. Традиционные подходы к лечению соматоформных расстройств (СФР) предусматривают применение, как психотерапевтических методик, так и психофармакотерапевтических средств [1–3].

Среди наиболее перспективных моделей психотерапевтической интервенции при СФР многие авторы считают когнитивно-бихевиоральную терапию [1–6].

Н. М. Warwick с соавт., отмечая возможность эффективного применения когнитивно-бихевиоральной терапии при СФР, доказал, что успех данной методики

определяется воздействием на главный, по мнению авторов, механизм формирования СФР – повышенную возбудимость вегетативной нервной системы с избирательным вниманием к телесным функциям и избегающим поведением. В числе основных клинических эффектов применения когнитивно-бихевиоральной терапии авторами была описана редукция тревожной фиксации подростков с СФР на телесных ощущениях и связанной с ней уверенности в наличии нераспознанной соматической болезни [5].

підвищенням ефективності та зменшенням витраченого часу і ресурсів на формування бажаних навичок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baer D.M. Some current dimensions of applied behavior analysis / Baer D.M., Wolf M. M., Risley T. R. // *Journal of Applied Behavior Analysis*. – 1968. – V. 1 (1, Spring). – P. 91–97.
2. Berkson G. Repetitive stereotyped behaviors / Berkson G. // *Am J Ment Defic* – 1983 Nov. – V. 88(3). – P. 239–246.
3. Cohen-Mansfield J. / The decision to execute a durable power of attorney for health care and preferences regarding the utilization of life-sustaining treatments in nursing home residents // Cohen-Mansfield J., Rabinovich, B.A., Lipson, S. et al. // *Arch. Intern. Med.* – 1991 Feb. – V. 151(2). – P. 289–294.
4. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact / Kanner L. // *Nerv. Child* 2 – 1968. – P. 217–250. // «Reprint» *Acta Paedopsychiatr.* – V. 35 (4). P. – 100-136.
5. Kennedy C.H. Analyzing the multiple functions of stereotypical behavior for students with autism: implications for assessment and treatment / Kennedy C. H., Meyer K. A., Knowles T. et al // *Journal of Applied Behavior Analysis* – 2000. – V. 33 (4, Winter). – P. 59-71.
6. Koegel R. L. The relationship of self-stimulation to learning in autistic children / Koegel R. L., Covert A. // *Journal of Applied Behavior Analysis* – 1972. – V. 5. – P. 381-387.
7. Koegel R. L. Assessing and training teachers in the generalized use of behavior modification with autistic children / Koegel R. L., Russo D. C., Rincover A. // *Journal of Applied Behavior Analysis* – 1977. – V. 10. – P. 197-205.
8. Lewis M. H. A neurobiological alternative to the perceptual reinforcement hypothesis of stereotyped behavior: a commentary on «Self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement» / Lewis M.H., Baumeister A.A., Mailman R. B. // *J Appl. Behav. Anal.* – 1987. – V. 20(3). – P. 253–258.
9. Lovaas O. I. Self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement / Lovaas O. I., Newsom C., Hickman C. // *Journal of Applied Behavior Analysis* – 1987. – V. 20. – P. 45-68.
10. Lovaas O. I. Behavioral treatment and normal intellectual and educational functioning in autistic children / Lovaas O. I. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology* – 1987. – V. 55. – P. 3–9.
11. Makkonen I. Effects of fluoxetine treatment on striatal dopamine transporter binding and cerebrospinal fluid insulin-like growth factor-1 in children with autism / Makkonen I., Kokki H., Kuikka J. et al. // *Neuropediatrics*. – 2011, Oct. – V. 42(5). – P. 207-209.
12. Rincover A. How to use Sensory Extinction / Rincover A. // *Part of the series Teaching the Autistic, Pro-Ed* – 1981. – P. 34.
13. Rutter M. Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R) / Rutter M., Le Couteur A., Lord C. // *Western Psychological Services (WPS): сайт представництва [Електронний ресурс]* – Режим доступу: [http : portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70436&_dad=portal&_schema=PORTAL](http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70436&_dad=portal&_schema=PORTAL), вільний
14. Ghanizadeh A. Can behavioral sensory processing problems guide us to a better pharmacological management of children with attention deficit hyperactivity disorder? a case report. / Ghanizadeh A. // *Psychiatry (Edgmont)*. – 2009. – V. 6 (12). – P. 40–43.
15. Rutter M. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* / Rutter M. // Wiley- Blackwell. – 2011. – 1248 p.

ПОВТОРЯЮЩЕЯСЯ И САМОСТИМУЛИРУЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ СПЕКТРА АУТИЗМА У ДЕТЕЙ

К. В. ДУБОВИК

В статье изложены результаты анализа частоты встречаемости разных форм аутоstimулирующего поведения. Представлена эффективность использования медикаментозного и коррекционного воздействия на снижение аутоstimулирующего поведения.

Ключевые слова: расстройство спектра аутизма, аутоstimуляции, стереотипные формы поведения

REPEATED AND SELF-STIMULATION BEHAVIOR OF AUTISM SPECTUM DISORDER IN CHILDREN

K. V. DUBOVYK

Results of the analysis of the frequency of occurrence of different forms of self-stimulation behavior are considered in article. The efficacies of used medical and correctional interventions for reducing self-stimulation behavior are represented.

Key words: autism spectrum disorders, self-stimulation, stereotype behavior

УДК 616.895-085

Я. Б. Бикшаева

СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ИНТЕГРАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ, БИХЕВИОРАЛЬНЫХ И ПСИХОДИНАМИЧНЫХ КОНЦЕПТУАЛЬНО-МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

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

Ключевые слова: подростки, соматоформные расстройства, семейная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, психодинамическая терапия

Введение. Традиционные подходы к лечению соматоформных расстройств (СФР) предусматривают применение, как психотерапевтических методик, так и психофармакотерапевтических средств [1–3].

Среди наиболее перспективных моделей психотерапевтической интервенции при СФР многие авторы считают когнитивно-бихевиоральную терапию [1–6].

Н. М. Warwick с соавт., отмечая возможность эффективного применения когнитивно-бихевиоральной терапии при СФР, доказал, что успех данной методики

определяется воздействием на главный, по мнению авторов, механизм формирования СФР – повышенную возбудимость вегетативной нервной системы с избирательным вниманием к телесным функциям и избегающим поведением. В числе основных клинических эффектов применения когнитивно-бихевиоральной терапии авторами была описана редукция тревожной фиксации подростков с СФР на телесных ощущениях и связанной с ней уверенности в наличии нераспознанной соматической болезни [5].

В других исследованиях отмечается эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии в случаях хронических алгических и функциональных расстройств [6].

При лечении подростков с СФР широкое применение получили методики групповой психотерапии [8].

Ряд авторов при психотерапии соматоформных расстройств подчеркивает значимость психодинамических подходов [4; 9–11].

Цель и задачи исследования

Цель исследования – разработка концептуально-методических принципов построения программ индивидуальной комплексной поэтапной структурированной психотерапевтической коррекции соматоформных расстройств у подростков с учетом особенностей их психогенеза, роли семьи в деформации объектных отношений и поддержании патологического симптомокомплекса в условиях амбулаторно-поликлинической помощи.

Психотерапевтическое вмешательство должно было в максимальной степени учитывать:

- 1) особенности психогенеза СФР в детско-подростковом возрасте;
- 2) возможность применения без специальной адаптации у подростков как в возрасте 12÷14, так и 15÷17 лет;
- 3) роль семьи в формировании и сохранении патологического симптомокомплекса;
- 4) возраст нарушения психологического развития;
- 5) возможность широкого применения в общемедицинской сети при оказании помощи подросткам с соматоформными расстройствами в качестве альтернативной кардиотропной и психотропной терапии формы вмешательства.

Методологические принципы психотерапевтического вмешательства у подростков с СФР.

При планировании психотерапевтического вмешательства мы определяли:

- а) оптимальную стратегию вмешательства (экзистенциальную, стратегическую или структурную);
- б) оптимальную форму вмешательства (в рамках предложенной нами интегративной модели или собственно семейной психотерапии);
- в) возможные техники вмешательства (системные: в виде прямых указаний, использования реверсийных или парадоксальных подходов; индивидуальные: методики осознания);
- г) процесс взаимодействия с семьей согласно когнитивного, бихевиорального или психодинамического контекста.

Психокоррекционную работу планировали в виде двух обязательных програмно-целевых блоков:

- 1) рациональной психотерапии (психообразовательного тренинга) с семьей, направленной на нивелирование фрустрирующих влияний различных жизненных событий, которые деформируют отношения в системе «родители-ребенок»;
- 2) когнитивно-бихевиоральной терапии с подростком, направленной на компенсацию проблемных объектных отношений.

Психотерапевтическое вмешательство во всех случаях проводилось преимущественно в форме семейной терапии, интегрирующей когнитивные, когнитивно-бихевиоральные и психодинамические техники и было направлено на отработку навыков адаптивного поведения, как больного подростка, так и семьи в целом в различных фрустрирующих ситуациях.

Выбор семейной терапии в качестве формирующего вмешательства у подростков с СФР основывался на постулате, согласно которому способы восприятия реальной действительности, своего тела и болезненного симптомокомплекса существенно зависят от стереотипов межличностных внутрисемейных взаимодействий. Поэтому для нивелирования болезненного симптомокомплекса необходимо отработать новые способы внутрисемейного взаимодействия.

В процессе терапии трансформировались связи между тремя уровнями психического функционирования, на которых базируется соматизация: поведенческим, эмоциональным и идеаторным. Удельный вес каждого уровня психического функционирования зависит от возраста ребенка, в котором ему проводится психотерапия, и возраста, в котором произошла деформация фрустрирующего типа объектных отношений.

Как правило, механизмы формирования СФР у подростков и формы поведения родителей, фиксирующие эти расстройства, скрыты в сфере подсознательного, для исследования и коррекции которых мы использовали психодинамически-ориентированные техники. Используя эти техники, мы основывались на постулате, согласно которому способность как самого подростка с СФР, так и его родителей, адекватно воспринимать и осознавать реальную действительность очень ограничена.

Психодинамические техники в процессе семейной психотерапии целесообразно применять только после прохождения подростком с СФР когнитивного, а затем когнитивно-бихевиорального этапов терапевтического процесса. Только в этом случае психодинамические техники семейной психотерапии удачно дополняют, отработанные на предыдущих этапах терапии, навыки понимания своих чувств и чувств других членов семьи, осознания и саморегуляции негативного и агрессивного эмоциональных состояний.

Описание методики семейной терапии подростков с СФР

Мы определили закономерную последовательность проведения психотерапевтического процесса с семьями детей различного возраста с СФР (рис. 1):

- 1) этап формирования стратегии терапии;
- 2) этап формирования состояния отчаянья и безысходности вследствие потери надежд и ожиданий;
- 3) этап выполнения указаний;
- 4) этап первичных изменений;
- 5) этап попытки возвращения к симптому;
- 6) этап дезактуализации симптома и замена его другими формами поведения;
- 7) этап вторичных изменений;

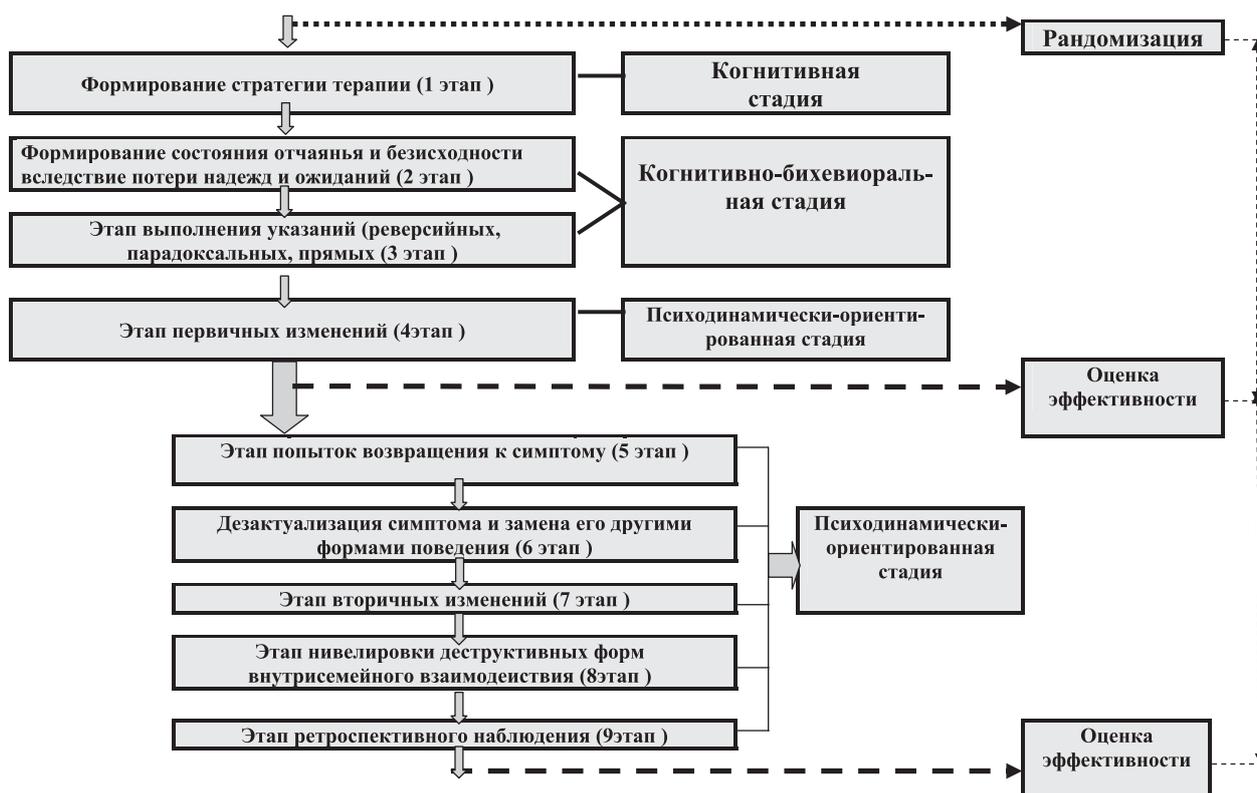


Рис. 1. Структурная схема методики семейной терапии у подростков с соматоформными расстройствами

- 8) этап нивелировки основополагающих (деструктивных) форм внутрисемейного взаимодействия;
9) этап ретроспективного наблюдения.

Эти последовательные этапы процесса семейной терапии мы структурировали и соотносили со стадиями работы (когнитивной, когнитивно-бихевиоральной, психодинамически-ориентированной) с семьями, в которых есть подросток с соматоформными расстройствами следующим образом: а) когнитивной стадии психотерапии соответствует первый этап психотерапевтического процесса; б) когнитивно-бихевиоральной стадии соответствуют второй и третий этапы психотерапевтического процесса; в) психодинамически-ориентированной стадии работы с пациентом и его семьей соответствуют приведенные выше этапы психотерапевтического процесса от четвертого по девятый включительно.

Результаты исследования

В процессе 12-ти недельной психотерапии 20 подростков в возрасте от 12 до 17 лет и членов их семей были отработаны особенности проведения основных этапов семейной психотерапии и описана, имевшая место, терапевтическая динамика. Была показана важность оценки функционирования семьи, страдающего СФР подростка, для выбора эффективной индивидуальной стратегии психотерапевтического вмешательства.

Особенности проведения когнитивного тренинга

Нами были разработаны рекомендации по проведению когнитивного тренинга при психотерапии подростков с СФР и членов их семей в амбулаторных условиях. Когнитивная стадия семейной психотерапии, в соответствии с нашими предложениями, состоит из двух последовательных тренингов.

Первый этап когнитивного тренинга – психообразовательный тренинг на микросоциальном уровне, который проводится отдельно для подростков с патологическими телесными сенсациями и членов их семьи. Он направлен на нивелирование фрустрирующих влияний, которые связаны с:

- 1) проблемами социального окружения;
- 2) проблемами, вызванными неблагоприятными жизненными событиями в раннем детстве;
- 3) проблемами, обусловленными особенностями воспитания;
- 4) другими фрустрирующими жизненными событиями, которые деформируют отношения в системе «родители – ребенок».

Второй этап когнитивного тренинга – групповой сензитивно-коммуникативный (тренинг коммуникативных навыков) тренинг для членов семей, которые имеют ребенка с соматоформными расстройствами. Тренинг направлен на создание атмосферы доверия к психотерапевту.

Особенности проведения когнитивно-бихевиорального тренинга

Нами были разработаны рекомендации по проведению когнитивно-бихевиорального этапа психотерапии семей подростков с СФР в амбулаторных условиях. Эта стадия семейной психотерапии направлена на:

- 1) разрушение дисфункциональных жизненных сценариев;
- 2) модификацию и компенсацию фрустрирующих объектных отношений: «использования», связанных с умением самостоятельно удовлетворять свои жизненные и нравственно-этические потребности;

«соответствия», связанных с умением подчиняться принятым в референтной группе и обществе нормам поведения, принимать предложенные другим нравственно-этические ценности; «зависимости-независимости», которые базируются на способности достижения баланса между желанием в первую очередь удовлетворять свои потребности и необходимостью отвечать ожиданиям референтной группы и иметь право на личные мысли, чувства, поступки при высоком уровне социальной комформности; «причастности», связанных с умением брать на себя ответственность за свои и чужие поступки;

- 3) отработка навыков нефрустрирующего (адаптивного) реагирования в ситуациях: «просьбы», «отказа», «фрустрирующей зависимости», «непонимания», «необходимости брать на себя ответственность за свои и чужие поступки»;
- 4) взаимодействия и взаимоадаптации родителей и ребенка в контексте конкретной семьи.

Особенности проведения психодинамического тренинга

Эта стадия семейной психотерапии направлена на решение следующих задач: 1) осознание дисфункциональности семейных отношений; 2) дезактуализацию симптома и поиск собственных, глубинных ресурсов для развития личности подростка; 3) обеспечение процесса личностных изменений родителей и изменений семейного контекста функционирования; 4) обеспечение процесса перехода семьи, как системы, на новый более гармоничный уровень функционирования.

Задачами применения психодинамических техник, при проведении семейной психотерапии подростка с СФР, согласно предлагаемой нами методики было: а) демонстрация родителям, путем игрового проективного инсценирования, особенностей восприятия подростком семейного контекста, механизмов психологической защиты, которые predisponируют соматизацию, связи соматоформных расстройств с фрустрирующими объективными отношениями; б) раскрытие жизненных позиций родителей, инсценирование их жизненного сценария, исследование подсознательных механизмов функционирования семьи и системы межличностных взаимоотношений, а также их влияния на подростка; в) изменение семейного контекста, позволяющего родителям перейти на новый, более высокий уровень семейного функционирования, обеспечивающего возможность каждому из родителей увидеть совокупность альтернативных решений, осознать себя в контексте взаимного влияния между членами семьи, принять возможность новых способов поведения.

Оценка функционирования семьи и выбор индивидуальной стратегии психотерапевтического вмешательства

При установлении атмосферы доверия терапевта с семьями подростков с СФР, благодаря акцентированию внимания на невербальных стереотипах взаимодействия членов семьи, первичных реакциях на психотерапевтическое вмешательство, особенностях дисфункциональных

взаимоотношений, мы уточняли структуру и организацию семьи, а также определяли возможную стратегию и методики терапевтической интервенции, способы взаимодействия с семьей подростка с СФР.

Психодиагностика семейного функционирования предполагала определение:

- а) структуры семьи (иерархии, состава), ее организации – взаимозависимости подсистем: супружеской, родительской и сиблинговой;
- б) выделение дисфункциональных подсистем и, при возможности, дисфункциональности отношений между подсистемами в рамках семейного контекста;
- в) стратегии вмешательства (экзистенциальной, стратегической или структурной);
- г) методики терапевтической интервенции (интегративной модели или собственно семейной психотерапии);
- д) вариантов вмешательства (системных: прямых указаний, реверсивных или же парадоксальных; индивидуальных: методик осознания);
- е) планирования процесса взаимодействия с семьей согласно контексту: когнитивному, бихевиоральному или психодинамически-ориентированному.

Определяя структуру семьи, мы считаем целесообразным выделять три подсистемы: супружескую, родительскую и сиблинговую. Каждая с них имеет свой определенный спектр проблемных характеристик.

Главным аспектом супружеской подсистемы является компетентность каждого из супругов в функционировании семьи, из которого вытекает проблема «зависимости-независимости», которая базируется на способности достижения баланса между желанием в первую очередь удовлетворять свои потребности, иметь право на личные мысли, чувства, поступки и необходимостью отвечать ожиданиям супруга или супруги при супружеском взаимодействии, сохраняя при этом высокий уровень комформности, а также проблема «причастности», связанная с умением брать на себя ответственность за внутрисемейное функционирование. Супружеский контекст взаимоотношений может служить как для повышения, так и для подавления самооценки, компетентности, уровня социального функционирования отдельных членов семьи, в том числе и самого подростка с СФР.

Супружеская подсистема является важной составляющей для развития подростка. Она показывает и обучает подростка различным моделям социальных и внутрисемейных взаимоотношений. Он видит возможности традиционных для родителей способов преодоления конфликтных ситуаций. То, что видит и интегрирует подросток, становится частью его жизненных ценностей и ожиданий, что особенно важно при контакте его с внешним миром. Если функции супружеской подсистемы оказываются серьезно нарушенными, то это неизбежно накладывает отпечаток не только на психологическое развитие подростка, но и на внутрисемейные взаимодействия в общем, семейном контексте. В «соматизированных семьях» подросток может стать мишенью для постоянных порицаний и обвинений, или

невольно оказаться союзником одного из родителей в коалиционной борьбе против другого.

Достаточно часто семьи имеют такую организацию, в которой супружескую и родительскую подсистемы можно рассматривать как постоянно конфликтующие и взаимоисключающие развитие друг друга. Например, отец может оказаться в такой ситуации, когда «он может чувствовать себя отцом только тогда, когда не занимает ролевой позиции мужчины». В семьях с «делегированными обязанностями» соматоформные симптомы чаще всего первоначально возникали у «ребенка-отца» или у «ребенка-матери», на которых возлагалась либо чрезмерная ответственность или же они не имели достаточной власти для выполнения своих родительских функций.

При рассмотрении родительской подсистемы, которая связана с обязанностями родителей воспитывать, ухаживать и развивать ребенка, главной является проблема «использования», связанная с умением подростка самостоятельно удовлетворять свои жизненные и нравственно-этические потребности и «соответствия», связанная с умением подчиняться принятым в семье и обществе нормам поведения, принимать предложенные родителями нравственно-этические ценности. Контекст взаимодействия в родительской подсистеме программирует жизненный сценарий ребенка, формирует у него ощущение адекватности и компетентности, то есть формирует его самооценку и активность жизненной позиции.

При рассмотрении подсистемы сиблингов чаще возникают проблемы самостоятельности, соперничества и компетентности подростка в общем, семейном контексте.

Психодиагностика семьи позволяла формировать мишени для семейной интервенции.

Мы предлагаем использовать три главных приема, которые позволяют реструктуризировать внутрисемейные отношения: а) метод размежевания, целью которого является изменение характера и границ взаимодействия между семейными подсистемами; б) метод изменения равновесия, меняющий иерархию в отдельных подсистемах и в семье в целом; в) метод взаимодополнения, ставящий под сомнение представления о линейной иерархии семьи.

Динамика в «психосоматической семье» при модификации жизненных сценариев

Во время работы со сценариями и стойкими убеждениями «психосоматической семьи» на этапе когнитивно-бихевиоральной терапии мы, как правило, должны были дать ответ на вопрос, что является причиной, а что следствием дисфункциональных взаимоотношений в семье: «семья имеет дисфункциональные взаимоотношения потому, что один из ее членов семьи болен или один из ее членов болен, так как взаимоотношения в семье дисфункциональны?».

В процессе этой работы чаще всего выявлялся манипулятивный и запрограммированный характер взаимодействия между членами семьи, как в контексте самой

семьи, так и в контексте общества. В семьях подростка с СФР мы наиболее часто встречались с понятием вторичной выгоды от симптома, которая, как не парадоксально, обычно касается не столько самого ребенка, сколько других членов семьи. Наиболее часто манипулятивная функция соматоформного симптома проявлялась в виде шантажно-демонстративного поведения, деформирующего семейные отношения, что неминуемо вело к деформации мотивационной стороны отношения родителей к ребенку. При обозначенной системе семейных отношений сам подросток вскоре отдает себе отчет о возможностях применения болезненного симптома в качестве оружия против родителей.

Другая манипулятивная функция «соматического симптома» проявлялась реакциями подсознательного протеста против чрезмерных требований симбиотичного характера. Например, у ребенка появлялась хроническая головная боль, которая мешала обучению, если родители пробовали выдвигать к нему чрезмерные требования. Такие семьи в процессе терапии презентовали себя, как системы с больным ребенком, вокруг которого живут и взаимодействуют все члены семьи. Матери нередко программируют и поддерживают беспомощность своих детей до подросткового возраста, благодаря чему ощущают свою постоянную «полезность и значимость» в контексте внутрисемейного взаимодействия. Такие семьи, как не парадоксально, всегда лучше функционировали, когда дети болели.

При проведении тренингов мы встречались и с другими манипулятивными функциями дизморфного симптома, такими как:

- возвращением в детство или в безысходность, как способом избежать ответственности;
- сознательным преувеличением значения симптома всеми членами семьи при формальной ориентировке на социальную активность из-за неадекватной самооценки;
- сохранением, удержанием соматического симптома подростком с СФР, как один из путей привлечения внешнего внимания и повышения самооценки.

Терапевтическая динамика в разных «психосоматических семьях» продемонстрировала, что дизморфный симптом у подростка с СФР мог быть необходимым фактором для осуществления таких жизненных сценариев родителей, как: «Самая лучшая мать в мире», «Загнанная домохозяйка», «Все мужчины негодяи», «Я порядочный человек, поэтому я должен терпеть и отвечать», «Это мой крест, это мое бремя», «Жертва обстоятельств» и т. д.

Все вышесказанное наглядно демонстрирует, что без осознания дисфункциональности своего жизненного сценария или установки, семья не может «расстаться с симптомом», так как он выполняет важную роль в гомеостазе внутрисемейных отношений. Осознание семьей подростка с СФР запрограммированного и манипулятивного характера своего поведения приводит к разрушению этих сценариев и стереотипов взаимодействия, и в дальнейшем к дезактуализации сценария.

Наиболее эффективной дорогой в этом направлении является создание чувства отчаянья, безысходности, утраты ожиданий, что позволяет снять у членов семьи запрет на проявление эмоций, и таким образом, создать базу для отреагирования членами «психосоматической семьи» своего агрессивного и негативного эмоционального состояния. Такие состояния оценивались нами, как закономерные явления позитивной терапевтической динамики и использовались при проведении дальнейшей коррекционной работы.

После достижения результатов на данном этапе тренинга ребенок с соматоформными расстройствами уже имеет определенные навыки по саморегуляции своих эмоций и делает возможным осознания мотивов своего поведения в семейном контексте.

Терапевтическая динамика в семьях подростков с СФР на этапе выполнения указаний

Этап выполнения инструкций описан нами в ходе реализации когнитивно-бихевиоральной стадии психотерапии семей подростков с СФР. Во всех случаях терапевтическая динамика регистрировалась на фоне высокого эмоционального напряжения и «когнитивного шока», связанных с когнитивной реструктуризацией семейного контекста на предыдущем этапе терапии.

Одной из отличительных черт, данного этапа психотерапевтической интервенции является чередование и дифференцированное использование, в зависимости от семейного контекста, различных типов указаний.

Указания можно разделить на три типа:

- 1) прямые, когда семья была согласна с вмешательством;
- 2) парадоксальные, когда семья противодействовала вмешательству;
- 3) реверсийные, когда один из членов семьи проявлял готовность к сотрудничеству и выполнял прямые указания, а другие члены семьи им противодействовали.

Остановимся более подробно на методике парадоксальных указаний, так как, по нашему мнению, она наиболее эффективна при лечении «соматизированных семей» в условиях «когнитивного шока» и высокого эмоционального напряжения.

«Психосоматическая семья» с больным ребенком ставит терапевту противоречивые требования: она хочет убрать симптом, не изменяя при этом систему внутрисемейных отношений. Но эта задача заведомо невыполнима, так как сущность «соматизированной семьи» заключается не в факте наличия симптома у ребенка, а в том, что родители пытаются трансформировать свой внутрисемейный конфликт при помощи болезни ребенка. Нивелируя болезненные симптомы у ребенка, мы раскрывали суть внутрисемейного конфликта, чем вызываем дискомфорт, эмоциональное напряжение и, соответственно, сопротивление со стороны членов семьи.

Во избежание такого противодействия, мы использовали парадоксальную методику. Терапевт, объясняя функцию болезненного симптома в данной семейной системе и необходимость его сохранения для дальнейшего семейного благополучия, парадоксально переориентирует членов семьи на то, что без болезненного

симптома существование данной семьи невозможно, вызывая закономерный протест ее членов. Семье давалась инструкция, которая была направлена на получение результата противоположного ожидаемому. Семья, как всегда, стереотипно оказывала активное сопротивление выполнению такого указания, чем и формировала предпосылки для признания проблемы – дисфункциональных стереотипов взаимодействия. Например, пациенту-подростку советуют сохранять и усиливать головную боль как можно чаще, потому что именно существование головной боли помогает его матери чувствовать себя необходимой и компетентной, тем самым как бы мотивируя сына больше заботиться и любить свою мать. Когда подросток начинает работать над сохранением симптома и следить за его наличием, болезненный симптом перестает выполнять свою функцию, а инструкция терапевта начинает, вызывает протест, так как подросток не хочет чувствовать себя марионеткой в руках даже собственной матери. Таким образом, протест семьи против указаний психотерапевта и отказ от их выполнения является желательной реакцией на парадоксальное вмешательство.

В процессе исследования мы пришли к выводу, что когнитивные и когнитивно-бихевиоральные конструкции редко являются достаточными, чтобы вызывать внутрисемейные изменения, они чаще только готовят благоприятные условия для изменения семейного контекста. Это обусловлено тем, что члены семьи воспринимают информацию очень избирательно: можно сказать, что родители ребенка во время когнитивно-бихевиорального тренинга часто «слушают, но не слышат», «смотрят, но не видят».

При проведении сеанса видно, когда члены семьи достигли предела эмоционального напряжения и начинают «сигнализировать» о необходимости снижения аффективного напряжения в процессе терапии.

Терапевтическая динамика в семьях подростков с СФР на этапе первичных изменений

Этап первичных изменений в процессе семейной терапии подростков с СФР наблюдался нами в ходе процесса осознания дисфункциональности взаимоотношений в семье ее членами. На этом этапе психотерапевтического вмешательства мы подключали к системным методикам семейной терапии гештальт-ориентированные методики (технику «пустого стула»), что давало возможность членам ближайшего окружения подростка с СФР глубоко почувствовать в собственные негативные переживания, осознать их и свои мотивации. Цели этого этапа становились достижимыми, когда эмоциональное напряжение максимально актуализировалось под воздействием перехода сублимированных переживаний в сферу возможного их сознательного восприятия, как самим подростком, так и членами его семьи. Двигателем психических изменений на этом этапе являлись экзистенциально-глубинные ощущения агрессии и состояние внутреннего дискомфорта и тревоги. Чувство внутреннего дискомфорта и тревоги, становились мотивирующим

фактором, побуждающим пациентов к продуктивным действиям.

Терапевтическая динамика на данном этапе терапии продемонстрировала членам «соматизированной семьи» глубинный конфликт, который возникает между собственными желаниями, чувствами и мотивациями и общественными требованиями, которые были сформированы и приняты за аксиомы еще в детстве, что позволяло родителям больного подростка пересмотреть свои жизненные позиции и отношение к запретам, поставленным обществом.

Этапа попытки возвращения к симптому можно избежать, если использовать технику сдерживания изменений. В большинстве случаев прохождения этого этапа нам удавалось избежать.

Терапевтическая динамика в семьях подростков с СФР на этапе дезактуализации симптома и замены его другими формами поведения

Опыт проведения семейной психотерапии на этапе замены дискомфортного симптомокомплекса другими формами поведения свидетельствует, что нивелировка предшествующих проблем порождает новые. Например, после нивелировки болезненного симптома у ребенка, родители возвращаются, чтобы констатировать: «С ребенком все благополучно, но нам не удается наладить с ним отношения». Как раз об этом феномене можно сказать: «В жизни есть две тупиковые ситуации – одна, когда не можешь достичь заветной мечты, и другая – когда она осуществилась». Следовательно, центральный вопрос психотерапии состоит не в том, как преодолеть болезненный симптом, а вопрос о том, как будет функционировать семья без него.

Интеграция семейной терапии с гештальт-терапией направленной на осознание каждым членом семьи собственных чувств, потребностей и системы мотиваций, отделение собственного «Я» от дисфункциональной семейной системы позволяет решать проблемы описанного этапа. В результате осознания себя самостоятельной личностью, подросток может разрушить свое стереотипное поведение, дезактуализировать патологический симптом и научиться ориентироваться в различных социальных ситуациях, что способствует приобретению умения создавать свой микросоциум, гибко адаптируясь к изменчивым условиям и требованиям различных макросоциальных групп.

Терапевтическая динамика в семьях подростков с СФР на этапе вторичных изменений

Этап вторичных изменений мы наблюдали во время наиболее активных личностных и семейных изменений. На этом этапе, для поддержания позитивной динамики очень важно использовать технику «подчеркивания сильных сторон семьи». Целесообразно сделать акцент на росте и развитии семьи благодаря ее собственной ресурсной базе.

Симптом в семьях с «соматоформными пациентами» является основной и временно стабилизирующей

частью структуры семьи. При изменении контекста внутрисемейных отношений, расширении мировоззрения всех членов семьи, происходит дезактуализация симптома, приводящая к изменению структуры и внутренней организации семьи. Широта диапазона возможных схем поведения семьи зависит от контекста мировоззрения и ее базовых ресурсных возможностей.

Терапевтическая динамика в семьях подростков с СФР на этапах стабилизации состояния и ретроспективного наблюдения

Суть этапа состоит в формировании нового контекста и уровня функционирования семейных взаимоотношений. Его сложность, главным образом, обуславливается созданием гармонического альянса между свободной и самостоятельной личностью подростка, ответственностью и активностью этой личности в рамках семейных взаимоотношений.

Выводы

В результате исследования были разработаны концептуально-методические принципы построения программ индивидуальной комплексной поэтапной структурированной психотерапевтической коррекции соматоформных расстройств у подростков с учетом особенностей их психогенеза, роли семьи в деформации объектных отношений и поддержании патологического симптомокомплекса в условиях амбулаторно-поликлинической помощи.

Доказана эффективность применения методики комплексной, структурированной, поэтапной психотерапии для коррекции соматоформных расстройств у подростков в условиях амбулаторно-поликлинической помощи.

Доказана возможность широкого применения методики комплексной, структурированной, поэтапной психотерапии для коррекции соматоформных расстройств у подростков в общемедицинской сети в качестве альтернативной кардиотропной и психотропной терапии формы вмешательства.

Литература

1. *Детская и подростковая психотерапия* / Ред. Лейн Д. А., Миллер Э. – СПб.: Питер, 2001. – 438с.
2. *Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия.* – М.: Изд-во ЭКСМО-пресс, 2000. – 448с.
3. *Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей.* – СПб.: Питер, 2000. – 516с.
4. *Тайсон Р., Тайсон Ф. Психоаналитические теории развития.* – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 528 с.
5. *Warwick H.M., Clark D.M., Cobb A.M., Salkovskis P.M. A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. // Br. J. Psychiatry.* – 1996. – V. 169. – P. 189 – 195.
6. *МакМаллин Р. Практикум по когнитивной психотерапии.* – СПб.: Речь, 2001. – 560с.
7. *Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии* / Под ред. К. С. Робсона. – М.: Медицина, 1999. – 488 с.
8. *Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии.* – СПб.: Питер, 2000. – 640с.
9. *Райс Ф. Психология детского и юношеского возраста.* – СПб.: Питер, 2000. – 400с.
10. *Эриксон Э. Детство и общество.* – СПб.: Летний сад, 2000. – 416с.
11. *Эйдмиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Психология и психотерапия семьи.* – СПб.: Питер, 1999. – 500с.

СІМЕЙНА ТЕРАПІЯ ПІДЛІТКІВ ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ: ІНТЕГРАЦІЯ КОГНІТИВНИХ, БІХЕВІОРАЛЬНИХ І ПСИХОДИНАМІЧНИХ КОНЦЕПТУАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ

Я. Б. БІКШАЄВА

У статті наведені концептуально-методичні принципи побудови програм індивідуальної комплексної поетапної структурованої психотерапевтичної корекції соматоформних розладів у підлітків із урахуванням особливостей їх психогенезу, ролі родин у деформації об'єктних відношень та підтриманні патологічного симптомокомплексу. Психотерапевтичне втручання проводилось у формі сімейної терапії і було спрямоване на відпрацювання навичок адаптивного поведіння хворої дитини та членів її родини в різноманітних фруструючих ситуаціях. Доведена можливість широкого застосування запропонованої психотерапевтичної методики в загальномедичній мережі при наданні амбулаторної допомоги підліткам із соматоформними розладами в якості дієвої альтернативи кардіотропному та психотропному лікуванню.

Ключові слова: підлітки, соматоформні розлади, сімейна психотерапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, психодинамічна терапія

FAMILY THERAPY OF ADOLESCENTS WITH SOMATOFORMAL DISORDERS: INTEGRATION OF COGNITIVE, BIHEVIOURAL AND PSYCHODYNAMICAL CONCEPTUALLY – METHODOLOGICAL APPROACHES

Y. BIKSHAIEVA

In this article complex, structured, step-by-step psychotherapeutic intervention is offered and approved according to the features of somatoformal disorders in child-adolescence age psychogenesis, role of the family in forming of frustrating object relations and keeping pathological symptom complex. Psychotherapeutic intervention was carried out in the form of family therapy with integrating cognitive, cognitive-behavioural and psychodynamic techniques and was directed on working – out of adaptive behaviour skills in different frustrating situations. The importance of the family functioning estimation of the families with adolescent suffering from somatoformal disorder, to make a choice of effective individual psychotherapeutic intervention strategy was shown. The possibility of wide application of the complex psychotherapeutic intervention in medical common network is proved by giving support to the adolescents with somatoformal disorder as effective medical aid and alternative to the cardiotropic and psychotropic therapy.

Key words: adolescents, somatoform disorders, family psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, psychodynamic therapy

УДК 616.89-053.2/613.95

І. А. Марценковський

ВІКОВИЙ ПОЛІМОРФІЗМ СИМПТОМІВ СПЕКТРА АУТИЗМУ

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

Ключові слова: аутизм, розлади спектра аутизму, порушення соціальної взаємності, просоціальна поведінка, повторювальна поведінка, стереотипні рухи

Розлади спектра аутизму (РСА) – спектр психічних захворювань, пов'язаних із порушеннями нейророзвитку. Зростання захворюваності, високий рівень інвалідизації, тяжкість фінансових витрат на спеціальну терапію і соціальну підтримку особливих потреб хворих, емоційний вплив розладів у сім'ї роблять РСА серйозним викликом для систем соціального забезпечення та охорони здоров'я навіть найбільш економічно розвинених країн [1–2].

РСА характеризуються якісними відхиленнями в реципрокній соціальній взаємодії, вербальній та невербальній комунікації, обмеженою стереотипною чи повторювальною поведінкою, інтересами та рухами.

Симптоми РСА проявляються у віці до 3 років, частіше в 12–18 місяців, але в окремих психічних сферах ознаки первазивного розвитку не діагностуються протягом, щонайменше, ще кількох років.

Попри значний клінічний поліморфізм та транскультуральні розбіжності діагностика РСА спирається на спільні для людей різного віку та регіонів світу діагностичні критерії МКХ-10 та DSM-IV. Подальше зближення діагностичних категорій має місце в проєктах МКХ-11 та DSM-V [3].

Клінічний поліморфізм РСА у дітей різного віку досліджено недостатньо, що ускладнює ранню діагностику і створення системи кваліфікованого спостереження. Це спостереження має бути дружнім для дитини і включати проведення спеціального скринінгу тих, у кого підозрюється РСА, подальшого моніторингу їх розвитку.

Спостереження за розвитком має бути забезпечене для всіх дітей із РСА за участю членів їх сімей, педагогів, лікарів первинного рівня медичної допомоги, дитячих психіатрів.

Мета та завдання дослідження.

Розлади спектра аутизму були об'єктом дослідження відділу медико-соціальних проблем терапії Українського НДІ соціальної і судової психіатрії протягом 2003–2012 років. Метою дослідження було вивчення симптомів спектра аутизму у дітей різного віку з позицій клініко-психопатологічного методу. Була проведена типологізація симптомів аутистичних розладів, досліджені їх клініко-динамічні особливості, визначена діагностична значущість окремих клінічних ознак у дітей різного віку за даними трирічного катamnестичного спостереження, досліджено взаємозв'язок між окремими симптомами, особливості формування стабільних моноквалітативних симптомокомплексів, визначено їх вплив на рівень соціального функціонування.

Матеріал та методи дослідження.

Досліджувалися клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості РСА у дітей у віці від 1,5 до 18 років (середній вік $4,8 \pm 2,2$ років). Було рандомізовано 630 дітей із РСА: у віці до 17 місяців – 6,6%, 18–35 місяців – 17,1%, 36–47 місяців – 42,4%, 48–59 місяців – 29,0%, понад 60 місяців – 4,9%.

У контрольну групу було включено 600 психічно здорових дітей у віці від 2 до 18 років (середній вік $5,2 \pm 3,4$ років): у віці до 35 місяців – 22,1%, 36–47

СІМЕЙНА ТЕРАПІЯ ПІДЛІТКІВ ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ: ІНТЕГРАЦІЯ КОГНІТИВНИХ, БІХЕВІОРАЛЬНИХ І ПСИХОДИНАМІЧНИХ КОНЦЕПТУАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ

Я. Б. БІКШАЄВА

У статті наведені концептуально-методичні принципи побудови програм індивідуальної комплексної поетапної структурованої психотерапевтичної корекції соматоформних розладів у підлітків із урахуванням особливостей їх психогенезу, ролі родин у деформації об'єктних відношень та підтриманні патологічного симптомокомплексу. Психотерапевтичне втручання проводилось у формі сімейної терапії і було спрямоване на відпрацювання навичок адаптивного поведіння хворої дитини та членів її родини в різноманітних фруструючих ситуаціях. Доведена можливість широкого застосування запропонованої психотерапевтичної методики в загальномедичній мережі при наданні амбулаторної допомоги підліткам із соматоформними розладами в якості дієвої альтернативи кардіотропному та психотропному лікуванню.

Ключові слова: підлітки, соматоформні розлади, сімейна психотерапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, психодинамічна терапія

FAMILY THERAPY OF ADOLESCENTS WITH SOMATOFORMAL DISORDERS: INTEGRATION OF COGNITIVE, BIHEVIOURAL AND PSYCHODYNAMICAL CONCEPTUALLY – METHODOLOGICAL APPROACHES

Y. BIKSHAIEVA

In this article complex, structured, step-by-step psychotherapeutic intervention is offered and approved according to the features of somatoformal disorders in child-adolescence age psychogenesis, role of the family in forming of frustrating object relations and keeping pathological symptom complex. Psychotherapeutic intervention was carried out in the form of family therapy with integrating cognitive, cognitive-behavioural and psychodynamic techniques and was directed on working – out of adaptive behaviour skills in different frustrating situations. The importance of the family functioning estimation of the families with adolescent suffering from somatoformal disorder, to make a choice of effective individual psychotherapeutic intervention strategy was shown. The possibility of wide application of the complex psychotherapeutic intervention in medical common network is proved by giving support to the adolescents with somatoformal disorder as effective medical aid and alternative to the cardiotropic and psychotropic therapy.

Key words: adolescents, somatoform disorders, family psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, psychodynamic therapy

УДК 616.89-053.2/613.95

І. А. Марценковський

ВІКОВИЙ ПОЛІМОРФІЗМ СИМПТОМІВ СПЕКТРА АУТИЗМУ

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

Ключові слова: аутизм, розлади спектра аутизму, порушення соціальної взаємності, просоціальна поведінка, повторювальна поведінка, стереотипні рухи

Розлади спектра аутизму (РСА) – спектр психічних захворювань, пов'язаних із порушеннями нейророзвитку. Зростання захворюваності, високий рівень інвалідизації, тяжкість фінансових витрат на спеціальну терапію і соціальну підтримку особливих потреб хворих, емоційний вплив розладів у сім'ї роблять РСА серйозним викликом для систем соціального забезпечення та охорони здоров'я навіть найбільш економічно розвинених країн [1–2].

РСА характеризуються якісними відхиленнями в реципрокній соціальній взаємодії, вербальній та невербальній комунікації, обмеженою стереотипною чи повторювальною поведінкою, інтересами та рухами.

Симптоми РСА проявляються у віці до 3 років, частіше в 12–18 місяців, але в окремих психічних сферах ознаки первазивного розвитку не діагностуються протягом, щонайменше, ще кількох років.

Попри значний клінічний поліморфізм та транскультуральні розбіжності діагностика РСА спирається на спільні для людей різного віку та регіонів світу діагностичні критерії МКХ-10 та DSM-IV. Подальше зближення діагностичних категорій має місце в проєктах МКХ-11 та DSM-V [3].

Клінічний поліморфізм РСА у дітей різного віку досліджено недостатньо, що ускладнює ранню діагностику і створення системи кваліфікованого спостереження. Це спостереження має бути дружнім для дитини і включати проведення спеціального скринінгу тих, у кого підозрюється РСА, подальшого моніторингу їх розвитку.

Спостереження за розвитком має бути забезпечене для всіх дітей із РСА за участю членів їх сімей, педагогів, лікарів первинного рівня медичної допомоги, дитячих психіатрів.

Мета та завдання дослідження.

Розлади спектра аутизму були об'єктом дослідження відділу медико-соціальних проблем терапії Українського НДІ соціальної і судової психіатрії протягом 2003–2012 років. Метою дослідження було вивчення симптомів спектра аутизму у дітей різного віку з позицій клініко-психопатологічного методу. Була проведена типологізація симптомів аутистичних розладів, досліджені їх клініко-димачіні особливості, визначена діагностична значущість окремих клінічних ознак у дітей різного віку за даними трирічного катамнестичного спостереження, досліджено взаємозв'язок між окремими симптомами, особливості формування стабільних моноквалітативних симптомокомплексів, визначено їх вплив на рівень соціального функціонування.

Матеріал та методи дослідження.

Досліджувалися клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості РСА у дітей у віці від 1,5 до 18 років (середній вік $4,8 \pm 2,2$ років). Було рандомізовано 630 дітей із РСА: у віці до 17 місяців – 6,6%, 18–35 місяців – 17,1%, 36–47 місяців – 42,4%, 48–59 місяців – 29,0%, понад 60 місяців – 4,9%.

У контрольну групу було включено 600 психічно здорових дітей у віці від 2 до 18 років (середній вік $5,2 \pm 3,4$ років): у віці до 35 місяців – 22,1%, 36–47

місяців – 34,5%, 48÷59 місяців – 25,7%, понад 60 місяців – 17,7%.

Діагностику РСА здійснювали за допомогою напівструктурованого діагностичного інтерв'ю з батьками для скринінгу симптомів аутизму (ADI -R: Autism Diagnostic Interview Revised) [4] та інструментарія для напівструктурованої стандартизованої оцінки комунікації, соціальних інтеракцій та ігрової діяльності (ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule) [5]. Тяжкість аутистичної симптоматики оцінювали за рейтинговою шкалою аутизму (CARS: Childhood Autism Rating Scale) [6].

Особливості психічного і моторного розвитку рандомізованих дітей оцінювали за психоосвітнім профілем (PEP-R: Psychoeducational Profile Revised) [7]. Оцінювали ментальний вік дитини, актуальний рівень і зони найближчого розвитку для перцепції, наслідувальної діяльності, дрібної, великої моторики, зорово-моторної координації, пізнавальної функції та мовленнєвого розвитку.

Для оцінки соціального функціонування та адаптивної поведінки використовували шкалу соціальної реципрокності (SRS-2: Social Responsiveness Scale, Second Edition) [7], контрольний список аномальної поведінки (ABC: Aberrant Behavior Checklist) [9] і шкалу адаптивної поведінки Вінеленд (Vineland II: Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition) [10].

Для збору соціально-демографічних даних, аналізу історії розвитку та захворювання дитини, сімейного анамнезу використовували розроблені у відділі медико-соціальних проблем терапії УНДІССПН сімейний опитувальник і напівструктуровану рейтингову клінічну шкалу для формалізованої оцінки клінічних проявів аутизму та коморбідних розладів психіки та поведінки у дітей.

Результати дослідження

Розлади спектра аутизму включають, як ми вже говорили раніше, три групи симптомів (якісні порушення соціальної реципрокності, порушення комунікації, перцепторні порушення та стереотипна повторювальна поведінка), які ми згрупували в три відповідні фактори (F1 – F3) для подальшого аналізу.

На веб-ресурс Autisms Speaks доступний відеоглосарій симптомів порушення первазивного розвитку (<http://www.autismspeaks.org/what-autism/video-glossary>).

Якісне погіршення соціальної взаємності. Їз трьох основних груп клінічних проявів, які визначають РСА, порушення соціальної взаємності (соціальної реципрокності) вважаються визначальними. Наше дослідження продемонструвало діагностичну значущість симптомів цього монокавалітативного симптомокомплексу у дітей різного віку.

Серед симптомів цього домену у рандомізованих нами дітей із РСА спостерігалися: обмеженість невербальної поведінки, що використовується для регулювання соціальної взаємності, нездатність організувати та підтримувати взаємодію (гру та спілкування) з однолітками відповідно до віку дитини, відсутність спонтанного бажання ділитися радістю, інтересами чи досягненнями

з оточуючими (наприклад, коли дитина не показує, не приносить або не приваблює увагу оточуючих до предмету чи події, що викликала її інтерес). Більшість дітей із порушенням у цій області мали брак соціальної та емоційної взаємності, не розуміли емоції батьків, не проявляли до них жаль, не посміхалися у відповідь, не оцінювали правильно соціальний контекст ситуацій по емоційним реакціям її учасників.

Діагностична значущість фактору, до якого входили всі симптоми спектра порушень соціальної реципрокності (F1) у рандомізованих дітей з РСА, складала: у віці до 6 років 64,3%, 7÷14 років – 47,8%, понад 15 років – 34,3%. Врахування показників взаємної кореляції клінічних ознак дозволило виділити декілька субфакторів (монокавалітативних симптомокомплексів): F1.1. «втрата здатності до наслідування», F1.2. «нездатність звертати увагу на значущі стимули», F1.3. «надмірна систематизація та деталізація».

Найбільш значущою ознакою погіршення соціальної взаємності у дітей була «втрата здатності до наслідування». Здатність дітей наслідувати інших людей є основоположною навичкою, яка лежить в основі формування соціальної поведінки, розуміння мови. На основі наслідувальної діяльності формується здатність розуміти емоції інших людей – психічна функція, яку ми називаємо емпатією [11]. Відсутність емпатії, негативно впливає на розвиток гри, формування співчуття, соціальної та емоційної взаємності, формування взаємин з однолітками.

Другою за значущістю ознакою погіршення соціальної взаємності у дітей із РСА була «нездатність звертати увагу на значущі для її віку стимули». Навичка звертати увагу дуже важлива для соціального навчання, пов'язана з порушенням наслідування, мовним і когнітивним розвитком. На важливість порушень у цій сфері, зокрема ігнорування дитиною значущих для її віку стимулів у формуванні клінічної картини аутизму у дітей дошкільного віку вказують і результати інших досліджень [12].

У дітей у віці до 3 років «втрата здатності до наслідування» та «нездатність звертати увагу на значущі стимули» визначали клінічну картину РСА і могли трактуватися, як специфічні для первазивних розладів порушення, у старшому віці ці симптоми зустрічалися у понад 50% рандомізованих хворих, проте тяжкість їх та вплив на актуальну поведінку дітей були значно меншими. У старшому віці ці симптомокомплекси можуть спостерігатися і при інших розладах психіки та поведінки.

Монокавалітативний симптомокомплекс «нездатність звертати увагу на значущі стимули» близький до феномену «тунельного сприйняття», описаного Ловаасом [13] ще в 1971 році, як феномен вибіркової перцепції. Сутність феномену «тунельного сприйняття» полягає в тому, що людина зосереджується лише на одному аспекті об'єкта або навколишнього середовища, ігноруючи інші аспекти. Третина обстежених нами дітей із РСА у віці до трьох років мала «тунельний слух», близько 10% «тунельний зір», а 12 дітей навіть «тунельне сприйняття». Такі особливості сприйняття часто були

причиною того, що батьки підозрювали у своєї дитини з аутистичним розладом глухоту. Діти не реагували на несподівані і гучні звуки за спиною, поглинуті, наприклад, сприйняттям зорової інформації, але в іншій ситуації могли почути, як розгортають обгортку цукерки, виконати вказівку, віддану пошепки.

Одна з теорій, популярна з часів Каннера, пояснює цей клінічний феномен надмірною концентрацією і маленьким обсягом уваги у пацієнтів із РСА [11].

Інша теорія стверджує, що люди з аутизмом не можуть цілісно усвідомлювати сприйняту інформацію через неможливість відрізнити сигнал (власне інформацію) від сенсорного шуму. Несформованість механізмів шумоприглушення при РСА компенсується за допомогою феномена вибіркового сприйняття лише окремих частин об'єкта або сприйняття лише в одній модальності [15].

Діти з РСА не лише не звартають увагу при комунікації на невербальну поведінку інших, але й самі рідше, ніж їхні здорові однолітки, використовують жести, пози, міміку. У дворічних дітей із РСА спостерігаються порушення зорово-моторної координації і сприйняття рухів оточуючих людей, внаслідок чого вони уникають очного контакту і не відстежують поглядом переміщення дорослих [16].

Моноквалітативний симптомокомплекс «надмірна систематизація та деталізація» визначає специфіку обмежених можливостей сприйняття контексту соціальних подій та навколишнього середовища при РСА. С. Ашвін зі співавторами в 2009 році описали у дітей із РСА триаду порушень у вигляді гіперсистематизації, надконцентрації уваги на деталях і гіперчутливості [11].

Теорія центральної неузгодженості (weak central coherence theory – WCC) або центральної когеренції (central coherence theory – CC) інтерпретує надмірну систематизацію та деталізацію, як нейрокогнітивний дефіцит при РСА, який дозволяє пояснити, чому деякі люди з первазивними порушеннями розвитку демонстрували видатні здібності при вивченні математики або креслення, але мають проблеми пов'язані з читанням і переказом і, як правило, живуть у соціальній ізоляції [15].

У нашому дослідженні діти з РСА сприймали деталі краще, ніж їх здорові однолітки; наявність надмірної уваги до деталей і гіперсистематизація обумовлювали талановитість у пов'язаних із ними сферах діяльності. Інші діти у відповідь на зорові, слухові і тактильні специфічні стимули демонстрували незвичайну поведінку, зокрема «латеральний зір». Цей симптом можна пояснити, як спробу дитини обмежити кількість інформації, що надходить, або як спробу зосередитися на оптимальній інформації.

Якісні порушення комунікації. Діагностична значущість фактору (F2), до якого входили ознаки порушеної комунікації у рандомізованих дітей з РСА, складала: у віці до 6 років 21,5%, 7÷14 років – 25,3%, понад 15 років – 32,8%.

Симптоми, що входять до цього ознакоскладу, включають у себе: 1) затримку або повну відсутність

експресивного мовлення, яке не супроводжується компенсаторними спробами невербальної комунікації; 2) нездатність ініціювати або підтримувати розмову, вживання стереотипних виразів (мовних штампів); відсутність різноманітної, спонтанної гри у вигляді наслідування та гри «не насправді».

Врахування показників взаємної кореляції клінічних ознак дозволило нам виділити декілька субфакторів (моноквалітативних симптомокомплексів): (F2.1) «нездатність засобами невербальної комунікації компенсувати нерозвинутість експресивної мови», (F2.2) «нездатність ініціювати або підтримувати розмову», (F2.3) «нездатність використовувати гру, як засіб комунікації».

Затримка мовленнєвого розвитку та його особливості властиві для РСА, відсутність експресивної мови, часто були первинною причиною занепокоєння батьків. Важливою відмінною рисою первазивного від специфічного розладу розвитку мови є відсутність спроб компенсаторного використання для спілкування невербальних засобів таких, як жести.

У дітей із нормальним розвитком мова має соціальну і функціональну спрямованість, при РСА мовленнєві навички спрямовані насамперед на задоволення потреб дитини.

У рандомізованих дітей із РСА ми спостерігали використання фраз і діалогів інших людей, мультиплікаційних героїв (відстрочені та безпосередні ехололії), які вони використовували як до місця, так і поза зв'язком із контекстом поточної соціальної ситуації. Такі ехололії дозволяли досить впевнено диференціювати РСА зі специфічними розладами розвитку експресивних та артикуляційних мовленнєвих функцій, проте виявилися специфічними не стільки для РСА, скільки для рецептивних розладів мови.

Швидкість, обсяг та інтонація мови при РСА можуть бути аномально високими, низькими, швидкими, повільними, поривчатими, монотонними та іншими. 17% рандомізованих нами дітей із РСА на ранніх етапах розвитку мови використовували в активному словнику власно вигадані слова та фрази, слова з іноземних мов, 34% дітей використовувалися фрази, що не підходять за контекстом.

Навіть у високофункціональних дітей із РСА спостерігалися проблеми при ініціації та підтримці розмови. Спілкування з дітьми, що стаждали на РСА, майже завжди було недостатньо інформативним для їх співрозмовників; аутистичні особистості були не здатні гнучко змінювати тему розмови, часто не відповідали на деякі запитання, не звертали уваги на коментарі інших людей. Таку бесіду, враховуючи обмежені інтереси дітей із РСА, було складно підтримувати.

Гра дитини може бути функціональною чи уявною. Функціональна гра, це гра, в якій іграшки використовуються за призначенням, наприклад іграшкову виделку використовують, як знаряддя для споживання їжі, машинку, як символічний транспортний засіб, а при натисненні на кнопку очікують причинно-наслідкового зв'язку з іграшкою, сподіваються, що вона буде

стрибати, видавати звуки та інше. Здорові діти бавляться з декількома іграшками одночасно, творчо і гнучко використовують їх. Завжди можна простежити елементи, як функціональної, так і уявної гри, наприклад, діти можуть використовувати дерев'яний брусок, як машину чи ворожого солдата.

На ранніх етапах первазивних порушень розвитку, як і при розумовій відсталості, гра може бути маніпулятивною, наслідувальна діяльність, у тому числі й ігрова, можуть бути відсутні. Проблеми з формуванням уявної гри (ігри «начебто») у нашому дослідженні були очевидні для більшості дітей із РСА.

Повторювані, обмежені, стереотипні форми поведінки, рухи та інтереси. Діагностична значущість фактору (F3), до якого входили ознаки повторюваної поведінки, стереотипних інтересів, поведінки та рухів у дітей з РСА, складала: у віці до 6 років 14,2%, 7÷14 років – 26,9%, понад 15 років – 32,9%.

Цей домен клінічних симптомів включає стереотипні рухи (F3.1), стереотипні моделі поведінки (F3.2), негнучку, шаблонну поведінку в повсякденних ситуаціях (F3.3), стереотипні та повторювані манерізми (F3.4), особливу поведінку, зумовлену незвичними сенсорними інтересами (F3.5), стійкі захоплення, фіксація уваги на певних предметах та їх частинах (F3.6).

Спектр психопатологічних симптомів, віднесених до F3, їх клінічна варіативність у рандомізованих дітей із РСА виявилися більшими, ніж у F1 та F2, що дозволило нам виділити два субтипи поведінки (субфактори) (F3a) та (F3b). До фактору F3a були віднесені симптоми, що більшою мірою визначали стереотипну сенсомоторну поведінку у молодших дітей. Фактор F3b включає симптоми, які визначають варіанти наполягання на однаковості (моноквалітативний симптомокомплекс тотожності), надвартісні інтереси у старших дітей, підлітків і дорослих.

Частина рандомізованих дітей із РСА продемонструвала сильний інтерес до певних тем: вони багато читали на ці теми, збирали пов'язані з ними предмети, говорити про них годинами, проте рідко вступали в різні спільноти за інтересами, маючи на меті розділити свої інтереси та хобі, подібно багатьом молодим людям.

Різниця між поведінкою дітей основної та контрольної груп за фактором F3 може бути пояснена вузькістю, надмірною сфокусованістю уваги, негнучкістю, персевераціями та затримкою соціалізації. Обстежені нами діти з РСА часто фіксували свою увагу на надмірно вузьких і специфічних питаннях, наприклад на кількості зубів у динозаврів, кульках від дозаторів на пляшках з горілкою. У деяких дітей ми спостерігали проблеми з перемиканням на інші теми, навіть у тих випадках, коли інші люди чітко давали їм зрозуміти, що не зацікавлені в тому, що діти їм розповідають. Вони залишалися сфокусованими на своїх інтересах, навіть якщо їх примушували робити щось інше, змінити тему розмови. В таких випадках вони не могли вести себе гнучко, дратувалися та хвилювалися.

Жорстке дотримання специфічних, не функціональних повсякденних правил або ритуалів виявилось

симптомом, який продемонстрував найвищу діагностичну специфічність у підлітків із РСА. Ми спостерігали підлітків, у яких опір навіть незначним змінам у повсякденному житті створював значущі проблеми для членів родини, інших людей, які брали участь в організації соціальної підтримки.

Рухові стереотипії, повторювані манерізми, надвартісний інтерес до окремих частин предметів були більше виражені у маленьких дітей. У дітей основної групи часто спостерігалися: потряхування кистями і пальцями рук, стереотипні гримаси та кривляння, стереотипні розгойдування, хода навшпиньках, обнюхування і облизування неістівних предметів, незвичайні погляди, розгляд предметів боковим зором, під незвичним кутом. Стійкий інтерес до частин предметів проявлявся в крутінні колес машинок, стереотипному смиканні за дверні ручки, ляскання дверима меблів, очима ляльок.

Висновки. Порушення соціальної взаємності, комунікації, повторювальна поведінка, зокрема стереотипні рухи є діагностично значущими ознаками РСА.

Використання клініко-психопатологічного методу в процесі тривалого проспективного дослідження дозволило встановити, що базові клінічні ознаки аутизму характеризуються значним поліморфізмом і певною варіативністю у дітей різного віку; визначена діагностична значущість виділених моноквалітативних симптомокомплексів у віці до 6, від 7 до 14, понад 15 років.

Із трьох основних груп клінічних проявів порушення соціальної взаємності (соціальної реципрокності) відповідно до результатів дослідження є визначальними. Дослідження продемонструвало діагностичну значущість симптомів цього моноквалітативного симптомокомплексу у дітей різного віку.

Порушення комунікації та повторювальна поведінка при РСА у дітей різного віку були представлені різними моноквалітативними симптомокомплексами, у молодших дітей переважали стереотипні рухи, у підлітків повторювальна поведінка, зумовлена надвартісними інтересами.

Якісні порушення комунікації та стереотипні рухи можуть спостерігатися і при інших психічних розладах, зокрема розладах Туретта, Ретта, синдромі ламкої X хромосоми, обсесивно-компульсивному розладі, шизофренії, інтелектуальній недостатності без ознак первазивних порушень розвитку.

Клініко-динамічні особливості перебігу, а не самі моделі поведінки можуть розглядатися в якості відмінних рис РСА.

Література

1. *Autism and abnormal development of brain connectivity / M K Belmonte [et al.] // The Journal of Neuroscience. – 2004. – V.24. – P.9228 – 9231.*
2. *Марценковский И. А. Расстройства из спектра аутизма: особенности диагностики, возможности профилактики и лечения / И. А. Марценковский // Архив психіатрії: науково-практичний журнал. – 2012. – Т.18. – №2 (69). – С. 84–90.*
3. *Wing Lu. Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? / L. Wing, J. Gould, C. Gillberg // Research in Developmental Disabilities. – 2011. – V.32. – P. 768-773.*

4. *Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R): Guidebook, Interview Booklets, Comprehensive Algorithm Forms [Electronic resource] / Michael Rutter, Ann Le Couteur, Catherine Lord; Access profile: http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70436&_dad=portal&_schema=PORTAL.*
5. *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS): Guidebook, Practice Administration, Blank ADOS Observation / Coding Booklets [Electronic resource] / Catherine Lord, Michael Rutter, , Pamela C. DiLavore, Susan Risi, Katherine Gotham, Somer L. Bishop; Access profile: http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,288914&_dad=portal&_schema=PORTAL.*
6. *Childhood Autism Rating Scale, Second Edition (CARS2): Practice Administration, Standard Version Rating Booklet (CARS2-ST), High-Functioning Version Rating Booklet (CARS2-HF), Questionnaire for Parents or Caregivers (CARS2-QPC) [Electronic resource] / Eric Schopler, Mary E. Van Bourgondien, Glenna Janette Wellman, Steven R. Love; Access profile: http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,265699&_dad=portal&_schema=PORTAL.*
7. *Psychoeducational Profile: Third Edition (PEP-3): Manual; Guide to Item Administration, Picture Book, Examiner Scoring / Summary Booklets, Response Booklets, Caregiver Report Forms [Electronic resource] / Eric Schopler, Margaret D. Lansing, Robert J. Reichler, Lee M. Marcus; Access profile: http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70083&_dad=portal&_schema=PORTAL.*
8. *Social Responsiveness Scale, Second Edition (SRS-2): Manual, School-Age Form, Preschool Form, Adult (Relative/Other Report) Form, Adult (Self-Report) Form [Electronic resource] / John N. Constantino; Access profile: http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,289372&_dad=portal&_schema=PORTAL.*
9. *Aman, M.G. The aberrant behavior checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects / M.G. Aman , N.N. Singh , A.W. Stewart , C.J. Field // Am J Ment Defic. – 1985. – V.89 (5) . – P.485 – 491.*
10. *Vineland Adaptive Behavior Scales: Survey Forms, Expanded Form, Teacher Rating Form manuals [Electronic resource] / Sara S. Sparrow, Domenic V. Cicchetti, David A. Balla; Access profile: <http://psychcorp.pearsonassessments.com/HAIWEB/Cultures/en-us/Productdetail.htm?Pid=Vineland-II>.*
11. *Autism: the empathizing-systemizing (ES) theory / S. Baron-Cohen // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2009. – V. 1156. – P. 68-80.*
12. *Talent in autism: hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity / S Baron-Cohen [et al] // Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. – 2009. – V. 364. – P.1377- 1383.*
13. *Selective responding by autistic children to multiple sensory input / O.I. Lovaas, L. Schreibman, R. L. Koegel, R. Rehm // Journal of Abnormal Psychology. – 1971. –V.77. – P.211-222.*
14. *Enhanced perceptual functioning in autism: an update, and eight principles of autistic perception / L Mottron [et al] // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2006. –V.36. –P.27 – 43.*
15. *Happe, F. The weak coherence account: Detail focused cognitive style in autism spectrum disorder / F. Happe, U. Frith // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2006. –V. 36. – P. 5 – 25.*
16. *Two-year-olds with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion / A Klin [et al] // Nature. – V.14. – P.257-261.*

ВОЗРАСТНОЙ ПОЛИМОРФИЗМ СИМПТОМОВ СПЕКТРА АУТИЗМА

И. А. МАРЦЕНКОВСКИЙ

Расстройства спектра аутизма (РСА) были объектом исследования отдела медико-социальных проблем терапии Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии в течение 2003 – 2012 годов. Целью исследования было изучение клинического полиморфизма симптомов у детей разного возраста с позиций клинико-психопатологического метода. Основную группу составили 630 детей с РСА и 600 психически здоровых детей в возрасте от 2 до 18 лет. Длительность катamnестического наблюдения составляла от 2 до 3 лет. Нарушения социальной взаимности, коммуникации, стереотипное поведение и движения оказались диагностически значимыми для РСА клиническими проявлениями. Из трех выделенных факторов симптомы нарушения социальной взаимности (социальной реципрокности) (1 фактор) являются определяющими для диагностики расстройства у детей разных возрастных групп. Нарушения коммуникации (2 фактор) и стереотипное поведение (3 фактор) представлены различными симптомокомплексами, у младших детей и подростков. В дошкольном возрасте преобладали стереотипные движения, у подростков – стереотипное поведение со сверхценными интересами. Делается вывод, что в качестве отличительных особенностей РСА должны рассматриваться не сами модели поведения, а клиническая динамика симптомокомплексов.

Ключевые слова: аутизм, расстройства спектра аутизма, нарушение социальной взаимности, просоциальное поведение, тождественное поведение, стереотипные движения

THE AGE POLYMORPHISM OF SYMPTOMS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS

I. MARTSENKOVSKY

During 2003 – 2012 years autism spectrum disorder (ASD) was the object of study of the department of medical and social problems of therapy of Ukrainian Institute of Social and Forensic Psychiatry. The aim of the study was to investigate the clinical polymorphism of symptoms in children of different age in terms of clinical and psychopathological methods. A study group included 630 children with ASD and 600 mentally healthy children aged from 2 to 18 years. Duration of follow-up observation varied from 2 to 3 years. Violations of social reciprocity, communication, stereotyped behaviour and movements were diagnostically significant for ASD clinical manifestations. One of the three identified factors, symptom of violation of social reciprocity (factor 1) is crucial for the diagnosis of disorder in children of different age. Impairment in communication (factor 2) and stereotyped behavior (factor 3) are represented by different symptoms in younger children and teens. At preschool age the dominant were stereotyped movements, and in adolescents – repetitive pattern of behavior with overvalued interests. In conclusion, not models of behavior, but the clinical dynamics of symptom complex should be considered as the distinguishing features of the ASD.

Keywords: Autism, autism spectrum disorder, violation of social reciprocity, prosocial behavior, repetitive pattern of behavior, stereotyped movements

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 61:340.63

В. Р. Илейко

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

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

Ключевые слова: комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, комплексные судебно-психиатрические экспертизы, уголовный процесс

Обобщение имеющихся в экспертной среде взглядов, мнений, убеждений по вопросам нормативно-правового, методического регулирования проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) показало наличие недостаточной информированности, заблуждений, неверных представлений по затронутому кругу вопросов и подтвердило актуальность системного исследования проблемы КССПЭ и своевременность обоснования научных позиций в отношении теоретического базиса данной проблемы, совместного участия в экспертизе специалистов различных областей знаний — медицинской (врач — судебно-психиатрический эксперт) и немедицинской (психолог — судебный эксперт), обозначения границ компетенции при применении специальных знаний.

Не останавливаясь на повторении этих позиций, т. к. они детально изложены в опубликованных работах [1–4], хотелось лишь ещё раз опровергнуть существующую среди судебных психиатров, судебно-следственных работников, адвокатов убеждённость в том, что КСППЭ является более важным, значительным видом экспертизы по сравнению с однородной судебно-психиатрической экспертизой, имеющим преимущество перед этим видом экспертизы и большую доказательную силу для судебно-следственных органов.

Судебно-психиатрические экспертизы вне зависимости от формы (амбулаторная, стационарная, посмертная), вида (единоличная, комиссия, комплексная) повторности (первичная, повторная, дополнительная), места проведения (суд, экспертное подразделение, экспертное учреждение, научное учреждение), количественного и качественного состава комиссии (стаж, научные степени и учёные звания, должности) не имеют заведомого преимущества друг перед другом. Лишь проведение повторной экспертизы в соответствии с действующим нормативным документом должно поручаться иному, более квалифицированному составу экспертов. Судебно-психиатрические экспертизы в зависимости от вида и формы решают каждая свои клинико-диагностические и экспертные задачи. Их заключение оценивается судебно-следственными органами, стороной защиты

исходя из всесторонности, полноты и объективности экспертного исследования. Поэтому и КСППЭ не является особым, более значимым и априори более доказательным видом экспертизы, а представляет собой один из видов комплексной судебной экспертизы, который экономически целесообразен и научно обоснован лишь в отдельных случаях судебно-следственного производства. К сожалению, данная позиция в силу устоявшихся, культивируемых и инертных взглядов в юридической и экспертной среде для своей реализации потребует как организационных, так и продолжительных разъяснительных мероприятий.

Алгоритм проведения КСППЭ отличается от такового при проведении однородной комиссионной судебно-психиатрической экспертизы лишь необходимостью организационного регулирования этапности комплексного экспертного исследования и взаимодействия экспертов психиатра и психолога в процессе осуществления ими собственных непосредственных исследований объектов экспертизы с взаимобменом получаемой в их процессе информацией (фактическими данными и аналитическими обобщениями) и подготовкой общего экспертного заключения.

В схематическом виде ориентировочный алгоритм проведения КСППЭ в криминальном процессе должен выглядеть следующим образом:

Ориентировочный алгоритм проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в уголовном процессе

Получение постановления (определения) о назначении КСППЭ.

Определение всех необходимых условий для выполнения содержания постановления (назначение именно КСППЭ, наличие в постановлении вопросов, относящихся к компетенции психиатра-эксперта и психолога-эксперта), при их достаточности, решение вопросов, касающихся возможности проведения экспертизы исходя из квалификации экспертов данного учреждения и полноты представленных материалов).

Организация исследований объектов экспертизы (материалов дела, медицинской документации,

подэкспертного и т. д.) исполнителями КСППЭ (врачом — судебно-психиатрическим экспертом и психологом — судебным экспертом).

Обсуждение и взаимное использование предварительных результатов исследования исполнителями КСППЭ (врачом — судебно-психиатрическим экспертом и психологом — судебным экспертом) с корректированием направлений дальнейшего исследования в соответствии с особенностями экспертизы — экспертиза кратковременного аффективного состояния, экспертиза несовершеннолетнего и проч.

Проведение экспертного исследования каждым из исполнителей КСППЭ (врачом — судебно-психиатрическим экспертом и психологом — судебным экспертом) с динамическим взаимодополняющим использованием полученных результатов при соответствующем их обсуждении в процессе выполнения экспертизы.

Принятие окончательного решения (решений) при совместном комиссионном анализе объектов экспертизы и оценке психического состояния подэкспертного в пределах компетенции специалистов.

Подготовка психиатрической и психологической частей в соответствии с методическими требованиями, касающимися обоснованности и доказательности экспертного заключения; подготовка ответов на экспертные вопросы в пределах профессиональной компетенции.

Подписи под ответами на экспертные вопросы в соответствии с компетенцией специалистов — отдельно врачом (врачами) — судебно-психиатрическим экспертом и психологом (психологами) судебным экспертом.

При этом акт (заключение) КСППЭ должен иметь общепринятую, стандартизованную структуру. Психиатрический и психологический разделы акта КСППЭ должны включать такие составляющие, как: непосредственно исследование, анализ фактических данных и обоснование выводов, ответы на вопросы, поставленные перед экспертизой, т. е. исследовательскую, мотивировочную часть и выводы.

Подпись каждым из экспертов результатов лично проведённых исследований и ответов на вопросы, которые поставлены перед ним, как констатация личного отношения к проведённому исследованию и личной ответственности за его результаты, является единственным возможным способом оформления экспертного заключения, которое исключает выход за пределы профессиональной компетенции и сохраняет экспертное заключение (акт КСППЭ) в правовом поле как одно из доказательств в уголовном производстве.

Структурная схема заключения (акта) комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в уголовном процессе

• *Вступление*

содержит все данные, которые регламентируются законодательством Украины и соответствующими нормативными документами

• *Психиатрический раздел*

А) Исследовательская часть (исследование объектов экспертизы с последовательным изложением сведений,

касающихся психического состояния подэкспертного до, на период и после события преступления).

Б) Мотивировочная часть (анализ, устранение противоречий, обобщение фактических данных, касающихся психического состояния подэкспертного; обоснование диагностического и экспертного выводов).

• *Психологический раздел*

А) Исследовательская часть (задания, перечисление методик, которые использовались, исследование объектов экспертизы, результаты эксперимента).

Б) Мотивировочная часть (анализ, устранение противоречий, обобщение фактических данных в соответствии с заданием, обоснование результатов в соответствии с заданием).

• *Выводы*

А) Ответы на экспертные вопросы в пределах компетенции врача — судебно-психиатрического эксперта (отдельные подписи эксперта/экспертов).

Б) Ответы на экспертные вопросы в пределах компетенции психолога — судебного эксперта (отдельные подписи эксперта/экспертов).

Предложенный алгоритм проведения КСППЭ и оформления заключения такой экспертизы, на наш взгляд, универсален и может использоваться при проведении комплексных судебно-психиатрических экспертиз как медицинского направления (медико-психиатрическая), так и при участии в экспертном исследовании специалистов медицинской и немедицинской областей знаний (врача — судебно-психиатрического эксперта и психолога — судебного эксперта, эксперта в области криминалистики, автотехники и проч.) для получения системных взаимодополняющих сведений по изучаемому явлению в рамках судебно-следственного производства. Целесообразность проведения комплексных экспертиз с участием специалистов в области судебно-психиатрической экспертизы и криминалистики — это та область экспертологии, которая требует анализа, размышлений и, возможно, пропагандирования. Использование психиатром-экспертом данных, в том числе и косвенно характеризующих психическое состояние лица при, например, дорожно-транспортных происшествиях, аффектогенных преступлениях и проч., определяет если не очевидность, то возможно и перспективность подобных комплексных экспертных исследований.

Литература

1. Лейко В. Р., Канищев А. В. Аналіз галузевої статистики щодо комплексних судово-психіатричних експертиз в Україні за період 2005–2009 років // *Архів психіатрії*. — 2011. — Т. 17, № 4. — С. 78–83.
2. 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. 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.
4. Лейко В. Р., Канищев А. В. Спiрні питання законодавчого та нормативного регулювання комплексної судової психолого-психіатричної експертизи в Україні // *Архів психіатрії*. — 2011. — Т. 17, № 3. — С. 58–60.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

В. Р. Ілейко

У цій публікації викладені пропозиції щодо стандартизації проведення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи та оформлення її висновку з представленням відповідних алгоритмів дій експертів при виконанні даної експертизи.

Ключові слова: комплексна судова психолого-психіатрична експертиза, комплексні судово-психіатричні експертизи, кримінальний процес

STANDARDIZATION OF COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL PSYCHIATRIC EXPERTISE

V. R. ILEYKO

The article contains author's proposals concerning standardization of complex (multispecialty) forensic psychological psychiatric expertise, of drawing up an expert opinion (report) with appropriate guideline for the experts taking part in this expertise.

Keywords: complex (multispecialty) forensic psychological psychiatric expertise, criminal procedure

УДК 616.89-008

Л. О. Кригіна

ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ (F 91) У НЕПОВНОЛІТНІХ ПРАВОПОРУШНИКІВ (НА МАТЕРІАЛІ СТАЦІОНАРНИХ КОМПЛЕКСНИХ СУДОВИХ ПСИХОЛОГО- ПСИХІАТРИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ)

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

Ключові слова: розлади поведінки неповнолітніх, судово-психіатрична експертиза

Вступ. Психіатрична класифікація та діагностика розладів поведінки неповнолітніх залишається однією з найбільш актуальних та нерозроблених проблем як вітчизняної, так і міжнародної підліткової психіатрії [3], є важливою ланкою не тільки в побудові чітких дослідницько-теоретичних схем підліткової психіатрії, але й у практично орієнтованій роботі як загального, так і особливо судового психіатра.

У вітчизняній школі, з її класичною нозологічною направленістю, велике значення надається причинам виникнення, перебігу та прогнозу психопатологічної симптоматики. Формування діагностичних висновків навіть на синдромальному рівні залежить від нозологічної приналежності. Так, порушена поведінка підлітка, яка ззовні проявляється однаково та має однакову феноменологічну психопатологічну структуру, буде діагностована як «психопатичний синдром» (при діагностуванні психопатії), «патологічне формування особистості» (на етапі діагностування так званих «психопатій, що формуються»), «психопатоподібний синдром» (при діагностуванні органічних уражень головного мозку), «патохарактерологічні реакції» (при діагностуванні ситуативних адаптаційних реакцій), «патохарактерологічний розвиток» (при формуванні так званих «крайових» психопатій), «мікросоціально-педагогічна занедбаність» (у рамках психічного здоров'я). Представники вітчизняної психіатричної школи [2] поведінкові порушення підлітків поділяють на «патологічні» (на підґрунті межових психопатологічних розладів) та непатологічні (у психічно здорових підлітків як прояв мікросоціально-педагогічної занедбаності та антисоціальної спрямованості особистості).

Традиційні вітчизняні діагностичні підходи до оцінки розладів поведінки неповнолітніх докорінно відрізняються від класифікаційних парадигм міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, які базуються не

тільки і не стільки на клінічних ознаках, як на соціально-психологічних поведінкових характеристиках підлітків («підпалює», «б'ється», «обманює», «лається», «тікає з дому» і т. ін.) та проявах протиправної поведінки (крадіжки, пограбування, угони автомобілів, сексуальні домагання).

Закономірно, що найбільші труднощі з використанням на практиці діагностичних категорій МКХ-10 «Розлади поведінки» F 91 виникають при проведенні судово-психіатричної експертизи неповнолітніх, оскільки, по-перше, психопатичний синдром у різноманітних проявах та модифікаціях («психопатоподібний», «псевдопсихопатичний», «патохарактерологічний» тощо) є наскрізним ізоморфним синдромом у підлітковому віці, та, по-друге, контингент неповнолітніх при судово-психіатричній експертизі, як правило, апіорі включає підлітків із тими чи іншими формами порушеної поведінки, оскільки саме правопорушення, навіть одноразове (крадіжка, пограбування, бійка, нанесення тілесних ушкоджень), згідно з МКХ-10 розглядається як один із дослідницьких діагностичних критеріїв [1].

Мета дослідження

Дослідити та проаналізувати сукупність наявної психопатологічної симптоматики у неповнолітніх правопорушників у відповідності до дослідницьких діагностичних критеріїв рубрики F 91 МКХ-10.

Матеріал та методи дослідження. Проведено клініко-психопатологічне дослідження суцільної вибірки з 127 неповнолітніх підекспертних, які проходили ССПЕ протягом 2004–2008 рр. та виявляли ознаки непсихотичних психопатологічних розладів або були визнані психічно здоровими. З метою виявлення значущих клініко-психопатологічних та соціально-психологічних чинників проведено порівняльне дослідження неповнолітніх чотирьох клінічних груп: I — F 0 органічні психічні розлади — 44 спостереження (33,3% вибірки);

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

В. Р. Ілейко

У цій публікації викладені пропозиції щодо стандартизації проведення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи та оформлення її висновку з представленням відповідних алгоритмів дій експертів при виконанні даної експертизи.

Ключові слова: комплексна судова психолого-психіатрична експертиза, комплексні судово-психіатричні експертизи, кримінальний процес

STANDARDIZATION OF COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL PSYCHIATRIC EXPERTISE

V. R. ILEYKO

The article contains author's proposals concerning standardization of complex (multispecialty) forensic psychological psychiatric expertise, of drawing up an expert opinion (report) with appropriate guideline for the experts taking part in this expertise.

Keywords: complex (multispecialty) forensic psychological psychiatric expertise, criminal procedure

УДК 616.89-008

Л. О. Кригіна

ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ (F 91) У НЕПОВНОЛІТНІХ ПРАВОПОРУШНИКІВ (НА МАТЕРІАЛІ СТАЦІОНАРНИХ КОМПЛЕКСНИХ СУДОВИХ ПСИХОЛОГО- ПСИХІАТРИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ)

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

Ключові слова: розлади поведінки неповнолітніх, судово-психіатрична експертиза

Вступ. Психіатрична класифікація та діагностика розладів поведінки неповнолітніх залишається однією з найбільш актуальних та нерозроблених проблем як вітчизняної, так і міжнародної підліткової психіатрії [3], є важливою ланкою не тільки в побудові чітких дослідницько-теоретичних схем підліткової психіатрії, але й у практично орієнтованій роботі як загального, так і особливо судового психіатра.

У вітчизняній школі, з її класичною нозологічною направленістю, велике значення надається причинам виникнення, перебігу та прогнозу психопатологічної симптоматики. Формування діагностичних висновків навіть на синдромальному рівні залежить від нозологічної приналежності. Так, порушена поведінка підлітка, яка ззовні проявляється однаково та має однакову феноменологічну психопатологічну структуру, буде діагностована як «психопатичний синдром» (при діагностуванні психопатії), «патологічне формування особистості» (на етапі діагностування так званих «психопатій, що формуються»), «психопатоподібний синдром» (при діагностуванні органічних уражень головного мозку), «патохарактерологічні реакції» (при діагностуванні ситуативних адаптаційних реакцій), «патохарактерологічний розвиток» (при формуванні так званих «крайових» психопатій), «мікросоціально-педагогічна занедбаність» (у рамках психічного здоров'я). Представники вітчизняної психіатричної школи [2] поведінкові порушення підлітків поділяють на «патологічні» (на підґрунті межових психопатологічних розладів) та непатологічні (у психічно здорових підлітків як прояв мікросоціально-педагогічної занедбаності та антисоціальної спрямованості особистості).

Традиційні вітчизняні діагностичні підходи до оцінки розладів поведінки неповнолітніх докорінно відрізняються від класифікаційних парадигм міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, які базуються не

тільки і не стільки на клінічних ознаках, як на соціально-психологічних поведінкових характеристиках підлітків («підпалює», «б'ється», «обманює», «лається», «тікає з дому» і т. ін.) та проявах протиправної поведінки (крадіжки, пограбування, угони автомобілів, сексуальні домагання).

Закономірно, що найбільші труднощі з використанням на практиці діагностичних категорій МКХ-10 «Розлади поведінки» F 91 виникають при проведенні судово-психіатричної експертизи неповнолітніх, оскільки, по-перше, психопатичний синдром у різноманітних проявах та модифікаціях («психопатоподібний», «псевдопсихопатичний», «патохарактерологічний» тощо) є наскрізним ізоморфним синдромом у підлітковому віці, та, по-друге, контингент неповнолітніх при судово-психіатричній експертизі, як правило, апіорі включає підлітків із тими чи іншими формами порушеної поведінки, оскільки саме правопорушення, навіть одноразове (крадіжка, пограбування, бійка, нанесення тілесних ушкоджень), згідно з МКХ-10 розглядається як один із дослідницьких діагностичних критеріїв [1].

Мета дослідження

Дослідити та проаналізувати сукупність наявної психопатологічної симптоматики у неповнолітніх правопорушників у відповідності до дослідницьких діагностичних критеріїв рубрики F 91 МКХ-10.

Матеріал та методи дослідження. Проведено клініко-психопатологічне дослідження суцільної вибірки з 127 неповнолітніх підекспертних, які проходили ССПЕ протягом 2004–2008 рр. та виявляли ознаки непсихотичних психопатологічних розладів або були визнані психічно здоровими. З метою виявлення значущих клініко-психопатологічних та соціально-психологічних чинників проведено порівняльне дослідження неповнолітніх чотирьох клінічних груп: I — F 0 органічні психічні розлади — 44 спостереження (33,3% вибірки);

II — F 91 розлади поведінки — 42 спостереження (31,8% вибірки); III — F 7 розумова відсталість — 16 спостережень (12,1% вибірки); IV — Z без психічних розладів — 25 спостережень (18,9% вибірки). Група «розлади поведінки» в основному представлена підрубрикою F 91.2 «Соціалізований розлад поведінки». У 2 спостереженнях психічний стан неповнолітніх кваліфікувався як F 91.1 («несоціалізований розлад поведінки») та в одному — як F 92 («змішаний розлад емоцій та поведінки»). У декількох випадках (3,8%, 5 спостережень) наявні емоційно-вольові, патохарактерологічні та поведінкові розлади неповнолітніх оцінювалися з використанням діагностичного розділу F6 («Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих»), що становить скоріше виняток, ніж правило для підліткової психіатрії. Встановлені діагнози обмежувалися підрубриками F 60.3 («Емоційно нестійкий розлад особистості» — 2,3%, 3 спостереження) та F 61.0 («Змішаний розлад особистості» 1,5%, 2 спостереження). Слід зазначити, що у даних випадках вік неповнолітніх наближався до 18 років, наявні у них розлади характеризувались тотальністю, стабільністю, соціально дезадаптацією, супроводжувалися спадковою обтяженістю психопатіями (так звані «ядерні» психопатії).

Результати та обговорення. Аналіз вибірки щодо наявності окремих дослідницьких діагностичних критеріїв розладів поведінки F 91 у неповнолітніх протягом року скоєння правопорушення виявляє, що підлітки часто прогулювали шкільні заняття (64,4%, 85 спостережень) та тікали з дому (47%, 62 спостереження). При цьому вони постійно сперечались із дорослими (47%, 62 спостереження), легко ображались або роздратовувались на слова або дії оточуючих (44,7%, 59 спостережень), активно відмовлялись виконувати вимоги дорослих (43,2%, 57 спостережень), часто сердились або обурювались (40,9%, 54 спостереження), проявляли надмірні спалахи гніву (37,1%, 49 спостережень), брехали або порушували обіцянки з метою отримати вигоду або ухилитись від обов'язків (26,5%, 35 спостережень), систематично перекладали на інших провину за свої вчинки (15,2%, 20 спостережень). У частині випадків підлітки виявляли фізичну жорстокість до людей (12,9%, 17 спостережень) чи тварин (1,5%, 2 спостереження), проявляли злопам'ятність або мстивість (6,8%, 9 спостережень), докучали іншим (9,8%, 13 спостережень). Неповнолітні часто влаштовували бійки (21,2%, 28 спостережень), використовуючи при цьому знаряддя для нанесення тілесних ушкоджень (15,2%, 20 спостережень), таємно викрадали чужі речі (47,0%, 62 спостереження) чи відкрито оволодівали чужим майном — здійснювали пограбування (29,5%, 39 спостережень), злом або проникнення до чужого будинку чи автомобіля (9,8%, 13 спостережень), примушували до статевих стосунків (3,8%, 5 спостережень), умисно вчиняли пошкодження майна (5,3%, 7 спостережень); виявлено один випадок (0,8% вибірки) підпалу.

Серед наведених вище дослідницьких діагностичних критеріїв, виявлених у неповнолітніх правопорушників,

насамперед звертає на себе увагу велика питома вага тієї симптоматики, основою якої є патологія емоційно-вольової сфери (дратівливість, вразливість, вибуховість, спалахи гніву тощо), спричинена як перебігом певних психічних розладів, так і впливом пубертатного комплексу, з його жагою самоствердження та емансипації. Наявна у неповнолітніх симптоматика не може бути пояснена просто «невихованістю», «некультурністю», «мікросоціально-педагогічною занедбаністю» підлітків, оскільки спостерігається у підлітків роками (стабільна), виявляється в різноманітних ситуаціях та оточеннях (тотальна), призводить до соціального дистресу чи дезадаптації.

Порівняння окремих дослідницьких діагностичних критеріїв розладів поведінки в групі F 91 — «розлади поведінки» з групою Z — «без психічних розладів» та групами F 0 — «органічних психічних розладів» і F 7 — «розумової відсталості» виявило наступне: ті чи інші окремі симптоми поведінкових порушень спостерігались у всіх досліджуваних випадках. У той же час середня загальна кількість діагностичних дослідницьких критеріїв розладів поведінки згідно з МКХ-10 (рис. 1) очікувано найвищою була в групі розладів поведінки F 91 ($7,3 \pm 0,5$), статистично достовірно більша порівняно з групою психічно здорових ($4,1 \pm 0,7$; $p < 0,01$) та групою органічних психічних розладів ($3,9 \pm 0,3$; $p < 0,001$).

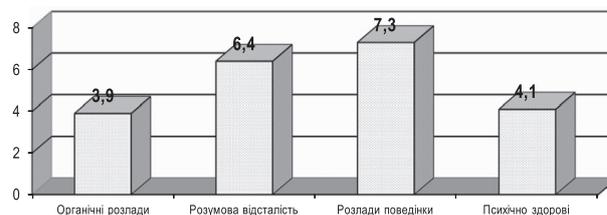


Рис. 1. Розподіл матеріалу за середньою загальною кількістю діагностичних дослідницьких критеріїв рубрики F 91 МКХ-10 за групами

Виявлено відмінностей у середній загальній кількості діагностичних дослідницьких критеріїв розладів поведінки згідно зі МКХ-10 у групі розладів поведінки F 91 ($7,3 \pm 0,5$) порівняно з групою розумової відсталості ($6,4 \pm 0,7$). Цікаво, що симптоматика поведінкових розладів у групі розумової відсталості виявлялася статистично достовірно масивніше, ніж у групі психічно здорових ($4,1 \pm 0,7$; $p < 0,05$) та групі органічних психічних розладів ($3,9 \pm 0,3$ симптоми, $p < 0,01$).

При співставленні наявної у неповнолітніх психопатологічної симптоматики з дослідницькими діагностичними критеріями рубрики F 91 МКХ-10 виявлено, що тільки в третині вибірки (27,6%, 35 спостережень) психопатологічна симптоматика не відповідала критеріям, достатнім для діагнозу «розладів поведінки» F 91 (рис. 2). У більшості ж випадків співставлення клінічної картини з дослідницькими діагностичними критеріями F 91.0–F 91.3 МКХ-10 виявило достатню сукупність, вираженість та тривалість симптоматики для встановлення діагнозів F 91.0 — «розлади поведінки, що обмежуються сімейним оточенням», F 91.1 — «несоціалізований

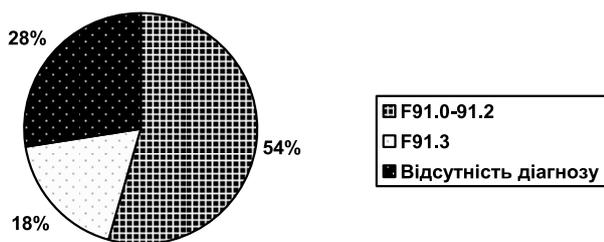


Рис. 2. Розподіл матеріалу за наявністю сукупності дослідницьких діагностичних критеріїв, достатньої для встановлення діагнозів рубрики F 91

розлад поведінки» чи F 91.2 — «соціалізований розлад поведінки» (54,3%, 69 спостережень). Ще в ряді випадків (18,1%, 23 спостереження) сукупність симптомів перевищувала діагностичний поріг встановлення діагнозу F 91.3 МКХ-10 («опозиційно-зухвалий розлад»).

У групі розладів поведінки F 91 загальна кількість дослідницьких діагностичних критеріїв, достатня для встановлення діагнозів рубрики F 91 згідно з МКХ-10, закономірно виявлена (рис. 3) в переважній більшості (90,5%, 38 спостережень), при цьому різниця з групами органічних психічних розладів (63,6%, 28 спостережень) та психічно здорових (52,0%, 13 спостережень) досягає рівня статистичної достовірності ($p < 0,01$). У той же час у групі розумової відсталості достатня для встановлення діагнозів рубрики F 91 сукупність симптомів виявлена також у переважній більшості випадків (81,2%, 13 спостережень), хоч різниця з іншими групами статистично недостовірна (можливо, за рахунок нечисленності групи). Між тим, додаткове кодування поведінкових розладів четвертим знаком (F 7x.1 — значні поведінкові порушення, які потребують уваги або лікувальних заходів) зафіксовано у цій групі тільки менш ніж у п'ятій частині випадків (18,8%, 3 спостереження). Навіть у групі «психічно здорові» у половині випадків (52,0%, 13 спостережень) виявлена загальна кількість дослідницьких діагностичних критеріїв, достатня для встановлення діагнозів рубрики F 91, хоча при цьому, на відміну від інших груп, переважав «опозиційно-зухвалий розлад» F 91.3 та «розлади поведінки, що обмежуються сімейним оточенням» F 91.0.

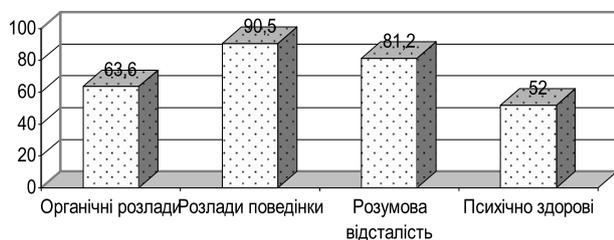


Рис. 3. Розподіл матеріалу за наявністю сукупності дослідницьких діагностичних критеріїв, достатньої для встановлення діагнозів рубрики F 91, за групами

Вищезазначені поведінкові розлади у неповнолітніх спричиняли порушення їх соціальної адаптації як у колі сім'ї, так і в шкільних та інших колективах. Порівняння за групами виявило (рис. 4), що для всіх груп переважно порушувалась адаптація в шкільних колективах, та при цьому виявлено статистично достовірну перевагу

порушень адаптації в школі в групах неповнолітніх з органічними психічними розладами (90,9%, 40 спостережень, $p < 0,001$), розладами особистості (88,1%, 37 спостережень, $p < 0,01$) та розумовою відсталістю (87,5%, 14 спостережень, $p < 0,05$), у порівнянні з групою психічно здорових (52,0%, 13 спостережень).

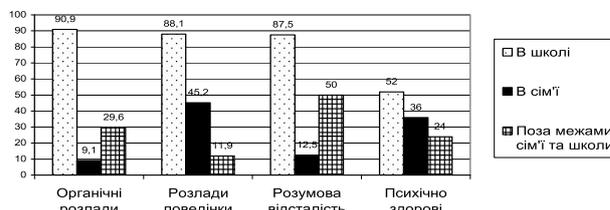


Рис. 4. Розподіл матеріалу за наявністю порушень соціальної адаптації неповнолітніх правопорушників за групами

Порушення адаптації поза межами сім'ї та школи найбільш характерним виявилось для групи розумової відсталості (50,0%, 8 спостережень), при цьому різниця з групою розладів поведінки F 91 (11,9%, 5 спостережень) досягала рівня статистичної значимості ($p < 0,01$). У групах органічних психічних розладів F 0 та в групі психічно здорових Z порушення адаптації поза межами сім'ї виявлено в четвертій частині випадків (29,6%, 13 спостережень та 24,0%, 6 спостережень відповідно), без достовірних відмінностей з іншими групами.

Порушення адаптації в сім'ї найбільш вираженим було в групі розладів поведінки F 91 (45,2%, 19 спостережень), причому різниця з групами органічних психічних розладів (9,1%, 4 спостереження) та розумової відсталості (12,5%, 2 спостереження) досягає рівня статистичної достовірності ($p < 0,001$ та $p < 0,05$ відповідно). У групі психічно здорових порушення стосунків у сім'ї виявлялися більш ніж у третині випадків (36,0%, 9 спостережень), причому достовірно частіше ($p < 0,001$), ніж у групі органічних психічних розладів (9,1%, 4 спостереження).

Висновки

1. Дослідження вибірки неповнолітніх правопорушників із неспсихотичними психічними розладами на період ССКПШЕ виявило, що в 75,7% випадків сукупність, вираженість та тривалість симптоматики відповідала дослідницьким діагностичним критеріям розладів поведінки F 91 (58,3% – діагностичні категорії F 91.0 – «розлади поведінки, що обмежуються сімейним оточенням», F 91.1 – «несоціалізований розлад поведінки» та F 91.2 – «соціалізований розлад поведінки»; 17,4% – діагностична категорія F 91.3 – «опозиційно-зухвалий розлад»).

2. При проведенні ССКПШЕ неповнолітніх правопорушників із неспсихотичними психічними розладами діагнози розладів поведінки рубрики F 91 встановлені тільки в 31,8% вибірки як основний діагноз, та в жодному випадку не діагностувались як коморбідний розлад.

3. Виражені порушення соціальної адаптації у різних сферах індивідуального функціонування неповнолітніх правопорушників із неспсихотичними психічними розладами не відображаються при формуванні діагнозів відповідно до одноосової версії МКХ-10.

4. Діагностичні підходи до оцінки поведінкових розладів неповнолітніх потребують подальшого вивчення та корекції з позицій функціонального діагнозу, одночасного використання декількох діагностичних категорій МКХ-10 (коморбідність) та впровадження багатоосової версії міжнародної класифікації психічних та поведінкових розладів у дітей та підлітків (реабілітаційна направленість).

Література

1. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
2. Вострокнутов Н. В. Патологические формы деликвентного поведения детей и подростков (комплексная оценка, диагностика и принципы организации социально-медицинской реабилитационной помощи). — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1998. — 40 с.
3. Розлади поведінки дитячого та підліткового віку – Пер. з англ. / За заг. ред. В. Штенгелова. — К.: Сфера, 2006. — 540 с.

ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ (F 91) У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ

Л. А. Крыгина

Проанализированы особенности диагностики расстройств поведения F 91 у несовершеннолетних правонарушителей на материале стационарных судебно-психиатрических экспертиз.

Ключевые слова: расстройства поведения несовершеннолетних, судебно-психиатрическая экспертиза

THE DIAGNOSTICS OF ADOLESCENT OFFENDERS' CONDUCT DISORDER F 91

L. A. KRYGINA

Features of diagnosis of juvenile offenders' conduct disorder F 91 have been analyzed (inpatient forensic psychiatric examinations).

Keywords: adolescent's conduct disorder, forensic psychiatric examination

УДК 616.89-08.12-055.2+343.914

О. А. Ревенок, Н. Ю. Васильсва

ВПЛИВ БІОЛОГІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ФОРМУВАННЯ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК, ЯКІ СКОЇЛИ ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Київський міський центр судово-психіатричних експертиз

Ключові слова: жіноча злочинність, суспільно-небезпечне діяння, судово-психіатрична експертиза, підекспертні, біологічні фактори, соціально-демографічні фактори

Актуальність теми: Проблема жіночої злочинності тривалий час не привертала до себе особливої уваги, але в останні роки інтерес до неї помітно посилюється. Дослідження, присвячені проблемі жіночої злочинності, незмінно підкреслюють її специфіку, кількісні та якісні характеристики, відмінні від злочинності чоловіків, що у результаті дозволило виділити її в структурі всієї злочинності і розглядати як самостійний структурний елемент [1; 2]. Сьогодні фіксується збільшення жіночої злочинності, причому насильницька її частина збільшується більш інтенсивно [3]. Поведінка жінок, які вчиняють суспільно-небезпечні діяння (СНД), характеризується особливою зухвалістю і жорстокістю, що йде урозріз із традиційним розумінням гендерних відмінностей. Використання поняття «гендер» дозволяє враховувати і психофізіологічні особливості, пов'язані саме з біологічними поняттями статі, і ті соціальні вимоги і норми, які визначають відношення суспільства до представників різної статі [4].

Термін «жіноча злочинність» пов'язують із появою самого терміну «кримінологія» у 1885 р. Основоположник антропологічної школи кримінального права Ч. Ломброзо є одним із тих, хто намагався відповісти на питання, що змушує і чим керується жінка, здійснюючи злочин [5].

Структура жіночої злочинності не повторює чоловічу, вона специфічна і значною мірою визначається тими видами злочинів, які найбільш властиві жінкам [6]. Стаття залишається одним із постійних параметрів, представляючих не тільки біологічну характеристику, а і «соціальний еквівалент», визначаючий ієрархію ціннісних орієнтацій. Розбіжності, привнесені статтю, мають не тільки біологічне, а і соціальне відображення в статеворольовій та психосексуальній диференціації особистості.

Учені запропонували дві групи теорій щодо розбіжностей у кримінальності між статями – одна пояснює їх вродженими психобіологічними статевими властивостями, інша – вказує на різноманітність соціальних факторів, які по-різному впливають на жінок та чоловіків. Специфічні біологічні періоди – вагітність, пологи, післяродовий період, клімакс – можуть не тільки дестабілізувати психічний стан жінки, але і виступати як ведуча патогенетична ланка при психічних захворюваннях [7]. У наш час доведено, що жіноча злочинність має певні особливості, пов'язані з соціальною роллю і функціями жінки, способом життя і професійною діяльністю, біологічною і психофізіологічною специфікою, а також з її історично обумовленим місцем у системі суспільних відносин. Пріоритетна для жінок значимість

4. Діагностичні підходи до оцінки поведінкових розладів неповнолітніх потребують подальшого вивчення та корекції з позицій функціонального діагнозу, одночасного використання декількох діагностичних категорій МКХ-10 (коморбідність) та впровадження багатоосової версії міжнародної класифікації психічних та поведінкових розладів у дітей та підлітків (реабілітаційна направленість).

Література

1. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
2. Вострокнутов Н. В. Патологические формы деликвентного поведения детей и подростков (комплексная оценка, диагностика и принципы организации социально-медицинской реабилитационной помощи). — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1998. — 40 с.
3. Розлади поведінки дитячого та підліткового віку – Пер. з англ. / За заг. ред. В. Штенгелова. — К.: Сфера, 2006. — 540 с.

ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ (F 91) У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ

Л. А. Крыгина

Проанализированы особенности диагностики расстройств поведения F 91 у несовершеннолетних правонарушителей на материале стационарных судебно-психиатрических экспертиз.

Ключевые слова: расстройства поведения несовершеннолетних, судебно-психиатрическая экспертиза

THE DIAGNOSTICS OF ADOLESCENT OFFENDERS' CONDUCT DISORDER F 91

L. A. KRYGINA

Features of diagnosis of juvenile offenders' conduct disorder F 91 have been analyzed (inpatient forensic psychiatric examinations).

Keywords: adolescent's conduct disorder, forensic psychiatric examination

УДК 616.89-08.12-055.2+343.914

О. А. Ревенок, Н. Ю. Васильсва

ВПЛИВ БІОЛОГІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ФОРМУВАННЯ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК, ЯКІ СКОЇЛИ ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Київський міський центр судово-психіатричних експертиз

Ключові слова: жіноча злочинність, суспільно-небезпечне діяння, судово-психіатрична експертиза, підекспертні, біологічні фактори, соціально-демографічні фактори

Актуальність теми: Проблема жіночої злочинності тривалий час не привертала до себе особливої уваги, але в останні роки інтерес до неї помітно посилюється. Дослідження, присвячені проблемі жіночої злочинності, незмінно підкреслюють її специфіку, кількісні та якісні характеристики, відмінні від злочинності чоловіків, що у результаті дозволило виділити її в структурі всієї злочинності і розглядати як самостійний структурний елемент [1; 2]. Сьогодні фіксується збільшення жіночої злочинності, причому насильницька її частина збільшується більш інтенсивно [3]. Поведінка жінок, які вчиняють суспільно-небезпечні діяння (СНД), характеризується особливою зухвалістю і жорстокістю, що йде у розріз із традиційним розумінням гендерних відмінностей. Використання поняття «гендер» дозволяє враховувати і психофізіологічні особливості, пов'язані саме з біологічними поняттями статі, і ті соціальні вимоги і норми, які визначають відношення суспільства до представників різної статі [4].

Термін «жіноча злочинність» пов'язують із появою самого терміну «кримінологія» у 1885 р. Основоположник антропологічної школи кримінального права Ч. Ломброзо є одним із тих, хто намагався відповісти на питання, що змушує і чим керується жінка, здійснюючи злочин [5].

Структура жіночої злочинності не повторює чоловічу, вона специфічна і значною мірою визначається тими видами злочинів, які найбільш властиві жінкам [6]. Стаття залишається одним із постійних параметрів, представляючих не тільки біологічну характеристику, а і «соціальний еквівалент», визначаючий ієрархію ціннісних орієнтацій. Розбіжності, привнесені статтю, мають не тільки біологічне, а і соціальне відображення в статеворольовій та психосексуальній диференціації особистості.

Учені запропонували дві групи теорій щодо розбіжностей у кримінальності між статями – одна пояснює їх вродженими психобіологічними статевими властивостями, інша – вказує на різноманітність соціальних факторів, які по-різному впливають на жінок та чоловіків. Специфічні біологічні періоди – вагітність, пологи, післяродовий період, клімакс – можуть не тільки дестабілізувати психічний стан жінки, але і виступати як ведуча патогенетична ланка при психічних захворюваннях [7]. У наш час доведено, що жіноча злочинність має певні особливості, пов'язані з соціальною роллю і функціями жінки, способом життя і професійною діяльністю, біологічною і психофізіологічною специфікою, а також з її історично обумовленим місцем у системі суспільних відносин. Пріоритетна для жінок значимість

складного комплексу сімейних відносин окреслює коло специфічних стресових ситуацій – одного з факторів у системі, детермінуючої агресію. Із зміною соціальних умов і способу життя жінки, її соціальних ролей змінюються характер і способи її злочинної поведінки [8]. Характерний для ХХ – початку ХІ ст. процес емансипації жінок разом із позитивними мав і негативні особливості. Жінки все більше оволодівають чоловічими професіями, у зв'язку з чим не можуть (або не бажають) займатися тільки домашнім господарством та вихованням дітей. Вважають, що маскулінізація жінок призводить до появи у них чоловічих рис, що й штовхає певну їх частину до вчинення насильницьких злочинів [9; 10].

Ріст СНД, скоєних жінками, несе загрозу гуманітарній сфері суспільного життя, ставить під сумнів базові інститути та етичні цінності сучасного суспільства [11].

Мета дослідження. Дослідити вплив біологічних та соціально-демографічних факторів на формування агресивної поведінки жінок, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи.

Матеріал і методи дослідження. Проведене дослідження ґрунтується на основі аналізу повного обсягу (суцільної вибірки) випадків проведення стаціонарних судово-психіатричних експертиз (СПЕ) жінкам в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи упродовж десяти років (2002–2011 рр.), які були розподілені на дві групи: основну (група А), до якої ввійшли 122 підекспертні, звинувачувані у скоєнні СНД проти життя та здоров'я особи (ст. 115–119, 121–128 КК України), та групу порівняння (група Б) – 181 підекспертна, звинувачувана у скоєнні СНД, передбачених іншими статтями КК України. Для отримання порівняльних характеристик розвитку досліджуваного явища в часі була проаналізована ретроспективна вибірка – група В, що складається з 50 жінок, аналогічна за параметрами до основної групи А: підекспертні жінки звинувачувані у скоєнні СНД проти життя та здоров'я (ст. 115–119, 121–128 КК України) та щодо яких були проведені стаціонарні СПЕ в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи за період 1981–1986 рр.

Збір інформації проводився шляхом викопіювання даних із різних офіційних документів: медичних карт стаціонарного хворого, матеріалів кримінальної справи, актів СПЕ в спеціально розроблену карту обстеження,

яка містить загальні відомості про підекспертну та експертизу, анамнестичні, соціально-демографічні, клінічні та індивідуально-психологічні особливості жінок, дані про особу потерпілого, кримінал та посткримінальну ситуацію, поведінку підекспертної в період проведення СПЕ.

Для досягнення поставленої в дослідженні мети використовувались наступні методи дослідження: анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний, метод експертного дослідження документації, судово-психіатричного аналізу генезу СНД, статистичний.

При порівнянні груп спостережень за допомогою t -коефіцієнту достовірності було прийнято, що p_1 – це інтервал достовірності при порівнянні групи А з групою Б, p_2 – при порівнянні групи А з групою В. Якщо $p > 0,05$, перевага вважалася недостовірною і значення p не відмічалось.

Результати дослідження

Розподіл підекспертних за віком наведено в табл. 1.

Аналіз наведених даних свідчить, що частіше до кримінальної відповідальності притягувалися особи віком 18÷29 років – 33,4% досліджених, на другому місці за частотою – особи віком 29÷40 років – 30% досліджених, на третьому місці – особи віком 40÷49 років – 20,7%. Спостерігалася достовірна перевага ($p_1 < 0,01$) досліджених віком 40÷49 років у групі А – 27,1% (33 випадки) у порівнянні з групою Б – 16,6% (30 випадків), а також у віці понад 60 років в групі А – 4,1% (5 випадків) у порівнянні з групою Б ($p_1 < 0,01$) – 0,6% (1 випадок). Виявлено статистично достовірну перевагу ($p_1 < 0,02$) досліджених віком 29÷40 років у групі Б – 34,8% (63 випадки) в порівнянні з групою А – 24,6%.

Дані про рівень освіти у підекспертних наведені в табл. 2.

З аналізу вищенаведених даних випливає, що серед підекспертних переважали особи із середньою освітою – 39,7% (140 випадків), на другому місці за кількістю – особи із середньою спеціальною освітою – 29,2% (103 випадки), на третьому – особи з вищою освітою – 12,7% (45 випадків). Особи з початковою освітою спостерігались в 9,3% (33 випадки), особи без освіти виявлялись лише в 2,8% (10 випадків), із незакінченою вищою освітою в 0,3% (1 випадок). У закладах для розумово

Таблиця 1

Розподіл підекспертних за віком

Вік (у роках)	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	п	%	п	%	п	%	п	%
до 18	3	2,5	7	3,9	2	4	12	3,4
18-29	36	29,5	67	37,0	15	30	118	33,4
29-40	30	24,6	63	34,8	13	26	106	30,0
40-49	33	27,1	30	16,6	10	20	73	20,7
50-59	15	12,1	13	7,2	7	14	35	9,9
понад 60	5	4,1	1	0,6	3	6	9	2,5
Усього:	122	100	181	100	50	100	353	100

Таблиця 2

Розподіл підекспертних за освітою

Освіта	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Без освіти	2	1,6	7	3,9	1	2	10	2,8
Початкова	10	8,2	12	6,69	11	22	33	9,3
Середня	47	38,5	69	38,2	24	48	140	39,7
Середня спеціальна	42	34,4	50	27,6	11	22	103	29,2
Незакінчена вища	1	0,8	-	-	-	-	1	0,3
Вища	13	10,7	29	16,0	3	6	45	12,7
Заклади освіти для розумово відсталих	7	5,7	14	7,7	-	-	21	5,9
Усього	122	100	181	100	50	100	353	100

відсталих навчалися 5,9% (21 випадок). Слід зазначити, що в групі В відсутні особи, які мають незакінчену вищу освіту, та ті, що навчалися в закладах для розумово відсталих. У групі А достовірно ($p < 0,04$) у порівнянні з групою В переважали особи з середньою спеціальною освітою – 34,4% (42 випадки). У групі В достовірно ($p < 0,01$) у порівнянні з групою А переважали особи з початковою освітою – 22% (11 випадків).

Дані про розподіл підекспертних за сімейним станом наведені в табл. 3.

Серед дослідженого контингенту підекспертних переважали незаміжні особи – 45,6% (161 випадок).

У групі А достовірно ($p < 0,001$) у порівнянні з групою Б переважали заміжні підекспертні – 45,9% (56 випадків). У групі Б достовірно ($p < 0,001$) у порівнянні з групою А переважали незаміжні особи – 59,1% (107 випадків). У групі А достовірно ($p < 0,01$) у порівнянні з групою В переважали незаміжні підекспертні – 36,1% (44 випадки).

Дані про розподіл підекспертних за відношенням до праці наведені в табл. 4.

З аналізу вищенаведених даних прослідковується, що серед дослідженого контингенту непрацюючі особи складають 50,1% (177 випадків), працюючих підекспертних – 35,1% (124 випадки), інвалідів – 10,5% (37 випадків), осіб, що навчаються – 1,1% (4 випадки).

У групі Б достовірно ($p < 0,04$) у порівнянні з групою А переважали підекспертні інваліди – 14,4% (26 випадків). У групі А достовірно в порівнянні з групою В ($p < 0,03$) переважали інваліди – 8,2% (10 випадків). У групі А достовірно в порівнянні з групою В ($p < 0,001$) переважали непрацюючі – 50% (61 випадок).

У той же час у групі В достовірно ($p < 0,001$) у порівнянні з групою А переважали працюючі підекспертні – 60% (30 випадків).

Дані про розподіл підекспертних за наявністю антисоціальної поведінки до скоєного СНД представлено в табл. 5.

Таблиця 3

Розподіл підекспертних за сімейним станом

Сімейний стан	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Заміжня	56	45,9	40	22,1	26	52	122	34,6
Розлучена	22	18,0	34	18,8	14	28	70	19,8
Незаміжня	44	36,1	107	59,1	10	20	161	45,6
Усього	122	100	181	100	50	100	353	100

Таблиця 4

Розподіл підекспертних за відношенням до праці

Трудова діяльність	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Працює	44	36,1	50	27,6	30	60	124	35,1
Пенсіонер за віком	6	4,9	-	-	5	10	11	3,1
Інвалід	10	8,2	26	14,4	1	2	37	10,5
Інше/навчається	1	0,8	3	1,7	-	-	4	1,1
Не працює	61	50	102	56,4	14	28	177	50,1
Усього:	122	100	181	100	50	100	353	100

Таблиця 5

Розподіл підекспертних за наявністю антисоціальної поведінки до скоєного СНД

	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Не було	73	59,8	103	56,9	40	80	216	61,2
Епізодична	45	36,9	62	34,3	10	20	117	33,1
Систематична	4	3,3	16	8,8	-	-	20	5,7
Усього:	122	100	181	100	50	100	353	100

Розподіл підекспертних за наявністю антисоціальної поведінки до скоєного СНД свідчить, що в 1,2% (216 випадків) у досліджених осіб її, як такої, не було; у 33,1% підекспертних (117 випадків) антисоціальна поведінка до скоєного СНД спостерігалась епізодично, а в 5,7% (20 випадків) – систематично.

У групі А достовірно ($p < 0,001$) у порівнянні з групою В переважали особи, у яких антисоціальна поведінка до скоєного СНД спостерігалась епізодично – 36,9% (45 випадків). У групі Б достовірно ($p < 0,02$) переважали підекспертні з систематичною антисоціальною поведінкою – 8,8% (16 випадків). У групі В мала місце достовірна перевага ($p < 0,001$) підекспертних, у яких до скоєного СНД антисоціальної поведінки не спостерігалось – 80% (40 випадків).

Висновки та обговорення

Таким чином, у групі А переважали особи віком 18-29 років – 29,5% (36 випадків). Достовірно ($p < 0,01$) у порівнянні з групою Б переважали підекспертні віком 40÷49 років – 27,1% (33 випадки) та віком понад 60 років – 4,1% (5 випадків); більшість підекспертних мали середню освіту – 38,5% (47 випадків), достовірно ($p < 0,04$) у порівнянні з групою В переважали особи з середньою спеціальною освітою – 34,4% (42 випадки); за сімейним станом достовірно ($p < 0,01$) у порівнянні з групою Б переважали заміжні особи – 45,9% (56 випадків), та достовірно ($p < 0,01$) у порівнянні з групою В – незаміжні підекспертні 36,1% – (44 випадки); за відношенням до праці достовірно ($p < 0,001$) у порівнянні з групою В переважали непрацюючі підекспертні – 50% (61 випадок) та інваліди ($p < 0,03$) – 8,2% (10 випадків).

У групі В переважали підекспертні віком 18÷29 років – 30% (15 випадків) та 29÷40 років – 26% (13 випадків); за освітою в цілому переважали особи із середньою освітою – 48% (24 випадки); у порівнянні з групою А достовірно ($p < 0,01$) переважали особи з початковою освітою – 22% (11 випадків), відсутні особи, які мають незакінчену вищу освіту та ті, що навчалися в закладах для розумово відсталих. За сімейним станом переважали заміжні особи – 52% (26 випадків). За відношенням до праці достовірно ($p < 0,001$) переважали працюючі підекспертні – 60% (30 випадків).

Найбільшу групу жінок, що скоїли злочини, складають особи до 30 років. Злочинність осіб цієї вікової категорії має свою соціальну природу і обумовлена цілим рядом комплексно діючих явищ і процесів матеріального і духовного характеру. Ці особливості і визначають

мотивацію і характер злочинної діяльності, в основі якої лежать гіпертрофовані запити на спосіб життя, не відповідні можливостям. У віці після 30 років зменшується кількість злочинів проти життя та здоров'я особи. У віці 40÷49 та понад 60 років відбувається збільшення агресивної жіночої злочинності, що може бути пов'язане з клімактеричними змінами в організмі і психіці жінок.

Прямої кореляційної залежності між рівнем освіти і характером скоєного СНД немає, однак рівень освіти впливає і на правосвідомість, і на формування світоглядних поглядів, і на здатність вибору того чи іншого варіанту поведінки.

Складний комплекс сімейних відносин окреслює коло специфічних стресових ситуацій – одного з факторів у системі, що детермінує агресію.

Більшість насильницьких злочинів, що здійснюються жінками, відносяться до сімейної сфери. Дослідження виявило, що серед насильницьких злочинів, які вчиняють жінки, значна частина припадає на подружні вбивства.

Той факт, що в ретроспективній групі, у порівнянні з основною, переважали працюючі особи, у яких до скоєного СНД не спостерігалось антисоціальної поведінки, може свідчити про те, що рівень жіночої злочинності чутливий до соціальних змін, які відбуваються у суспільстві в цілому.

Таким чином, проведене дослідження виявило ряд характерних біологічних та соціально-демографічних факторів, що впливають на формування агресивної поведінки жінок, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи.

Література

1. Кузьміна Е. Б. Механизм женского преступного насилия: криминологический анализ и индивидуальная профилактика: автореф. дис. ... кандидат. юрид. наук: спец. 12.00.08 / Елена Борисовна Кузьмина; Моск. ун-т МВД РФ. – М., 2012. – 21 с
2. Сарычева Н. В. Количественные характеристики женской преступности в России // Вестн. Северо-Кавказ. гос. техн. ун-та. – 2010. – № 3. – С. 112–116.
3. Айхенвальд Л. И. Криминальная психопатология. — Л., 1928.
4. Стасенко О. В. Преступное поведение: гендерный анализ / О. В. Стасенко // Женщина в российском обществе. – 2009. – № 1. – С. 57–63.
5. Кунц Е. В. Исторический подход к проблеме женской преступности / Е. В. Кунц // Вестн. ОГУ. – 2003. – № 6. – С. 57–59.
6. Чапурко Т. М. Преступность и особенность участия в ней женщин / Т. М. Чапурко, А. А. Лавриненко // Науч. журн. КубГАУ. – 2006. – № 24. – С. 1–6.
7. Study review of biological, social and environmental factors associated with aggressive behavior / D. D. Mendes, J. MariJde, M. Singer [etal.] // Rev. Bras. Psiquiatr. – 2009. – Vol. 31, suppl. 2. – P. S77–S85.

8. *Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами / Т. Б. Дмитриева, К. Л. Иммерман, М. А. Качаева, Л. В. Ромасенко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2003. – 247 с.*
9. *Алексеев Д. Ю. Особенности причинного комплекса женской преступности / Д. Ю. Алексеев // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2009. – № 12. – С. 196–198.*
10. *Вяткина А. С. Преступность как один из видов асоциального поведения женщин в России / А. С. Вяткина // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 11. – С. 56.*
11. *Barber M. E. Evaluation of aggressive women: the effects of gender, socioeconomic status, and level of aggression / M. E. Barber, L. A. Foley, R. Jones // Violence Vict. – 1999. – Vol. 14, N 4. – P. 353–363.*

ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН, СОВЕРШИВШИХ ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

А. А. РЕВЕНОК, Н. Ю. ВАСИЛЬЕВА

В статье предоставлены результаты исследования 353 подэкспертных с целью выявления биологических и социально-демографических факторов, изучения их влияния на формирование агрессивного поведения женщин, совершивших преступления против жизни и здоровья личности. Продемонстрировано влияние указанных факторов на формирование агрессивного поведения изучаемого контингента.

THE INFLUENCE OF BIOLOGICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS ON THE AGGRESSIVE BEHAVIOR OF WOMEN WHO HAVE COMMITTED CRIMES AGAINST LIFE AND HEALTH OF INDIVIDUALS.

A. REVENOK, N. VASILYEVA

The article provided the results of the study 353 womens to identify the biological and socio-demographic factors, the study of their impact on the formation of the aggressive behavior of women who have committed crimes against life and health of individuals.

Show the influence these factors on the aggressive behavior of the studied population.

УДК 616.89-008:441.13-07+61:340.63

О. А. Ревенок, О. В. Радзевілова, О. П. Олійник, Н. О. Должикова

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ КОГНІТИВНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ (СУДОВО-ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА)

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

Ключові слова: особи з залежністю від алкоголю, порушення когнітивних процесів, зміни індивідуально-психологічних характеристик, комплексна судова психолого-психіатрична експертиза, цивільний процес

Актуальність та сучасний стан проблеми. Збільшення кількості осіб із алкогольною залежністю в Україні за останні роки зумовлює вагомість судової оцінки здатності таких осіб усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (УЗСД та КН) в рамках цивільного процесу через соціальну незахищеність як самих хворих, так і членів їх родини. Залежність від алкоголю як психічне захворювання зачіпає, в першу чергу, індивідуально-психологічні характеристики осіб. Одним із прикладів взаємовпливу «особистість-формування станів залежності від алкоголю» є так звані психологічні характеристики особистості, які сприяють формуванню алкогольної залежності: порушення самоконтролю та саморегуляції, нестійка самооцінка, емоційна лабільність, підвищена емоційність, тривожність, інфантилізм, некритичність, легковірність, податливість груповому впливу, авторитарному керуванню. При цьому для аддиктивної особистості характерні: непереносимість труднощів повсякденного життя на тлі стійкості у кризових ситуаціях; поєднання комплексу неповноцінності із зовнішнім виявом переваги; зовнішня соціабельність у поєднанні зі страхом встановлювати емоційні зв'язки; намагання звинувачувати інших та говорити неправду; намагання уникати відповідальності в прийнятті рішень; стереотипність поведінки; залежність; тривожність [1; 2; 3].

Дереча Г. І. (2005) у своєму дослідженні підкреслює, що аддиктивна зміна особистості стосується, в першу

чергу, її життєвого сенсу, ціннісних орієнтацій, світогляду та самосвідомості. Трансформація особистості проявляється відхиленнями в самооцінці, у відношенні до оточуючих людей, у змінах життєвих настанов та інтересів, у проявах патологічних цінностей та спрямованості особистості. При цьому формуються нові погляди, позиції, що обумовлюють раніше не властиві для особистості дії та стиль життя. Виявлено, що хворі із алкогольною залежністю у порівнянні із здоровими особами, здебільшого не мають достатньо визначених планів на майбутнє та сприймають життя як таке, що вже склалось [4; 5; 6].

При алкоголізмі для хворих характерні механізми психологічного захисту за типом заперечення наявних проблем із зловживанням алкоголю, аж до анозогнозії, що зі свого боку надає особливої структури загострень преморбідних характеристик особистості. Так, для хворих із «запереченням залежності від алкоголю» характерною є тенденція проявів байдужості до близьких, надмірної суворості, уникнення відвертості у міжособистісних стосунках. Вони частіше владні, норавливі, самовпевнені, незалежні у своїх судженнях, вперті до агресивності і покладаються насамперед на свою думку. Їм властиві завищена зарозумілість, ревності, егоїзм і нерідко підозрлість та недовірливість. У таких хворих відмічались загальна вдоволеність своїм життям, усвідомлене відношення до нього, ясність наявних цілей і позицій, змістовність занять і справ та небажання щось

8. *Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами / Т. Б. Дмитриева, К. Л. Иммерман, М. А. Качаева, Л. В. Ромасенко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2003. – 247 с.*
9. *Алексеев Д. Ю. Особенности причинного комплекса женской преступности / Д. Ю. Алексеев // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2009. – № 12. – С. 196–198.*
10. *Вяткина А. С. Преступность как один из видов асоциального поведения женщин в России / А. С. Вяткина // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 11. – С. 56.*
11. *Barber M. E. Evaluation of aggressive women: the effects of gender, socioeconomic status, and level of aggression / M. E. Barber, L. A. Foley, R. Jones // Violence Vict. – 1999. – Vol. 14, N 4. – P. 353–363.*

ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН, СОВЕРШИВШИХ ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

А. А. РЕВЕНОК, Н. Ю. ВАСИЛЬЕВА

В статье представлены результаты исследования 353 подэкспертных с целью выявления биологических и социально-демографических факторов, изучения их влияния на формирование агрессивного поведения женщин, совершивших преступления против жизни и здоровья личности. Продемонстрировано влияние указанных факторов на формирование агрессивного поведения изучаемого контингента.

THE INFLUENCE OF BIOLOGICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS ON THE AGGRESSIVE BEHAVIOR OF WOMEN WHO HAVE COMMITTED CRIMES AGAINST LIFE AND HEALTH OF INDIVIDUALS.

A. REVENOK, N. VASILYEVA

The article provided the results of the study 353 womens to identify the biological and socio-demographic factors, the study of their impact on the formation of the aggressive behavior of women who have committed crimes against life and health of individuals.

Show the influence these factors on the aggressive behavior of the studied population.

УДК 616.89-008:441.13-07+61:340.63

О. А. Ревенок, О. В. Радзевілова, О. П. Олійник, Н. О. Должикова

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ КОГНІТИВНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ (СУДОВО-ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА)

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

Ключові слова: особи з залежністю від алкоголю, порушення когнітивних процесів, зміни індивідуально-психологічних характеристик, комплексна судова психолого-психіатрична експертиза, цивільний процес

Актуальність та сучасний стан проблеми. Збільшення кількості осіб із алкогольною залежністю в Україні за останні роки зумовлює вагомість судової оцінки здатності таких осіб усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (УЗСД та КН) в рамках цивільного процесу через соціальну незахищеність як самих хворих, так і членів їх родини. Залежність від алкоголю як психічне захворювання зачіпає, в першу чергу, індивідуально-психологічні характеристики осіб. Одним із прикладів взаємовпливу «особистість-формування станів залежності від алкоголю» є так звані психологічні характеристики особистості, які сприяють формуванню алкогольної залежності: порушення самоконтролю та саморегуляції, нестійка самооцінка, емоційна лабільність, підвищена емоційність, тривожність, інфантилізм, некритичність, легковірність, податливість груповому впливу, авторитарному керуванню. При цьому для аддиктивної особистості характерні: непереносимість труднощів повсякденного життя на тлі стійкості у кризових ситуаціях; поєднання комплексу неповноцінності із зовнішнім виявом переваги; зовнішня соціабельність у поєднанні зі страхом встановлювати емоційні зв'язки; намагання звинувачувати інших та говорити неправду; намагання уникати відповідальності в прийнятті рішень; стереотипність поведінки; залежність; тривожність [1; 2; 3].

Дереча Г. І. (2005) у своєму дослідженні підкреслює, що аддиктивна зміна особистості стосується, в першу

чергу, її життєвого сенсу, ціннісних орієнтацій, світогляду та самосвідомості. Трансформація особистості проявляється відхиленнями в самооцінці, у відношенні до оточуючих людей, у змінах життєвих настанов та інтересів, у проявах патологічних цінностей та спрямованості особистості. При цьому формуються нові погляди, позиції, що обумовлюють раніше не властиві для особистості дії та стиль життя. Виявлено, що хворі із алкогольною залежністю у порівнянні із здоровими особами, здебільшого не мають достатньо визначених планів на майбутнє та сприймають життя як таке, що вже склалось [4; 5; 6].

При алкоголізмі для хворих характерні механізми психологічного захисту за типом заперечення наявних проблем із зловживанням алкоголю, аж до анозогнозії, що зі свого боку надає особливої структури загострень преморбідних характеристик особистості. Так, для хворих із «запереченням залежності від алкоголю» характерною є тенденція проявів байдужості до близьких, надмірної суворості, уникнення відвертості у міжособистісних стосунках. Вони частіше владні, норавливі, самовпевнені, незалежні у своїх судженнях, вперті до агресивності і покладаються насамперед на свою думку. Їм властиві завищена зарозумілість, ревності, егоїзм і нерідко підозрлість та недовірливість. У таких хворих відмічались загальна вдоволеність своїм життям, усвідомлене відношення до нього, ясність наявних цілей і позицій, змістовність занять і справ та небажання щось

кардинально змінювати. У своїй більшості такі особи вважали, що їх життя склалося нормально, воно хвилююче і захоплююче, наповнене сенсом і цілеспрямоване; кожен новий день не схожий на інший і приносить масу вражень: нудно не буває, головне, щоб вистачало енергії і сил [5].

На відміну від них, особи з усвідомленням своєї хвороби різняться більшою відкритістю у спілкуванні, добродушністю, довірливою товариськістю. Вони часто виявляються в положенні підлеглого, нерідко беруть провину на себе, намагаються вести себе шанобливо, мучаться докорами совісті. Їм властиві недостатня впевненість у своїх можливостях і силах, боязкий стиль взаємин з оточуючими, обережність і песимістичність в сприйнятті дійсності. На ряду із цим, у таких хворих зустрічалися твердження про те, що не зовсім сформувалося розуміння життя і не визначилась його мета, ще не знайдені цікаві справи або втрачена віра в їх можливість, але щось у житті слід серйозно змінити, тому що колишній спосіб життя – це «шлях в нікуди». Переважали твердження про те, що життя склалося не так, як мріялося, воно або одноманітне, нудне, рутинне і нецікаве, або порожнє, безцільне й безглузде [4; 5; 7].

Алкогольна анозогнозія має свою динаміку та стадійність протікання, що дозволяє прослідкувати зміни у міжособистісному спілкуванні та психологічних властивостей. На початковому етапі у складній системі суспільних відношень, де існують певні установки, симпатії й антипатії до питань, пов'язаних із алкоголізмом, поведінка хворого багато в чому ще визначається реальною спільною діяльністю, спілкуванням, взаєминами з іншими людьми. В подальшому хворий перебуває в біологічній залежності від алкоголю, яку він не в змозі сам змінити. Виникає емоційна установка на заперечення факту прийому алкоголю, починається процес опосередкування поведінки вузько спрямованою емоційно-забарвленою установкою на заперечення алкоголю в системі тих суспільних відносин, в яких існує хворий. Порушується оптимізація діяльності. Біологічна залежність від алкоголю визначає відхилення в поведінці, порушується процес навченості, що ще більше посилює патологічний вплив. З наростанням негативної симптоматики, порушення діяльності стають все більш вираженими і процес переходить зі стану функціонально оборотного в стабільне порушення саморегуляції. На третьому етапі відбувається порушення критичності, вміння оцінити себе з боку. Це саме та «межа», яка не дозволяє хворому правильно сприйняти партнера по спілкуванню, адекватно співвіднести власні дії зі сформованою ситуацією, результатом чого виявляються особистісні настанови на самообмеження. Хворі всіляко уникають ситуацій, що вимагають певних зусиль для вирішення конфлікту, більш того – прийом алкоголю стає еталоном прийнятної для себе поведінки в міжособистісних відносинах. Таким чином, перетворюючи алкоголь у ціннісний чинник, хворі стають на шлях обмеження самопізнання, наслідком якого є порушення регуляції та саморегуляції [8].

Початкові зміни особистості прогресують до настання деградації за алкогольним типом із соціальним зниженням і дезадаптацією. Алкогольна деградація особистості пов'язана зі змінами у мотиваційній сфері, порушеннями преморбідних постанов, звуженням кола інтересів [9].

Характерною ознакою алкогольної деградації є морально-етичне зниження: безтурботність, послаблення відчуття сором'язливості, втрата різнобічних інтересів, егоїзм, паразитичні тенденції, емоційне огрубіння, поверхневність суджень та брехливість [10; 11].

Зміна інтересів, їх обмеженість вживанням алкоголю пов'язані з формування нових потреб із базовим мотивом «вживання алкоголю», які спонукають хворого до залежної поведінки (механізм «здвигу мотиву на ціль»). Вживання алкоголю набуває особистісного змісту. Формування «патологічних» потреб обумовлює, в свою чергу, зміну особистісних переживань та намагань. Зникають далекоглядні мотиви, вся поведінка регулюється найближчими мотивами, серед яких основний і змістотворчий – потреба в алкоголі. Потреби втрачають свою опосередкованість, тобто спонукання призводить прямо та безпосередньо до дій, таким чином набувають характер потягів. Перебудова системи мотивів супроводжується зростанням психічної залежності від алкоголю і порушенням структури діяльності, яка все більше підпорядковується вживанням алкоголю [12; 13].

Відмічається порушення вольової сфери по відношенню до інших видів діяльності. Проте діяльність пов'язана з аддикцією супроводжується збільшеними вольовими та мотиваційними показниками – для досягнення цілі «алкоголь» прикладається максимум зусиль, високий рівень активності, ініціативність [14].

Поряд зі змінами мотиваційної сфери виступають порушення у соціальному функціонуванні хворих із залежністю від алкоголю [15]. Залежність від алкоголю змінює пізнання людини та її роль у подоланні життєвих проблем. Виявляється зниження здатності хворих досягати результати поведінки, передбачати їх наслідки, розуміти зв'язки між поведінкою та наслідками. Виявлене зниження соціального інтелекту, в осіб із станами залежності, сприяє соціальній дезадаптації. Домінування потреби в алкоголі перешкоджає реалізації інших потреб та втілюється у порушенні міжособистісних відносин [16; 15]. Ускладнення спілкування з'являється ще й у зв'язку із тенденцією осіб із залежністю від алкоголю переоцінювати інтенсивність емоцій інших, розшифровки емоційних виразів [17; 18].

Порушення когнітивної сфери особистості з алкогольною залежністю має широкий спектр: від незначних коливань уваги до формування психоорганічного синдрому з інтелектуально-мнестичним зниженням. Першим, виявляється порушення функції уваги, що тягне за собою зниження пам'яті. В мислені виявляється зниження здатності до абстрагування, сповільненість темпу та динаміки протікання, непослідовність суджень, нерівномірність рівня абстрагування. За результатами експериментальних завдань у хворих на алкогольну

залежність відмічається недостатня цілеспрямованість суджень, некритичність, яка проявляється у невмінні помічати допущені помилки, легковажною реакцією на виправлення та зауваження з боку експериментатора та невмінням керуватись ними в своїй подальшій роботі. Тобто йдеться про порушення процесів переробки, фіксації та порівнянні інформації, що надходить із попереднім досвідом [12; 13].

За даними Дереча Г. І. (2005), у більшості випадків когнітивне зниження особистості розвивається повільно, має свою стадійність протікання:

- 1) першою виявляється вольова особистісна слабкість;
- 2) потім ознаки інтелектуально-морального зниження;
- 3) за яким слідує розумова і мнестична слабкість;
- 4) власне органічний розлад особистості [5].

Матеріали дослідження та отримані результати.

Обстеженню підлягали 43 особи з алкогольною залежністю, віком 40÷80 років. Стосовно цих осіб у судовому порядку, за допомогою судово-психіатричних експертиз (СПЕ), розглядалися питання позбавлення чи обмеження їх цивільної дієздатності. Усі хворі, що були відібрані для обстеження, перебували на II, II-III, III стадії алкоголізму (табл. 1). У дослідження не включалися хворі з тяжкими психічними захворюваннями, що супроводжувалися зловживанням психоактивними речовинами.

Зазвичай для винесення експертного рішення щодо нездатності осіб УЗСД та КН на перший план виступає ступінь інтелектуально-мнестичного зниження.

За результатами проведеного дослідження у групі осіб, стосовно яких винесено експертне рішення щодо їх недієздатності, всі хворі мали діагностовану алкогольну деградацію при виразному зниженні рівня адаптації (табл. 2, 3). Винесення експертного рішення щодо нездатності осіб УЗСД та КН при визначенні цивільної дієздатності, зазвичай, обумовлюється наявністю інтелектуально-мнестичного зниження більш глибокого за незначне при наявності алкогольної деградації, яка в свою чергу передбачає зміну особистості та емоційно-вольової сфери. Тобто порушення когнітивної сфери та динаміки протікання мисленнєвої діяльності перекидає значення особистісних змін при винесенні експертного рішення. Проте при визначенні правочиноздатності у даної когорти хворих порушення індивідуально-психологічних характеристик особистості, особливо емоційно-вольової сфери, можуть виступати провідними, наприклад, при запоях, абстинентному синдромі.

Під час експертної оцінки здатності осіб УЗСД та КН викликає складності розмежування осіб із повною дієздатністю з особами, що визнаються обмежено дієздатними. У групі осіб, яких визнано дієздатними у 80%

Таблиця 1

Розподіл підекспертних за стадіями алкогольної залежності

Стадія алкоголізму	Кількість підекспертних							
	міг УЗСД та КН		не міг УЗСД та КН		не повною мірою міг УЗСД		Всього	
	n	%	n	%	n	%	n	%
II	5	100,0	2	7,1	7	70,0	14	32,6
II – III	–	–	19	67,9	2	20,0	21	48,8
III	–	–	7	25,0	1	10,0	8	18,6

Таблиця 2

Розподіл підекспертних за соціальними характеристиками та рівнем адаптації

Соціальні характеристики	Кількість підекспертних							
	міг УЗСД та КН		не міг УЗСД та КН		не повною мірою міг УЗСД		Всього	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Рівень збереженості адаптації								
Соціальної:								
- знижений	4	80,0	28	100,0	10	100,0	42	97,7
- збережений	1	20,0	–	–	–	–	1	2,3
Сімейної:								
- знижений	3	60,0	28	100,0	10	100,0	41	95,3
- збережений	2	40,0	-	-	-	-	2	4,7
Трудової:								
- знижений	3	60,0	28	100,0	10	100,0	41	95,3
- збережений	2	40,0	–	–	–	–	2	4,7
Разом	5	100,0	28	100,0	10	100,0	43	100,0

Таблиця 3

Наявність інтелектуально-мнестичного зниження та алкогольної деградації

Інтелектуально-мнестичне зниження	Кількість підекспертних						Всього	
	міг УЗСД та КН		не міг УЗСД та КН		не повною мірою міг УЗСД			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Відсутнє	4	80,0	2	7,1	5	50,0	11	25,6
Спостерігалось:	1	20,0	26	92,9	5	50,0	32	74,4
Легкий когнітивний розлад	1	20,0	1	3,6	3	30,0	5	11,6
Психоорганічний синдром:	–	–	8	28,6	1	10,0	9	20,9
- невиразний	–	–	1	3,6	–	–	1	2,3
- помірний	–	–	4	14,3	–	–	4	9,3
- виразний	–	–	3	10,7	1	10,0	4	9,3
Деменція	–	–	17	60,7	1	10,0	18	41,9
Зафіксовано в:								
мед. документації	1	20,0	16	57,1	5	50,0	22	51,2
показаннях свідків	–	–	1	3,6	–	–	1	2,3
мед. документації та показаннях свідків	–	–	9	32,1	–	–	9	20,9
Динаміка інтелектуально-мнестичних порушень:								
- стаціонарна	1	20,0	6	21,4	3	30,0	10	23,3
- прогресивна	–	–	20	71,4	2	20,0	22	51,2
- регресивна	–	–	–	–	–	–	–	–
Алкогольна деградація особистості:								
- наявна	2	40,0	28	100,0	9	90,0	39	90,7
- відсутня	3	60,0	–	–	1	10,0	4	9,3

не виявлено інтелектуально-мнестичного зниження, у 20% є дані щодо наявності легкого ступеня зниження. Алкогольна деградація наявна у 40%; у 80% відмічається зниження рівня соціальної адаптації, 60% – зниження сімейної та трудової адаптації.

У групі осіб, яких за рішенням експертної комісії визнано обмежено дієздатними, у 50% також були відсутні дані щодо наявності інтелектуально-мнестичного зниження; у 30% спостерігався легкий ступінь зниження; у 10% – виразний психоорганічний синдром; у 10% – деменція. Алкогольна деградація особистості була наявна у 90%, зниження рівня адаптації спостерігалось у всіх випадках.

Алкогольна деградація особистості наявна та досить широко розповсюджена в усіх групах осіб із алкогольною залежністю, проте винесена в експертний діагноз лише в 7% від загальної кількості обстежених осіб.

Висновки. При формуванні алкогольної залежності та оформленні її як психічного розладу змінюється психологічна характеристика особистості. Першочерговий вплив на характер загострень преморбідних характеристик особистості, змін у міжособистісному спілкуванні, мають алкогольна анозогнозія та механізми психологічного захисту. Трансформації емоційно-вольової сфери, особливо мотиваційної спрямованості, змінюють

поведінку осіб із залежністю від алкоголю, визначаючи їх діяльність; знижують критичність і адаптаційні можливості хворого. При цьому когнітивні порушення, як правило, з'являються пізніше та мають різномірну структуру: від поодиноких психічних порушень до всеохоплюючого зниження — деменції. Особистісні зміни, поєднані із коливанням ступеня тяжкості когнітивних порушень, виявляються у порушенні регуляції поведінки осіб із залежністю від алкоголю, співвіднесення її з обставинами, що змінюються й прогнозуванням наслідків. Соціально-трудова адаптація осіб із алкогольною залежністю, а саме наявність трудових настанов, збереженість трудової функції, стабільність сімейного стану, особливості взаємовідносин у родині, збереженість соціальних контактів, порівняно з раніше існуючим, дозволяє оцінити ступінь «збереженості» особистості та можливу динаміку протікання алкоголізму, а в деяких випадках, особливо у хворих із порушеннями емоційно-вольової сфери, може мати вагоме значення при винесенні експертного рішення щодо здатності УЗСД та КН.

При проведенні комплексних судових психолого-психіатричних експертиз експертна оцінка здатності УЗСД та КН не має ґрунтуватися лише на дослідженні інтелектуального компонента дієздатності, необхідно брати до уваги й зміни особистісної сфери. Поєднання

когнітивних і емоційно-вольових розладів із відносно однаковим ступенем виразності вимагає створення чіткого алгоритму експертної оцінки під час визначення обсягу дієздатності.

Література

1. Бараненко А. В. Роль аффективных расстройств в преморбидном периоде формирования алкогольной зависимости (обзор литературы) / А. В. Бараненко // Украинський вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9. — Вип. 3. — С. 125–127.
2. Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделевича. — СПб: Речь, 2007. — 768 с.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.
4. Дереча Г. И. О значении изучения смыслжизненных ориентаций у больных алкоголизмом / Г. И. Дереча, В. А. Дереча // Медицинская психология в России. — 2010. — №2. Режим доступа: medpsy.ru.
5. Дереча Г. И. Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом (клинико-системное исследование) — Автореф. канд.мед.наук. — Оренбург, 2005. — 24 с.
6. Еникеева Д. Д. Преморбидные особенности личности больных с малопрогредиентным вариантом течения алкоголизма // Пятый Всероссийский съезд невропатол. и психиатр. — М., 1985. — Т.2. — С. 51-53.
7. Дереча В. А. О видах и механизмах личностной зависимости. — Оренбург, 2001. — 120 с.
8. Махова Т. А. Структура и функции алкогольной анозогнозии / Т. А. Махова // Вопросы психологии. — 1998. — №1. — С. 154-158.
9. Перейра Ф. М. Особенности мотивационной структуры алкогольной зависимости / Ф. М. Перейра, Т. А. Немчин, Б. М. Гузилов // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л., 1989. — С. 32-38.
10. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 210-212.
11. Соловьева В. М. Алкогольная деформация личности / В. М. Соловьева // VI Всероссийский съезд психиатров. — Томск, 1990. — Т.2. — С. 181-182.
12. Блейхер В. М., Круг И. В. Клиническая патопсихология. — М.: Изво Московского психолого-социального института, 2002 — 352 с.
13. Зейгарник Б. В. Патопсихология: Учебное пособие для студентов вузов. — М.: Изд-ий центр «Академия», 1999. — 208 с.
14. Дмитриева Н. В., Четвериков Д. В. Психология аддиктивного поведения. — Новосибирск, 2002. — 278 с.
15. Сирота Н. А. Исследование социального познания и социального интеллекта у лиц, зависимых от психоактивных веществ / Н. А. Сирота, Н. И. Зенцова // Медицинская психология в России. — 2010. — № 4. — Режим доступа: medpsy.ru.
16. Зенцова Н. И. Когнитивные факторы психосоциальной адаптации лиц, зависимых от алкоголя и героина / Н. И. Зенцова / дисс. . к. психол. н., Москва, 2009. 195 с.
17. Mann K. Neuroimaging in alcoholism: CT and MRI results and clinical correlates / K. Mann, G. Mundle, M. Strayle // Journal of Neural Transmission (General Section). — 1999. — Vol. 1(3). — P. 145-155.
18. Patterson M.L. The evolution of parallel process model of nonverbal communication / M.L. Patterson, R.S. Feldman, E.J. Coats, editors // The social context of nonverbal Behaviour. — New York: Cambridge University Press. — 1998. — P. 114-129.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ (СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА)

А. А. РЕВЕНОК, А. В. РАДЗЕВИЛОВА, О. П. ОЛЕЙНИК, Н. А. ДОЛЖИКОВА

В статье освещены особенности течения когнитивных процессов и изменений индивидуально-психологических характеристик у лиц с зависимостью от алкоголя. Представлены механизм трансформации их мотивационной сферы и межличностного общения. Представлены результаты исследования 43 человек с алкогольной зависимости, в отношении которых рассматривались вопросы лишения или ограничения их дееспособности. Проанализировано влияние указанных изменений на способность осознавать значение своих действий и (или) руководить ими.

Ключевые слова: лица с зависимостью от алкоголя, нарушение когнитивных процессов, изменения индивидуально-психологических характеристик, комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, гражданский процесс

PECULIARITIES OF COGNITIVE PROCESSES AND INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ALCOHOL (FORENSIC EXPERT EVALUATION)

A. REVENOK, A. RADZEVILOVA, O. OLIINYK, N. DOLZHKOVA

The article deals with the peculiarities of cognitive processes and changes of individual psychological characteristics of persons with dependence on alcohol. The mechanism of transformation of their motivation sphere and interpersonal communication. Submitted the results of the study 43 persons with alcohol dependence, in regard to that the questions of privation or limitation of their civil capacity. Analyzed the influence of the indicated changes on ability to realize the value of the actions and (or) manage them.

Keywords: persons with dependence on alcohol violation of cognitive processes, changes of individual psychological characteristics, a complex forensic psychological and psychiatric examination, civil law

УДК 616.89

С. С. Шум, О. О. Суховій ФАКТОРИ СУСПІЛЬНОЇ НЕБЕЗПЕЧНОСТІ ОСІБ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

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

Ключові слова: фактори суспільної небезпечності, профілактика суспільно небезпечних діянь осіб, які хворіють на психічні розлади, суспільно небезпечні діяння, примусові заходи медичного характеру

Організація психіатричної допомоги особам, які захворіли на психічні розлади, історично формувалась таким чином, що будь-який з її видів, поряд із вирішенням завдань лікувально-профілактичного характеру, переслідував попередження можливих суспільно

небезпечних діянь (СНД) хворих на психічні розлади. У першу чергу, це обумовлено існуючими переконаннями спеціалістів у галузі психіатрії, а також науковців, задіяних у даній сфері, стосовно високої частоти протиправних дій, що вчиняються психічно хворими: від 1

когнітивних і емоційно-вольових розладів із відносно однаковим ступенем виразності вимагає створення чіткого алгоритму експертної оцінки під час визначення обсягу дієздатності.

Література

1. Бараненко А. В. Роль аффективных расстройств в преморбидном периоде формирования алкогольной зависимости (обзор литературы) / А. В. Бараненко // Украинський вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9. — Вип. 3. — С. 125–127.
2. Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделевича. — СПб: Речь, 2007. — 768 с.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.
4. Дереча Г. И. О значении изучения смыслжизненных ориентаций у больных алкоголизмом / Г. И. Дереча, В. А. Дереча // Медицинская психология в России. — 2010. — №2. Режим доступа: medpsy.ru.
5. Дереча Г. И. Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом (клинико-системное исследование) — Автореф. канд.мед.наук. — Оренбург, 2005. — 24 с.
6. Еникеева Д. Д. Преморбидные особенности личности больных с малопрогредиентным течением алкоголизма // Пятый Всероссийский съезд невропатол. и психиатр. — М., 1985. — Т.2. — С. 51-53.
7. Дереча В. А. О видах и механизмах личностной зависимости. — Оренбург, 2001. — 120 с.
8. Махова Т. А. Структура и функции алкогольной анозогнозии / Т. А. Махова // Вопросы психологии. — 1998. — №1. — С. 154-158.
9. Перейра Ф. М. Особенности мотивационной структуры алкогольной зависимости / Ф. М. Перейра, Т. А. Немчин, Б. М. Гущиков // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л., 1989. — С. 32-38.
10. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 210-212.
11. Соловьева В. М. Алкогольная деформация личности / В. М. Соловьева // VI Всероссийский съезд психиатров. — Томск, 1990. — Т.2. — С. 181-182.
12. Блейхер В. М., Круг И. В. Клиническая патопсихология. — М.: Изво Московского психолого-социального института, 2002 — 352 с.
13. Зейгарник Б. В. Патопсихология: Учебное пособие для студентов вузов. — М.: Изд-ий центр «Академия», 1999. — 208 с.
14. Дмитриева Н. В., Четвериков Д. В. Психология аддиктивного поведения. — Новосибирск, 2002. — 278 с.
15. Сирота Н. А. Исследование социального познания и социального интеллекта у лиц, зависимых от психоактивных веществ / Н. А. Сирота, Н. И. Зенцова // Медицинская психология в России. — 2010. — № 4. — Режим доступа: medpsy.ru.
16. Зенцова Н. И. Когнитивные факторы психосоциальной адаптации лиц, зависимых от алкоголя и героина / Н. И. Зенцова / дисс. . к. психол. н., Москва, 2009. 195 с.
17. Mann K. Neuroimaging in alcoholism: CT and MRI results and clinical correlates / K. Mann, G. Mundle, M. Strayle // Journal of Neural Transmission (General Section). — 1999. — Vol. 1(3). — P. 145-155.
18. Patterson M.L. The evolution of parallel process model of nonverbal communication / M.L. Patterson, R.S. Feldman, E.J. Coats, editors // The social context of nonverbal Behaviour. — New York: Cambridge University Press. — 1998. — P. 114-129.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ (СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА)

А. А. РЕВЕНОК, А. В. РАДЗЕВИЛОВА, О. П. ОЛЕЙНИК, Н. А. ДОЛЖИКОВА

В статье освещены особенности течения когнитивных процессов и изменений индивидуально-психологических характеристик у лиц с зависимостью от алкоголя. Представлены механизм трансформации их мотивационной сферы и межличностного общения. Представлены результаты исследования 43 человек с алкогольной зависимости, в отношении которых рассматривались вопросы лишения или ограничения их дееспособности. Проанализировано влияние указанных изменений на способность осознавать значение своих действий и (или) руководить ими.

Ключевые слова: лица с зависимостью от алкоголя, нарушение когнитивных процессов, изменения индивидуально-психологических характеристик, комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, гражданский процесс

PECULIARITIES OF COGNITIVE PROCESSES AND INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ALCOHOL (FORENSIC EXPERT EVALUATION)

A. REVENOK, A. RADZEVILOVA, O. OLIYNYK, N. DOLZHKOVA

The article deals with the peculiarities of cognitive processes and changes of individual psychological characteristics of persons with dependence on alcohol. The mechanism of transformation of their motivation sphere and interpersonal communication. Submitted the results of the study 43 persons with alcohol dependence, in regard to that the questions of privation or limitation of their civil capacity. Analyzed the influence of the indicated changes on ability to realize the value of the actions and (or) manage them.

Keywords: persons with dependence on alcohol violation of cognitive processes, changes of individual psychological characteristics, a complex forensic psychological and psychiatric examination, civil law

УДК 616.89

С. С. Шум, О. О. Суховій ФАКТОРИ СУСПІЛЬНОЇ НЕБЕЗПЕЧНОСТІ ОСІБ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

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

Ключові слова: фактори суспільної небезпечності, профілактика суспільно небезпечних діянь осіб, які хворіють на психічні розлади, суспільно небезпечні діяння, примусові заходи медичного характеру

Організація психіатричної допомоги особам, які захворіли на психічні розлади, історично формувалась таким чином, що будь-який з її видів, поряд із вирішенням завдань лікувально-профілактичного характеру, переслідував попередження можливих суспільно

небезпечних діянь (СНД) хворих на психічні розлади. У першу чергу, це обумовлено існуючими переконаннями спеціалістів у галузі психіатрії, а також науковців, задіяних у даній сфері, стосовно високої частоти протиправних дій, що вчиняються психічно хворими: від 1

до 20%, стосовно окремих видів правопорушень [1; 2]. Особливо чітко така тенденція простежується відносно СНД агресивного характеру. Виявлення осіб із психічними розладами, які становлять потенційну суспільну небезпечність, та своєчасне застосування до таких осіб необхідних та достатніх примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) є запорукою попередження вчинення СНД особами, які хворіють на психічні розлади [3]. Це потребує науково обґрунтованої розробки факторів, які обумовлюють суспільну небезпечність таких осіб. Безсумнівно, події майбутнього неможливо передбачити абсолютно точно, спираючись на аналіз подій, які сталися у минулому або відбуваються у теперішньому часі, не можна цього досягти навіть завдяки найприскіпливішому всебічному дослідженню кожної конкретної особи. Але забезпечити більшу ефективність заходів попередження СНД можна лише за умови дослідження факторів суспільної небезпечності осіб, які страждають на психічні розлади.

Поняття «суспільна небезпечність психічно хворого» є одним із ключових не лише в судовій, але й у загальній психіатрії. Так, С. Н. Шишков визначає суспільну небезпечність особи, яка хворіє на психічний розлад, як «ризик (високий ступінь вірогідності) вчинення хворим нового суспільно небезпечного діяння», тому «чим вища вірогідність його вчинення і чим більша тяжкість передбачуваного делікту, тим вищим є ступінь суспільної небезпечності хворого» [4]. Передумовою визначення ступеня суспільної небезпечності особи, яка страждає на психічний розлад, може бути як неосудність, так і осудність або обмежена осудність особи, стосовно вчиненого нею СНД. На відміну від ретроспективних понять «неосудність/осудність», поняття «суспільна небезпечність психічно хворого» є динамічним та виконує прогностичну функцію стосовно вірогідності реалізації такого діяння у майбутньому, тобто є «антероспективним». Розповсюджене уявлення про існування лише т. зв. юридичного і медичного критеріїв «суспільної небезпечності психічно хворого», яка нібито складається із «суспільної небезпечності діяння» та «суспільної небезпечності психічного захворювання», є редукованим та не відповідає дійсності, що спричиняє необґрунтоване застосування судом до осіб, які страждають на психічні розлади, видів ПЗМХ, не відповідних ступеневі їх суспільної небезпечності.

Суспільна небезпечність особи, яка захворіла на психічний розлад, у першу чергу обумовлена вірогідністю вчинення СНД у майбутньому, що потребує визначення факторів, які обумовлюють таку вірогідність. Прогнозування вірогідності вчинення СНД переважно має значення відносно характеру СНД. Обумовленість суспільної небезпечності особи клініко-психопатологічними факторами має в даному випадку опосередковане значення, адже основною метою застосування ПЗМХ, поруч із вилікуванням особи (або досягненням якісної, стійкої ремісії), є створення умов, які б виключали можливість суспільно небезпечної поведінки особи під час її перебування у психіатричному закладі. Класичні «критерії»

суспільної небезпечності психічно хворих (медичний та юридичний) у зазначеному випадку не можуть повністю задовольнити потреби спеціалістів, які беруть участь у процесі визначення ступеня такої небезпечності [5–8], що спонукає до більш широкого дослідження можливих факторів, які здатні сприяти реалізації СНД зазначеним контингентом осіб.

Необхідно звернути увагу, що під час визначення ступеня суспільної небезпечності, лікарі – судово-психіатричні експерти та психологи – судові експерти переважно обмежуються оцінкою небезпечності особи тільки для інших, і лише інколи – небезпечності для самої особи. Проте визначення ризику вчинення особою аутоагресивних та гетероагресивних дій необхідно здійснювати у сукупності, адже реалізація різноспрямованої агресії є досить розповсюдженою на практиці.

Запропонована нижче класифікація факторів суспільної небезпечності осіб, які хворіють на психічні розлади, лише на перший погляд є занадто розширеною, і у жодному разі не схвалює гіпер- чи гіподіагностику суспільної небезпечності у будь-яких їх проявах. Натомість, нижчезазначені фактори покликані привернути до даної проблеми увагу спеціалістів, котрі беруть участь у визначенні потенційної суспільної небезпечності осіб та будуть удосконалюватись у процесі проведення відповідних досліджень.

Емпірично встановлені фактори суспільної небезпечності зазначеного контингенту осіб було порівняно з даними класичних та сучасних наукових досліджень, стосовно вказаної проблеми [9–13]. У результаті було сформовано дві групи факторів: основні (клініко-психопатологічні) та додаткові (кримінально-правові, психологічні, особистісні, ситуаційні, соціально-адаптаційні, сімейно-побутові, морально-етичні, інформаційно-продукційні, фізично-технічні, адиктологічні). Такий спосіб класифікації підкреслює, що у разі відсутності значущих клініко-психопатологічних факторів, проблема встановлення суспільної небезпечності особи набуває переважно кримінологічного характеру, а тому у більшості випадків до таких осіб неможливе застосування ПЗМХ. Також необхідно звернути увагу, що перераховані нижче фактори є динамічними та знаходяться у тісній взаємодії, яка обумовлює складність чіткого розмежування окремих факторів, а це, в свою чергу, вимагає застосування під час визначення ступеня суспільної небезпечності особи системного підходу.

Основні фактори

А. Клініко-психопатологічні

Наявність у особи психопатологічної симптоматики є суттєвим фактором ризику вчинення ауто- та/або гетероагресивних дій. Особливу небезпеку можуть обумовлювати психопатологічні синдроми, які супроводжуються імперативними галюцинаціями агресивного характеру та порушеннями сприйняття, які створюють у особи суб'єктивне відчуття загрози; синдроми з маячними ідеями, скерованими проти конкретної особи, групи осіб, організації або всього суспільства, які хворий намагається втілити у життя

(в т. ч. ідеї переслідування, відношення, впливу, отруєння, обкрадання, ревнощів тощо, які поєднуються з прагненням хворого покарати уявних «кривдників»), що сполучається зі значною афективною напруженістю; синдроми з маніакальною або гіпоманіакальною розгальмованістю, підвищеною розкутістю або розгальмуванням статевого потягу; синдроми, яким можуть бути властиві імпульсивні дії агресивного характеру; психопатологічні синдроми з маячними ідеями самозвинувачення, власної неповноцінності та суїцидальними тенденціями, які можуть бути реалізовані шляхом вчинення розширеного самогубства; синдроми з коливаннями рівня свідомості, під час яких спостерігаються прояви ауто- та гетероагресії; психотичні стани з проявами підвищеної конформності та здатності до навіювання, що може спричинити розвиток у особи індукованого психозу та/або участь у вчиненні СНД групою осіб. Важливими є якомога детальніша інформація про всі перенесені у минулому психічні розлади, наявність гетеро- та аутоагресивної поведінки у складі психопатологічної симптоматики у кожному з випадків перенесених психічних розладів, інформація про перебіг та динаміку захворювання, отримання медичної документації з психіатричних закладів та медичних закладів, під час перебування в яких особі була надана консультація психіатра. Також варто детально з'ясувати характеристики психопатологічних розладів, наявних на поточний час, включаючи можливість реакції на дію психотравмуючих або інших чинників, які передували вчиненню інкримінованого особі правопорушення. Особливу увагу слід зосередити на наявності у хворого мотивації до лікування і позитивного ставлення до психофармакотерапії та інших видів лікування. У разі недостатності відомостей про такі фактори, ступінь суспільної небезпечності особи може суттєво відрізнятись від прогнозованого.

Додаткові фактори

Б. Кримінально-правові

Беруть до уваги наявність відомостей про вчинені в минулому особою кримінальні правопорушення або обумовлені психопатологічною симптоматикою СНД, включаючи обставини, механізм та їх можливі причини. Інформація про криміногенне оточення особи, проживання в регіоні (районі міста) з підвищеною криміногенністю, участь у кримінальних угрупованнях. Також необхідно отримати інформацію про застосування до особи запобіжних заходів у вигляді утримання під вартою, застосування покарання у вигляді позбавлення волі, застосування ПЗМХ, терміни застосування таких заходів. Необхідно з'ясувати, як реагувала особа на застосування перерахованих заходів та на інші види кримінального покарання, якщо вони мали місце у минулому. Особливу увагу слід звернути на наявні дані про ауто- та/або гетероагресивні дії або інші небезпечні вчинки під час перебування в закладах Державної пенітенціарної служби України або в психіатричних закладах, під час застосування до особи ПЗМХ, та обставини таких виявів агресії або інших видів небезпечності.

В. Психологічні

Обумовлені ступенем усвідомлення потенційної суспільної небезпечності наявної психопатологічної симптоматики, усвідомленням небезпечності дій, які особа має (або мала) наміри вчинити, здатністю до стримування реалізації ауто- та/або гетероагресивних дій, рівнем критики до свого стану, ступенем прагнення до отримання медичної допомоги та готовністю до співпраці з медичним персоналом. Необхідно з'ясувати ставлення особи до вчиненого кримінального правопорушення, визнання або невизнання нею своєї вини, наявність каяття у вчиненому або, навпаки, впевненість у відсутності складу злочину у скоєному. Також необхідно встановити психологічні механізми, за якими були вчинені агресивні дії, особливу увагу слід звернути на наявність чи відсутність психологічної зрозумілості мотивів вчиненого кримінального правопорушення. Так, згідно з теорією каузальної атрибуції, відповіді на питання, наприклад: «Коли і хто, стосовно кого дещо зробив, як, навіщо та чому?» (Gorlitz D., 1974) [10], визначають розуміння ситуації дії, що необхідно застосовувати під час оцінки ступеня усвідомлення особою певних ситуацій, у яких вона виявляла агресивну поведінку, з метою визначення індивідуальних можливостей особи розуміти та прогнозувати причинно-наслідкові зв'язки. Психологічні фактори також повинні включати рівень соціально-психологічного, психосексуального та інтелектуального розвитку, наявність конкретних життєвих цілей, наявність позитивного досвіду самоконтролю та стримування прагнення до реалізації агресивних вчинків, здатності вільного вибору можливих правомірних та неагресивних варіантів вчинків у конфліктних та нейтральних ситуаціях.

Г. Особистісні

Необхідно встановити наявність акцентуацій особистості, стан їх компенсації на даний момент, епізоди субкомпенсації або декомпенсації у минулому, з'ясувати обставини, які передували декомпенсаціям у акцентуантів, характеристики та тривалість таких епізодів декомпенсації, їх зв'язок із агресивними вчинками, якщо такі спостерігались у минулому, притаманність високого рівня особистісної агресивності, яка потребує постійної «розрядки». Така необхідність обумовлена схильністю осіб із розладами особистості, внаслідок дисгармонічної структури їх психіки, до сприйняття у якості психотравмуючих значно більшої кількості різноманітних впливів, у порівнянні з особами без розладів особистості. Також необхідно встановити найбільш характерні способи реагування особи на стресогенні ситуації, зміну оточення, схильність до ауто- чи гетероагресії, ступінь її агресивності під час стресових навантажень. Варто з'ясувати наявність проагресивних та контрагресивних структур особистості, що стосується не тільки гетеро-, але й аутоагресії. Аналіз проагресивних структур здійснюється завдяки встановленню загального рівня агресивності особистості, який складається з мотиваційної агресивності, агресивності як притаманної особистості характеристики та реактивної агресивності [9]. Аналіз

контрагресивних структур особистості має включати механізми психологічного захисту, копінг-стратегії, розвиненість емпатії та вищих емоцій, визначення наявності ресурсів особистості, здатних інгібувати власні агресивні тенденції, роль для особи соціальних настанов, спроможність до інтелектуального та вольового співвродіння з бажанням реалізації ауто- та/або гетероагресії.

Д. Ситуаційні

Необхідність виявлення характерних для особи у минулому типових ситуацій, які провокували ауто- чи гетероагресивні дії з її боку, обумовлена ситуаційністю будь-якої діяльності [10]. Потрібно провести аналіз складних життєвих обставин, поведінку у складних та нейтральних для особи ситуаціях, яким чином такі ситуації впливають на ступінь агресивності особи. Проаналізувати характер реагування особи на психотравмуючі та екстремальні ситуації, які траплялися в житті особи, здатність адаптуватися до ситуаційних вимог, з якими раніше не доводилося стикатися, характер та ступінь реактивної агресивності особи в екстремальних ситуаціях. Виявити стереотипи взаємодії особистості з фруструючою ситуацією. З'ясувати, чи траплялись у житті особи ситуації з надцінною або маячною інтерпретацією нейтральних обставин, суб'єктивно сприйнятих як загрозові, внаслідок невірної когнітивної оцінки сенсу певної ситуації, чи супроводжувались такі ситуації ауто- чи гетероагресивною поведінкою.

Е. Соціально-адаптаційні

Ступінь адаптації особи в соціальному житті, починаючи з дитячого віку, дотепер. Навчання, працевлаштування, суспільно корисні види діяльності, участь у роботі громадських та благодійних організацій (сукупність таких даних необхідно аналізувати в динамічному взаємозв'язку з можливою психопатологічною симптоматикою, наявною у минулому). Успіхи та труднощі у навчанні, у процесі виконання службових обов'язків, рівень доходів, матеріальна забезпеченість, ставлення до матеріальних благ, наявність відзнак та нагород або доган, з чим вони були пов'язані. Приналежність особи до певних соціальних груп, авторитетність особи серед оточуючих. Наявність антисоціальних настанов. Зміни місць навчання та працевлаштування, можливі причини таких змін. Стосунки з оточуючими під час навчання та роботи, особливості взаємин із керівництвом та підлеглими, прояви агресії та вчинені правопорушення під час навчання і роботи, вміння адекватно вирішувати конфліктні ситуації. Важливо проаналізувати характеристики особи за місцями роботи або навчання, бажано отримати свідчення знайомих, особливо стосовно схильності до ауто- чи гетероагресивних вчинків.

Ж. Родинно-побутові

Розповсюдженими є суттєві відмінності поведінки особи у суспільстві від поведінки у родинному колі, що обумовлює необхідність окремого ґрунтового дослідження цієї сфери. Це також обумовлено значною кількістю тяжких СНД, вчинених особами з психічними розладами проти членів своєї сім'ї. Для дослідження цієї сфери необхідно з'ясувати особливості розвитку особи у

батьківській родині – з дитинства до моменту створення власної сім'ї (якщо особа на момент дослідження вже створила свою сім'ю), особливості виховання, наявність безпечного оточення у дитинстві, можливі негативні фактори під час виховання, стосунки з батьками, наявність насильства в сім'ї, реакція особи на жорстоке поводження, вміння захистити свої інтереси, ступінь незалежності від членів сім'ї, наявність агресивного поводження особи стосовно власних батьків, інші епізоди агресії у дитинстві. Створення власної сім'ї, стосунки та ступінь порозуміння особи з дружиною (чоловіком), особливості сексуальних відносин у подружньому житті, агресивні вчинки подружжя по відношенню один до одного. Особливості виховання власних дітей, ступінь піклування про них, агресивні дії по відношенню до своїх дітей. Внесок особи у побут власної родини, ступінь забезпечення сім'ї необхідними для життя умовами, здатність захистити своїх рідних від неправомірних посягань, приклади такого захисту у минулому.

З. Морально-етичні

Наявність у особи переконань стосовно можливості та необхідності вирішення конфліктних ситуацій переважно мирним шляхом. Моральна конституція особи, уявлення про справедливість, норми поведінки у суспільстві, важливість для особи ставлення родичів, оточуючих, суспільства. Необхідно з'ясувати наявність релігійних переконань, чи дотримується особа релігійних обрядів. З'ясувати ситуації, в яких особа допускає застосування фізичної сили, приклади таких ситуацій у минулому, коли нею було застосовано фізичну силу. Ставлення особи до влади, її ролі у необхідності покарання особи, яка вчинила кримінальне правопорушення. Точка зору стосовно належності існуючих способів покарання та ролі кримінально-виконавчої служби у реалізації покарання. Високий преморбідний рівень розвитку моральної, етичної свідомості та моральних якостей істотно зменшує вірогідність вчинення СНД особою, яка хворіє на психічний розлад.

І. Інформаційно-продукційні

Аналіз інформаційних каналів, які використовує та використовувала у минулому особа (друковані видання, аудіо- та відеопродукція, радіо, телебачення, електронні джерела інформації, соціальні мережі в Інтернет, інформація від оточуючих, родичів, шляхом листування тощо). Особливу увагу слід звернути на зацікавленість особи інформацією, що носить агресивний характер, пошук та накопичення такого роду інформації. Проведення аналізу мовної та письмової продукції особи, малюнків, листів, записів, властивість такій продукції агресивного характеру, наявність в ній погроз, планів реалізації помсти, ознак прихованої агресії тощо.

К. Фізично-технічні

Оцінка конституції та життєвого тону особи, загальної та спеціальної фізичної підготовки. Заняття особи спортом, якими саме видами спорту, індивідуальні досягнення, ступінь агресивності видів спорту, якими займалась особа. Заняття екстремальними видами спорту, бойовими мистецтвами, ступінь професіоналізму.

Спортивні травми, типові реакції на перемоги та поразки. Застосування спортивних навичок у повсякденному житті: з метою самооборони або як вияв агресії. Володіння вогнепальною та холодною зброєю, наявність такої зброї вдома або за місцем роботи, наявність досвіду у полюванні. Навички у застосуванні вибухових матеріалів, епізоди захоплення зброєю, вибухівкою, підпалами, іншими небезпечними засобами у минулому. Служба в армії, військовий підрозділ, отримані навички, агресивні та/або аутоагресивні дії під час служби в армії, їх причини. Психічні розлади під час служби в армії. Робота в органах внутрішніх справ, епізоди перевищення повноважень. Участь у військових діях, де вбивства є санкціонованими, або участь у кримінальних угрупованнях, де ставлення до законності та органів правопорядку протилежні загально визнаним нормам, що може сприяти підвищенню суспільної небезпечності особи.

Л. Адиктологічні

Значення для особи алкогольних напоїв, наркотичних речовин, азартних ігор тощо. Епізоди вживання алкоголю, наркотичних речовин з метою зниження стресової напруги. Особливості поведінки особи у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, підвищена поведінкова активність під час вживання психоактивних речовин, спосіб реагування особи на успіх або невдачу в азартних іграх (за наявності у особи лудоманії). Епізоди ауто- та гетероагресивної поведінки у минулому, пов'язані зі вживанням алкогольних напоїв, наркотичних речовин, азартними іграми тощо.

Дослідження кожного з факторів суспільної небезпечності осіб, які страждають на психічні розлади, не повинно обмежуватися простим ранжируванням таких факторів за принципом «+ / 0 / -» (що, наприклад, є характерним для відомої методики оцінки ризику насилля HCR-20), а має співвідноситися з іншими факторами, враховуючи наявні проагресивні та контрагресивні структури особистості, що стосується не тільки гетеро-, але й аутоагресії.

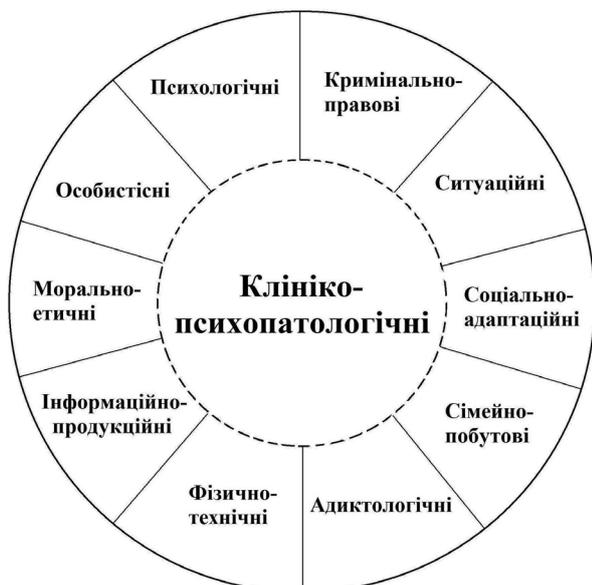


Рис. 1. Фактори суспільної небезпечності особи, яка хворіє на психічний розлад, з урахуванням взаємодії факторів.

Визначення ступеня суспільної небезпечності осіб, які захворіли на психотичні психічні розлади, пов'язані зі стресом, після вчинення кримінального правопорушення, є інтегруючим етапом процесу оцінки такої небезпечності та потребує аналізу факторів, прогнозування характеру та механізму суспільної небезпечності. Визначення ступеня суспільної небезпечності необхідно здійснювати, виходячи зі співвідношення між проагресивними та контрагресивними факторами, – не лише в межах окремих факторів суспільної небезпечності, але і з урахуванням їх міжфакторіальної взаємодії, провідного психопатологічного механізму суспільної небезпечності, характеру суспільної небезпечності та інших чинників.

Література

1. Кухаренко Н. В. Ауто- и гетероагрессия у лиц, страдающих шизофренией, в судебно-психиатрической практике / Н. В. Кухаренко, Д. В. Семенов, А. Д. Балашов // Вестник Белорусской психиатрической ассоциации. – 2006. – № 12. – С. 20-26.
2. Хряцев А. В. Особенности применения принудительных мер медицинского характера при различных формах психических расстройств, развившихся после совершения правонарушения / А. В. Хряцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 45-49.
3. Котов В. П. Некоторые статистические показатели деятельности по профилактике опасных действий психически больных / В. П. Котов, М. М. Мальцева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 3. – С. 11-14.
4. Шишков С. Н. Правовые аспекты применения принудительных мер медицинского характера / С. Н. Шишков // Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. М., 1987. – С. 10-12.
5. Балашов А. Д. Принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-психиатра невменяемых лиц, страдающих шизофренией / А. Д. Балашов // Медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 28-32.
6. Скугаревская Е. И. Шизофрения и общественно опасные деяния / Е. И. Скугаревская, А. Д. Балашов, В. В. Дукорский // Медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 120-123.
7. Лень В. В. Примусові заходи медичного характеру: історія, стан, тенденції / В. В. Лень, М. М. Книга. – Запоріжжя: Дніпровський металург, 2010. – С. 132.
8. Герасина Ю. А. Общественная опасность как критерий выбора вида принудительных мер медицинского характера, их изменения и прекращения / Ю. А. Герасина // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2011. – № 10. – С. 174-177.
9. Калашишкова А. С. Научно-практические рекомендации по организации судебно-психологической экспертной оценки разнонаправленной агрессии / А. С. Калашишкова // Психологическая наука и образование, 2011. – № 1. – С. 1-11.
10. Кондратьев Ф. В. Концепция многофакторного анализа социального поведения психически больных / Ф. В. Кондратьев // Российский психиатрический журнал, 2010. – № 2. – С. 36-41.
11. Котов В. П. Потенциальная общественная опасность психически больных, ее значение и принципы адекватной диагностики / В. П. Котов, М. М. Мальцева // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С. 10-14.
12. Мальцева М. М. Опасные действия психически больных / М. М. Мальцева, В. П. Котов. – М.: Медицина, 1995. – 256 с.
13. Усов Г. М. Оценка факторов риска совершения общественно опасных деяний у больных шизофренией / Г. М. Усов, А. А. Иванов // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 5. – С. 15-20.

ФАКТОРЫ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С. С. Шум, А. А. Суховой

В статье приведены данные о факторах общественной опасности лиц, у которых развились психические расстройства. Применение комплексного подхода к оценке факторов общественной опасности позволит максимизировать эффективность мер профилактики общественной опасности лиц, которые страдают психическими расстройствами.

Ключевые слова: факторы общественной опасности, профилактика общественно опасных деяний психически больных лиц, общественно опасные деяния, принудительные меры медицинского характера

FACTORS WHICH PREDICT SOCIAL DANGER OF PERSONS WITH MENTAL DISORDERS

S. SHUM, A. SUKHOVEY

The article presents data about the social danger risk factors of persons who became mentally ill. An integrated approach to the assessment of risk factors will allow maximizing the effectiveness of measures to prevent danger for society of mentally ill individuals.

Keywords: factors of social danger, prediction of social dangerous acts of persons with mental disorders, social dangerous acts, compulsory medical measures

УДК 616.89–008.442–084:613.89:613.885

Р. Т. Габрель

СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ ТА ЇХ ПАРТНЕРІВ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ПОРУШЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАРТНЕРСЬКОЇ ПАРИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Київський центр профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні №5

Ключові слова: ВІЛ, психічне здоров'я, партнерська пара

За останні роки накопичено значний обсяг даних, що вказують на те, що хронічний стрес і нездоровий спосіб життя несприятливо позначаються на стані імунної системи [1–4]. Зарубіжними дослідниками встановлено, що життєві стреси мають несприятливий вплив на стан здоров'я ВІЛ-інфікованих осіб, майже в чотири рази збільшуючи ймовірність прискороеного розвитку СНІДу [5, 6], а наявність депресивного стану на початковому етапі ВІЛ-інфекції пов'язано зі зростанням ризику прогресування хвороби та наближенням ризику летального результату [7–12].

Разом із тим аналіз даних літератури демонструє розрізненість досліджень, спрямованих на розв'язання проблеми збільшення тривалості та покращення якості життя осіб, інфікованих ВІЛ. Це обумовлене складністю і полімодальністю вивчаємих феноменів, серед яких провідне місце повинно займати питання психоемоційного стану та психологічних ресурсів ВІЛ-інфікованих, що складаються з джерел індивідуально-особистісних властивостей індивіда та міжособистісної, насамперед партнерської підтримки і взаємодії. Розробка стратегії і тактики медико-психологічного супроводу ВІЛ-інфікованої партнерської пари донині не знайшла свого вирішення й впровадження в клінічну практику, що значно знижує ефективність медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів та членів їх родин.

Між тим, для успішного вирішення даного завдання необхідним є вивчення особливостей психічного стану ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів, та пошук взаємозв'язків між станом психічного здоров'я та успішністю життєдіяльності таких партнерських пар (ПП), без чого неможлива розробка комплексних заходів, спрямованих на покращення якості життя ВІЛ-інфікованих осіб та членів їх родин.

Отже, для досягнення даної мети протягом 2010 – 2013 рр. на базі Київського центру профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні № 5 нами було обстежено 105 ПП, в яких один із партнерів був ВІЛ-інфікованим, а саме: 70 гетеросексуальних ПП, в 35 пар з яких інфікованим був чоловік (група 1), і 35 пар, де інфікованою виявилась жінка (група 2), та 35 гомосексуальних ПП, де один із партнерів є ВІЛ-інфікованим (група 3).

Критеріями включення у дослідження були:

- 1) підтверджене інфікування у центрі СНІД (м. Київ) одного із партнерів, давність інфікування до 1 року;
- 2) стаж партнерських відносин не менш року (спільне життя із сформованими сімейними ролями);
- 3) відсутність дітей;
- 4) відсутність психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин.

Комплексне обстеження включало в себе структуроване клініко-анамнестичне інтерв'ю з аналізом соціально-демографічних характеристик, та психодіагностичне дослідження.

Вивчення депресивних і тривожних реакцій ВІЛ-інфікованих хворих проводилося із застосуванням госпітальної шкали тривоги і депресії HADS [13]. Також використовували клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича [13] (діагностичний коефіцієнт (ДК) більше +1,28 вказував на відсутність патології, менше -1,28 – хворобливий характер психопатологічних проявів).

Успішність життєдіяльності ПП та рівень її порушень визначали за допомогою опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса [14], за результатами аналізу кількісних і якісних показників якого (сума балів та ступінь їх конгруентності у кожного з партнерів), робили висновок про наявність та рівень вираженості порушення життєдіяльності ПП.

Дослідження психічного стану обстежених дозволило встановити у більшості з них наявність клінічно виражених тривожних та депресивних розладів, які зустрічалися у інфікованих осіб в усіх групах, а також партнерів пацієнтів із гомосексуальною орієнтацією (рис. 1).

Отже, за аналізом результатів самооцінки психічного стану обстежених із використанням шкали HADS (табл. 1 – 3), встановлено, що у всіх інфікованих осіб, незалежно від статі або психосексуальних уподобань, мали місце розлади психічної сфери клінічного рівня вираженості. Так, середній рівень тривоги у інфікованих гетеросексуальних чоловіків становив 13,04 бали, депресії – 12,48 балів; у інфікованих жінок – 15,22 бали та 14,22 бали, відповідно; у інфікованих гомосексуальних чоловіків – 18,09 бали та 16,37 балів, відповідно.

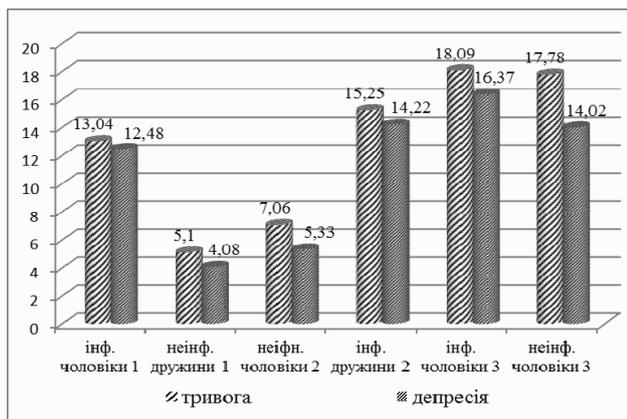


Рис. 1. Усереднені загальні показники тривоги і депресії у обстежених різних груп (за шкалою HADS)

Внутрішньогруповим аналізом наявної симптоматики, зробленим окремо в кожній групі обстежених, результати якого наведені в табл. 1–3, встановлено, що загальною тенденцією, характерною для інфікованих ВІЛ осіб, можна визначити наявність клінічно вираженої тривожної і депресивної симптоматики, з переважанням вираженості тривожних симптомів, порівняно з депресивними, $p < 0,05$.

Другою закономірністю, характерною для психічного стану інфікованих обстежених, стала більша вираженість середніх показників практично усіх симптомів тривожних проявів у жінок, порівняно з гетеросексуальними чоловіками, яка, між тим, була меншою ніж у гомосексуальних чоловіків, у яких встановлено найбільший ступінь вираженості патологічної тривоги за усіма симптомами ($p < 0,05$): 1 – 2,08 / 2,54 / 2,63; 2 – 1,94 / 2,23 / 2,51; 3 – 1,6 / 2,09 / 2,83; 4 – 1,8 / 2,51 / 2,63; 5 – 2,08 / 2,03 / 2,57; 6 – 1,91 / 2,08 / 2,23; 7 – 1,63 / 1,77 / 2,29. При аналізі середніх показників рівня депресії встановлено достовірне ($p < 0,01$) переважання її вираженості у гомосексуальних чоловіків, порівняно з жінками і гетеросексуальними чоловіками, між якими достовірної різниці не виявлено (1 – 2,11 / 2,0 / 2,43; 2 – 1,57 / 2,31 / 2,51; 3 – 2,49 / 2,23 / 2,63; 4 – 1,91 / 1,97 / 2,11; 5 – 1,46 / 1,94 / 2,29; 6 – 1,34 / 1,94 / 2,29; 7 – 1,6 / 1,83 / 2,51). Менша вираженість єдиного симптому депресії, а саме, припинення слідкування за своєю зовнішністю (симптом 5) у чоловіків групи 3, порівняно з жінками, можна пояснити специфічністю сексуальної ідентичності обстежених даної групи. Таким чином, як за загальним показником середньої оцінки вираженості тривожних і депресивних проявів, так і за аналізом симптоматичної

Таблиця 1

Кількісні та якісні показники тривожної і депресивної симптоматики у обстежених групи 1

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані дружини (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
Досліджувані параметри тривоги						Оцінка в балах
1	Я відчуваю напруженість, мені не по собі					
	12	34,3±4,7	0		весь час	3
	14	40,0±4,9	9	25,7±4,4	часто	2
	9	25,7±4,4	19	54,3±5,0	час від часу, іноді	1
	0		7	20,0±4,0	зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	2,08	сер. бал	1,05		
2	Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися					
	8	22,9±4,2	0		безумовно, це так, і страх дуже сильний	3
	17	48,6±5,0	9	25,7±4,4	так, це так, але страх не дуже сильний	2
	10	28,6±4,5	14	40,0±4,9	іноді, але це мене не турбує	1
	0		12	34,3±4,7	зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	1,94	сер. бал	0,91		
3	Неспокійні думки крутяться у мене в голові					
	3	8,6±2,8	0		постійно	3
	15	42,9±4,9	10	28,6±4,5	більшу частину часу	2
	17	48,6±5,0	8	22,9±4,2	час від часу і не так часто	1
	0		17	48,6±5,0	тільки іноді	0
	сер. бал	1,6	сер. бал	0,51		

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані дружини (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
4	Я легко можу сісти і розслабитися					
	0		17	48,6±5,0	безумовно, це так	0
	12	34,3±4,7	15	42,9±4,9	напевно, це так	1
	18	51,4±5,0	3	8,6±2,8	лише зрідка це так	2
	5	14,3±3,5	0		зовсім не можу	3
	сер. бал	1,8	сер. бал	0,6		
5	Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння					
	0		12	34,3±4,7	зовсім не відчуваю	0
	7	20,0±4,0	12	34,3±4,7	іноді	1
	18	51,4±5,0	9	25,7±4,4	часто	2
	10	28,6±4,5	0		дуже часто	3
	сер. бал	2,08	сер. бал	0,86		
6	Я відчуваю непосидючість, мені постійно потрібно рухатися					
	9	25,7±4,4	0		Безумовно, це так	3
	14	40,0±4,9	5	14,3±3,5	напевно, це так	2
	12	34,3±4,7	13	37,1±4,8	лише в деякій мірі це так	1
	0		17	48,6±5,0	зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	1,91	сер. бал	0,66		
7	У мене буває раптове відчуття паніки					
	5	14,3±3,5			дуже часто	3
	14	40,0±4,9			досить часто	2
	14	40,0±4,9	18	51,4±5,0	не так вже й часто	1
	2	5,7±2,3	17	48,6±5,0	зовсім не буває	0
	сер. бал	1,63	сер. бал	0,51		
Загальний сер. бал		13,04	Заг. сер. бал	5,1		
Досліджувані параметри депресії						Оцінка в балах
1	Те, що приносило мені велике задоволення і зараз викликає у мене таке ж почуття					
	0		17	48,6±5,0	безумовно, це так	0
	8	22,9±4,2	10	28,6±4,5	напевно, це так	1
	15	42,9±4,9	8	22,9±4,2	лише в дуже малому ступені це так	2
	12	34,3±4,7	0		це зовсім не так	3
	сер. бал	2,11	сер. бал	0,74		
2	Я здатен розсміятися і побачити ту чи іншу подію смішною					
	5	14,3±3,5	17	48,6±5,0	безумовно, це так	0
	12	34,3±4,7	16	45,7±5,0	напевно, це так	1
	11	31,4±4,6	2	5,7±2,3	лише в дуже малому ступені це так	2
	7	20,0±4,0	0		це зовсім не так	3
	сер. бал	1,57	сер. бал	0,57		

Закінчення табл. 1

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані дружини (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
3	Я відчуваю бадьорість					
	10	28,6±4,5	0		зовсім не відчуваю	3
	16	45,7±5,0	2	5,7±2,3	дуже рідко	2
	9	25,7±4,4	16	45,7±5,0	іноді	1
	0		17	48,6±5,0	практично весь час	0
	сер. бал	2,49	сер. бал	0,57		
4	Мені здається, що я став все робити дуже повільно					
	9	25,7±4,4	0		практично весь час	3
	14	40,0±4,9	5	14,3±3,5	часто	2
	12	34,3±4,7	13	37,1±4,8	іноді	1
	0		17	48,6±5,0	зовсім ні	0
	сер. бал	1,91	сер. бал	0,66		
5	Я не стежу за своєю зовнішністю					
	5	14,3±3,5	0		безумовно, це так	3
	11	31,4±4,6	2	5,7±2,3	я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно	2
	14	40,0±4,9	16	45,7±5,0	може бути, я став менше приділяти цьому увагу	1
	5	14,3±3,5	17	48,6±5,0	я стежу за собою так само, як і раніше	0
	сер. бал	1,46	сер. бал	0,57		
6	Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення					
	9	25,7±4,4	22	62,9±4,8	точно так само, як і зазвичай	0
	8	22,9±4,2	11	31,4±4,6	так, але не в тій мірі, як раніше	1
	15	42,9±4,9	2	5,7±2,3	значно менше, ніж зазвичай	2
	3	8,6±2,8	0		зовсім так не вважаю	3
	сер. бал	1,34	сер. бал	0,43		
7	Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіопрограми чи телепрограми					
	6	17,1±3,8	21	60,0±4,9	часто	0
	9	25,7±4,4	9	25,7±4,4	іноді	1
	13	37,1±4,8	5	14,3±3,5	рідко	2
	7	20,0±4,0	0		дуже рідко	3
	сер. бал	1,6	сер. бал	0,54		
Загальний сер. бал		12,48	Заг. сер. бал		4,08	

структури зазначених психопатологічних феноменів, серед усіх обстежених, інфікованих ВІЛ, переважали чоловіки гомосексуальної групи ($p < 0,05$).

Інша клінічна картина спостерігалася при вивченні психічного стану партнерів інфікованих осіб. Так, загальні середні показники тривоги і депресії у дружин групи 1 (5,1 / 4,08) та чоловіків групи 2 (7,06 / 5,33) були практично в рамках норми, що свідчило про відсутність достовірно виражених клінічних симптомів тривоги та депресії у даного контингенту.

Проте детальний аналіз вираженості окремих симптомів дозволив виділити серед обстежених даних груп по дві підгрупи осіб із різним станом психічної сфери. У 48,6% жінок інфікованих чоловіків групи 1 та 40% чоловіків інфікованих жінок групи 2 встановлена відсутність будь-яких, навіть субклінічних, тривожно-депресивних симптомів. Проте у останніх (51,4% жінок групи 1 та 60% чоловіків групи 2) діагностовано тривожні та депресивні прояви, які, однак, мали менший ступінь вираженості, ніж у їх інфікованих партнерів ($p < 0,01$).

Таблиця 2

Кількісні і якісні показники тривожної і депресивної симптоматики у обстежених групи 2

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	неінфіковані чоловіки (n = 35)		інфіковані дружини (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
Досліджувані параметри тривоги						Оцінка в балах
1	Я відчуваю напруженість, мені не по собі					
	4	11,4±3,2	9	25,7±4,4	весь час	3
	17	48,6±5,0	18	51,4±5,0	часто	2
	9	25,7±4,4	8	22,9±4,2	час від часу, іноді	1
	5	14,3±3,5	0		зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	1,57	сер. бал	2,54		
2	Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися					
	0		11	31,4±4,6	безумовно, це так, і страх дуже сильний	3
	15	42,9±4,9	21	60,0±4,9	так, це так, але страх не дуже сильний	2
	6	17,1±3,8	3	8,6±2,8	іноді, але це мене не турбує	1
	14	40,0±4,9	0		зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	1,03	сер. бал	2,23		
3	Неспокійні думки крутяться у мене в голові					
	0		12	34,3±4,7	постійно	3
	8	22,9±4,2	14	40,0±4,9	більшу частину часу	2
	13	37,1±4,8	9	25,7±4,4	час від часу і не так часто	1
	14	40,0±4,9	0		тільки іноді	0
	сер. бал	0,83	сер. бал	2,09		
4	Я легко можу сісти і розслабитися					
	14	40,0±4,9	0		безумовно, це так	0
	7	20,0±4,0	3	8,6±2,8	напевно, це так	1
	14	40,0±4,9	11	31,4±4,6	лише зрідка це так	2
	0		21	60,0±4,9	зовсім не можу	3
	сер. бал	1,0	сер. бал	2,51		
5	Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння					
	14	40,0±4,9	0		зовсім не відчуваю	0
	5	14,3±3,5	6	17,1±3,8	іноді	1
	16	45,7±5,0	11	31,4±4,6	часто	2
	0		18	51,4±5,0	дуже часто	3
	сер. бал	1,06	сер. бал	2,03		
6	Я відчуваю непосидючість, мені постійно потрібно рухатися					
	0		12	34,3±4,7	Безумовно, це так	3
	11	31,4±4,6	14	40,0±4,9	напевно, це так	2
	10	28,6±4,5	9	25,7±4,4	лише в деякій мірі це так	1
	14	40,0±4,9	0		зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	0,91	сер. бал	2,08		

Продовження табл. 2

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	неінфіковані чоловіки (n = 35)		інфіковані дружини (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
7	У мене буває раптове відчуття паніки					
	0		9	25,7±4,4	дуже часто	3
	2	5,7±2,3	18	51,4±5,0	досить часто	2
	19	54,3±5,0	8	22,9±4,2	не так вже й часто	1
	14	40,0±4,9	0		зовсім не буває	0
	сер. бал	0,66	сер. бал	1,77		
Загальний сер. бал		7,06	Заг. сер. бал	15,25		
Досліджувані параметри депресії						Оцінка в балах
1	Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття					
	14	40,0±4,9	0		безумовно, це так	0
	8	22,9±4,2	4	11,4±3,2	напевно, це так	1
	13	37,1±4,8	27	77,1±4,2	лише в дуже малому ступені це так	2
	0		4	11,4±3,2	це зовсім не так	3
	сер. бал	0,97	сер. бал	2,0		
2	Я здатен розсміятися і побачити ту чи іншу подію смішною					
	14	40,0±4,9	0		безумовно, це так	0
	17	48,6±5,0	3	8,6±2,8	напевно, це так	1
	4	11,4±3,2	18	51,4±5,0	лише в дуже малому ступені це так	2
	0		14	40,0±4,9	це зовсім не так	3
	сер. бал	0,71	сер. бал	2,31		
3	Я відчуваю бадьорість					
	0		13	37,1±4,8	зовсім не відчуваю	3
	9	25,7±4,4	17	48,6±5,0	дуже рідко	2
	16	45,7±5,0	5	14,3±3,5	іноді	1
	10	28,6±4,5	0		практично весь час	0
	сер. бал	0,97	сер. бал	2,23		
4	Мені здається, що я став все робити дуже повільно					
	0		10	28,6±4,5	практично весь час	3
	5	14,3±3,5	14	40,0±4,9	часто	2
	11	31,4±4,6	11	31,4±4,6	іноді	1
	19	54,3±5,0	0		зовсім ні	0
	сер. бал	0,6	сер. бал	1,97		
5	Я не стежу за своєю зовнішністю					
	0		12	34,3±4,7	безумовно, це так	3
	4	11,4±3,2	9	25,7±4,4	я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно	2
	17	48,6±5,0	14	40,0±4,9	може бути, я став менше приділяти цьому увагу	1
	14	40,0±4,9	0		я стежу за собою так само, як і раніше	0
	сер. бал	0,71	сер. бал	1,94		

Закінчення табл. 2

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану		
	неінфіковані чоловіки (n = 35)		інфіковані дружини (n = 35)				
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m			
1	2	3	4	5	6	7	
6	Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення						
	14	40,0±4,9	0			точно так само, як і зазвичай	0
	19	54,3±5,0	12	34,3±4,7		так, але не в тій мірі, як раніше	1
	2	5,7±2,3	13	37,1±4,8		значно менше, ніж зазвичай	2
		0	10	28,6±4,5		зовсім так не вважаю	3
	сер. бал	0,66	сер. бал	1,94			
7	Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіопрограми чи телепрограми						
	14	40,0±4,9	2	5,7±2,3		часто	0
	17	48,6±5,0	12	34,3±4,7		іноді	1
	4	11,4±3,2	11	31,4±4,6		рідко	2
	0		10	28,6±4,5		дуже рідко	3
	сер. бал	0,71	сер. бал	1,83			
Загальний сер. бал		5,33	Заг. сер. бал	14,22			

Таблиця 3

Кількісні та якісні показники тривожної і депресивної симптоматики у обстежених групи 3

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану		
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані чоловіки (n = 35)				
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m			
1	2	3	4	5	6	7	
Досліджувані параметри тривоги						Оцінка в балах	
1	Я відчуваю напруженість, мені не по собі						
	22	62,9±4,8	19	54,3±5,0		весь час	3
	13	37,1±4,8	16	45,7±5,0		часто	2
	0		0			час від часу, іноді	1
	0		0			зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	2,63	сер. бал	2,54			
2	Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися						
	18	51,4±5,0	20	57,1±4,9		безумовно, це так, і страх дуже сильний	3
	17	48,6±5,0	15	42,9±4,9		так, це так, але страх не дуже сильний	2
	0		0			іноді, але це мене не турбує	1
	0		0			зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	2,51	сер. бал	2,57			
3	Неспокійні думки крутяться у мене в голові						
	29	82,9±3,8	21	60,0±4,9		постійно	3
	6	17,1±3,8	14	40,0±4,9		більшу частину часу	2
	0		0			час від часу і не так часто	1
	0		0			тільки іноді	0
	сер. бал	2,83	сер. бал	2,6			

Продовження табл. 3

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані чоловіки (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
4	Я легко можу сісти і розслабитися					
	0		0		безумовно, це так	0
	0		0		напевно, це так	1
	13	37,1±4,8	17	48,6±5,0	лише зрідка це так	2
	22	62,9±4,8	18	51,4±5,0	зовсім не можу	3
	сер. бал	2,63	сер. бал	2,51		
5	Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння					
	0		0		зовсім не відчуваю	0
	0		0		іноді	1
	15	42,9±4,9	16	45,7±5,0	часто	2
	20	57,1±4,9	19	54,3±5,0	дуже часто	3
	сер. бал	2,57	сер. бал	2,54		
6	Я відчуваю непосидючість, мені постійно потрібно рухатися					
	16	45,7±5,0	18	51,4±5,0	Безумовно, це так	3
	13	37,1±4,8	15	42,9±4,9	напевно, це так	2
	6	17,1±3,8	2	5,7±2,3	лише в деякій мірі це так	1
	0		0		зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	2,23	сер. бал	2,46		
7	У мене буває раптове відчуття паніки					
	13	37,1±4,8	17	48,6±5,0	дуже часто	3
	19	54,3±5,0	17	48,6±5,0	досить часто	2
	3	8,6±2,8	1	2,9±1,7	не так вже й часто	1
	0		0		зовсім не буває	0
	сер. бал	2,29	сер. бал	2,46		
Загальний сер. бал	18,09	Заг. сер. бал	17,78			
Досліджувані параметри депресії						Оцінка в балах
1	Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття					
	0		0		безумовно, це так	0
	2	5,7±2,3	7	20,0±4,0	напевно, це так	1
	16	45,7±5,0	17	48,6±5,0	лише в дуже малому ступені це так	2
	17	48,6±5,0	11	31,4±4,6	це зовсім не так	3
	сер. бал	2,43	сер. бал	2,11		
2	Я здатен розсміятися і побачити в ту чи іншу подію смішною					
	0		0		безумовно, це так	0
	0		0		напевно, це так	1
	17	48,6±5,0	19	54,3±5,0	лише в дуже малому ступені це так	2
	18	51,4±5,0	16	45,7±5,0	це зовсім не так	3
	сер. бал	2,51	сер. бал	2,46		

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані чоловіки (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
3	Я відчуваю бадьорість					
	22		12	34,3±4,7	зовсім не відчуваю	3
	13	37,1±4,8	13	37,1±4,8	дуже рідко	2
	0		10	28,6±4,5	іноді	1
	0		0		практично весь час	0
	сер. бал	2,63	сер. бал	2,06		
4	Мені здається, що я став все робити дуже повільно					
	10	28,6±4,5	12	34,3±4,7	практично весь час	3
	19	54,3±5,0	9	25,7±4,4	часто	2
	6	17,1±3,8	14	40,0±4,9	іноді	1
		2,11		1,83	зовсім ні	0
	сер. бал		сер. бал			
5	Я не стежу за своєю зовнішністю					
	8	22,9±4,2	0		безумовно, це так	3
	19	54,3±5,0	21	60,0±4,9	я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно	2
	4	11,4±3,2	7	20,0±4,0	може бути, я став менше приділяти цьому увагу	1
	4	11,4±3,2	7	20,0±4,0	я стежу за собою так само, як і раніше	0
	сер. бал	1,89	сер. бал	1,4		
6	Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення					
			2		точно так само, як і зазвичай	0
	4	11,4±3,2	4	11,4±3,2	так, але не в тій мірі, як раніше	1
	17	48,6±5,0	16	45,7±5,0	значно менше, ніж зазвичай	2
	14	40,0±4,9	13	37,1±4,8	зовсім так не вважаю	3
	сер. бал	2,29	сер. бал	2,14		
7	Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіопрограми чи телепрограми					
					часто	0
	2	5,7±2,3	8	22,9±4,2	іноді	1
	13	37,1±4,8	18	51,4±5,0	рідко	2
	20	57,1±4,9	9	25,7±4,4	дуже рідко	3
	сер. бал	2,51	сер. бал	2,02		
Загальний сер. бал	16,37	Заг. сер. бал	14,02			

Міжгруповий аналіз дозволив встановити гендерні розбіжності психічного стану партнерів інфікованих осіб, протилежний виявленому у пацієнтів з ВІЛ: вираженість тривожних і депресивних проявів була вищою у чоловіків інфікованих жінок, ніж у дружин інфікованих чоловіків ($p < 0,01$).

На відміну від гетеросексуальних партнерів інфікованих осіб, у гомосексуальних неінфікованих чоловіків діагностовано клінічно окреслені тривожні і депресивні прояви: загальний середній показник вираженості

тривоги в них становив 17,78, а депресії – 14,02 бали. До того ж встановлено, що середня вираженість окремих симптомів тривоги в них була вищою, ніж у їх інфікованих партнерів (2 – 2,51 / 2,57; 6 – 2,23 / 2,46; 7 – 2,29 / 2,46).

Таким чином, можна стверджувати, що при давності інфікування до 1 року як у інфікованих ВІЛ осіб, так і їх партнерів, має місце наявність клінічно вираженої тривожної і депресивної симптоматики, з переважанням вираженості тривожних симптомів, порівняно з

депресивними. Серед інфікованих гетеросексуальних осіб більша вираженість психопатологічної симптоматики спостерігається у жінок, а серед їх неінфікованих партнерів – у чоловіків. Найбільша вираженість і тривожних, і депресивних проявів є характерною для гомосексуальних осіб як інфікованих, так і їх неінфікованих партнерів.

Треба зазначити, що у частини інфікованих осіб (8,6% чоловіків групи 1, 11,4% жінок групи 2 та 22,9% чоловіків групи 3) встановлені суїцидальні думки, які близько в половині випадків виникали декілька разів на тиждень, у третини – рідше одного разу на тиждень, інші (чоловіки групи 3) виявляли майже щоденну присутність суїцидальних думок. Домінуючою мотивацією для роздумів щодо скоєння суїциду були побоювання соціальної стигматизації, невтішність прогнозу захворювання, небажання створювати проблеми близьким.

Однак близько половини інфікованих осіб груп 1 (48,6%) і 2 (40%) відзначали абсолютну неможливість скоєння суїциду через наявність у їх житті сімейної підтримки, яку вважали вагомим стримуючим фактором для продовження життя.

Подальший поглиблений аналіз психічного стану та клінічного наповнення психопатологічних проявів, діагностованих у обстежених, результати якого представлені в табл. 4, дозволив класифікувати наявну симптоматику та виділити два провідних клініко-патогенетичних симптомокомплекси, кожен із яких був представлений основними психопатологічними синдромами: нозогенний та астенічний соматогенний. Так, нозогенний симптомокомплекс включав тривожно-депресивний та тривожно-фобічний синдроми; астенічний соматогенний симптомокомплекс – астено-депресивний, астено-іпохондричний та астено-невротичний синдроми.

Під дефініцією «нозогенний симптомокомплекс» ми розуміли психогенні реактивні стани, обумовлені констеляцією психотравмуючих чинників, пов'язаних з інфікуванням ВІЛ.

Тривожно-депресивний синдром проявлявся пригніченістю, песимізмом стосовно до власного стану

і перспективам, диссомнією, внутрішнім неспокоєм, невротичною напругою, тривожним очікуванням соціальної стигматизації, танатопрагнувальними тенденціями, обумовленими шоковою реакцією на встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції.

До тривожно-фобічної симптоматики відносилися нозо-, соціо- та танатофобічні страхи, які супроводжувалися численними сомато-вегетативними розладами: тахікардія, підвищення артеріального тиску, гіпергідроз, стійкий червоний дермографізм, перистальтика і антиперистальтика, проноси, блювота і т. ін. Так само до цього синдрому відносили переживання нав'язливого страху заразити ВІЛ-інфекцією близьких людей або членів сім'ї побутовим шляхом, страх болісної смерті.

Дослідженням за допомогою клінічного опитувальника невротичних станів К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича встановлено, що в цих хворих найменші показники ДК (< -1,28) виявлялися за шкалами тривоги, невротичної депресії, obsesивно-фобічних порушень і вегетативних розладів (рис. 2).

Усереднені показники ДК, виявляючи лише загальні тенденції, не давали чіткого уявлення про внутрішню структуру психопатологічних проявів. Для отримання відповіді на це питання було проведено факторний аналіз показників шкал опитувальника в осіб із нозогенним

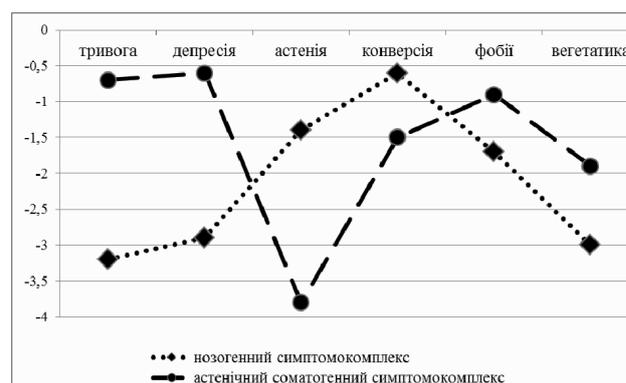


Рис. 2. Усереднені показники ДК опитувальника невротичних станів у обстежених із нозогенним та астенічним соматогенним симптомокомплексами

Таблиця 4

Розподіл встановлених клінічних варіантів наявної психопатологічної симптоматики у обстежених (%±m)*

Симптомокомплекс / синдром		Група 1 (n = 70)		Група 2 (n = 70)		Група 3 (n = 70)	
		ч (n = 35)	д (n = 35)	ч (n = 35)	д (n = 35)	чі (n = 35)	чн (n = 35)
нозогенний	тривожно-депресивний	45,7±5,0	14,3±3,5	31,4±4,6	54,3±5,0	42,9±4,9	57,1±4,9
	тривожно-фобічний	25,7±4,4	34,3±4,7	20,0±4,0	28,6±4,5	60,0±4,9	68,6±4,6
астенічний соматогенний	астено-депресивний	48,6±5,0	—	—	54,3±5,0	51,4±5,0	—
	астено-іпохондричний	31,4±4,6	—	8,6±2,8	34,3±4,7	37,1±4,8	14,3±3,5
	астено-невротичний	17,1±3,8	2,9±1,7	—	28,6±4,5	45,7±5,0	17,1±3,8
Психічні розлади відсутні		—	48,6±5,0	40,0±4,9	—	—	—

* Примітка. У інфікованих пацієнтів груп 1, 2 та усіх осіб групи 3 процентна сума синдромів перевищує 100% у зв'язку з тим, що в одного пацієнта спостерігався більш ніж один синдром.

Таблиця 5

Факторний аналіз структури розладів психіки у пацієнтів із нозогенним симптомокомплексом

Шкала опитувальника	I фактор 24%	II фактор 27%	III фактор 24%
тривога	0,79*	0,17	0,19
невротична депресія	0,37	0,41	0,70*
астенія	0,80*	-0,3	-0,16
істеричний тип реагування	-0,03	0,82*	-0,01
обсесивно-фобічні включення	-0,02	0,08	0,70*
вегетативні розлади	-0,09	-0,11	0,94*

* Значущі факторні навантаження

симптомокомплексом (табл. 5). Перший фактор характеризувався високими навантаженнями (0,79 і 0,80) за шкалами тривоги і астенії. Клінічна картина цього фактора характеризувалася проявами тривоги із підвищеною виснаженістю, дратівливістю, стомлюваністю. Другий фактор характеризувався високим факторним навантаженням на шкалу істеричного типу реагування, що підкреслювало участь конверсійної симптоматики у формуванні нозогенного реагування. Третій фактор виражався депресивно-фобічною симптоматикою з вегетативними проявами.

Астенічний соматогенний симптомокомплекс був обумовлений декомпенсацією основних сфер психічної діяльності і виявлявся загальноневротичною симптоматикою (астенія, невротична депресія, іпохондрія).

Астено-депресивний був представлений симптомами підвищеної стомлюваності, дратівливості, нестійкості, болісно загостреної сенситивності, гіперестезії, ослаблення здатності до тривалого фізичного і розумового навантаження.

Астено-іпохондричний синдром включав фіксованість на власному самопочутті та стані, пильну увагу до найменших порушень здоров'я, багатогодинні дослідження свого тіла в пошуках специфічних висипань або підозрілих плям, підсилену інтерпретацію тілесних відчуттів, переконаність у наявності соматичних «підтверджень і доказів» ВІЛ-інфекції, редукцію інших інтересів і мотивів.

Астено-невротичні клінічні прояви розвивалися поступово на тлі тривалої психотравмуючої ситуації, конфліктних взаємин у сім'ї. Найбільш типовими симптомами були відчуття нездужання, стомлюваності, млявості, загальної слабкості; інтрасомнічні розлади, відчуттям

втомі, головним болем, зниженням концентрації уваги. Відчуваючи невдоволення зниженням продуктивності, деякі пацієнти намагалися надолужити згаяне, збільшувати навантаження, однак це не давало позитивного результату та ще більш погіршувало самопочуття і настрої. Наростало внутрішнє напруження, почуття незадоволеності результатами своєї праці, відповідальність за яку вони поклали на оточуючих. Клінічна картина також рясніла вегетативними проявами: шум у вухах, запаморочення, неприємні відчуття в області серця, серцебиття, пітливість, похолодання кінцівок. Всі ці явища посилювалися при хвилюванні та психоемоційних навантаженнях.

За даними опитувальника К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича, у хворих із астенічним соматогенним симптомокомплексом спостерігалися низькі значення ДК (<-1,28) за шкалами астенії, вегетативних порушень і невротичної депресії (рис. 2).

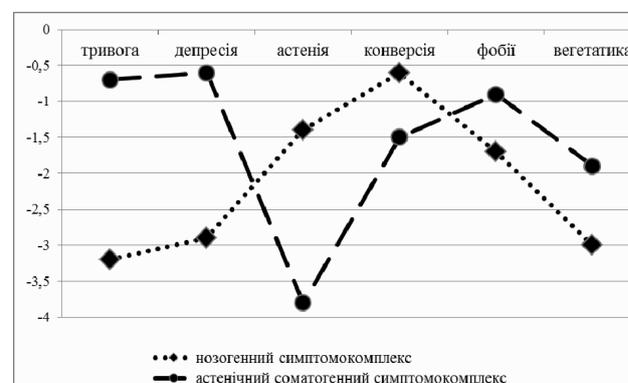


Рис. 2. Усереднені показники ДК опитувальника невротичних станів у обстежених із нозогенним та астенічним соматогенним симптомокомплексом

Таблиця 6

Факторний аналіз структури розладів психіки у пацієнтів з астенічним соматогенним симптомокомплексом

Шкала опитувальника	I фактор 31%	II фактор 26%	III фактор 24%
тривога	0,14	0,51	0,71*
невротична депресія	-0,22	0,79*	-0,67
астенія	0,38	0,83*	0,1
істеричний тип реагування	0,85*	0,095	0,24
обсесивно-фобічні включення	0,25	-0,14	0,85*
вегетативні розлади	0,94*	-0,30	0,3

* Значущі факторні навантаження

Показники, що дають уявлення про структуру астеничного соматогенного симптомокомплексу, за даними факторного аналізу, представлені в табл. 6. Перший фактор проявлявся вегетативними проявами конверсії: нудотою, тахікардією. Другий фактор характеризувався симптомами виснаження (стомлюваність, слабкість, зниження ініціативи), астено-депресивними (невротична депресія) й іпохондричними проявами. Клінічна картина третього фактора складалася з тривожно-фобічних проявів, що зустрічалися в рамках астеничного реагування.

Подальший аналіз психопатологічної симптоматики ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів в аспекті успішності життєдіяльності ПП, дозволив виявити взаємозв'язок між рівнем порушення життєдіяльності ПП та станом психічного здоров'я ВІЛ-інфікованих осіб і їх партнерів. Так, серед загальної кількості, у 48,6% ПП групи 1 та 40% ПП групи 2, виявлений достатній рівень подружньої задоволеності, що було свідомством успішності їх життєдіяльності як союзу двох особистостей у рамках партнерського (сімейного) функціонування (табл. 7).

Отже, у цих парах у партнерів ВІЛ-інфікованих осіб встановлено відсутність психічних розладів, а для самих інфікованих наявність сімейної підтримки була вагомим фактором для продовження життя, незважаючи на факт інфікування та наявні хворобливі психічні та соматичні прояви. Серед інших ПП групи 1 та групи 2 у переважній більшості ПП (37,1% та 40,0%, відповідно) діагностовано частковий рівень порушення життєдіяльності ПП, що виражався станом часткової неконгруентної подружньої незадоволеності. Суцільний рівень порушення життєдіяльності ПП (повна конгруентна подружня незадоволеність) встановлено у 14,3% групи 1 та 20,0% групи 2. Незалежно від рівня ураження життєдіяльності, у партнерів ВІЛ-інфікованих осіб цих ПП мали місце тривожно-депресивно-фобічні прояви в рамках нозогенного психопатологічного симптомокомплексу.

Стан життєдіяльності ПП групи 3 виявився частково (57,1%) або суцільно (42,9%) порушеним, що ставало додатковим обтяжуючим фактором, провокуючим вираженість психопатологічної симптоматики як у інфікованих чоловіків, так і їх партнерів. Так, серед усіх неінфікованих партнерів, тільки у чоловіків цієї групи діагностовано найбільшу вираженість психопатологічних проявів не тільки нозогенного (тривожно-фобічного 68,6% та тривожно-депресивного 57,1% синдромів), а й астеничного соматогенного симптомокомплексів (астено-іпохондричного 14,3% та астено-невротичного 17,1% синдромів).

Таким чином, у результаті проведеного дослідження, встановлені особливості психічного стану ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів, а також ідентифікований взаємозв'язок між успішністю життєдіяльності ПП та станом психічного здоров'я обстежених. Отримані дані лягли в основу при розробці системи медико-психологічного супроводу ПП, в яких один із партнерів інфікований ВІЛ.

Література

1. Kiecolt-Glaser J. K. *Stress, personal relationships, and immune function: health implications* / J. K. Kiecolt-Glaser // *Brain Behav. Immun.* – 1999. – vol. 13. – P. 61 – 72.
2. Kiecolt-Glaser J. K. *Stress and immunity: age enhances the risks* / . K. Kiecolt-Glaser, R. Glaser // *Curr. Dir. Psychol. Sci.* – 2011. – vol. 10. – P. 18 – 21.
3. Anisman H. *Cytokines, stress, and depressive illness* / H. Anisman, Z. Merali // *Brain Behav Immun.* – 2002. – vol. 16. – P. 513 – 524.
4. Anisman H. *Cascading effects of stressors and inflammatory immune system activation: implications for major depressive disorder* / H. Anisman // *J Psychiatry Neurosci.* – 2009. – vol. 34. – P. 4 – 20.
5. *Effects of negative life events on immune suppression in children and youth infected with human immunodeficiency virus type 1* / Howland L. C., Gortmaker S. L., Mofenson L. M. [et al] // *Paediatrics.* – 2000. – vol. 106. – P. 513 – 524.
6. Leonard B. E. *The psychoneuroimmunology of depression* / B. E. Leonard, A.-M. Myint // *Hum Psychopharmacol.* – 2009. – vol. 24. – P. 165 – 175.
7. Maes M. *Editorial Review: Psychological stress, cytokines and the inflammatory response system* / M. Maes // *Curr Opin Psychiatry.* – 1999. – vol. 12 (6). – P. 695 – 700.
8. Maes M. *Editorial Board. Psychological stress and the inflammatory response system* / M. Maes // *Clin Sci. (Lond).* – 2001. – vol. 101 (2). – P. 193 – 194.
9. Maes M. *“Functional” or “psychosomatic” symptoms, e.g. a flu-like malaise, aches and pain and fatigue, are major features of major and in particular of melancholic depression* / M. Maes // *Neuro Endocrinol Lett.* – 2009. – vol. 30 (5). – P. 564 – 573.
10. Maes M. *Depression is an inflammatory disease, but cell-mediated immune activation is the key component of depression* / M. Maes // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* – 2010. – [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20599581.
11. Maes M. *An intriguing and hitherto unexplained cooccurrence: Depression and chronic fatigue syndrome are manifestations of shared inflammatory, oxidative and nitrosative (IO&NS) pathways* / M. Maes // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* – 2010. – [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20609377.
12. *In animal models, psychosocial stress-induced (neuro)inflammation, apoptosis and reduced neurogenesis are associated to the onset of depression* / M. Kubera, E. Obuchowicz, L. Goehler [et al] // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* – 2010. – [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20828592.
13. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие* / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.
14. *Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств* / В. А. Доморацкий. – М.: Академический Проект: Культура, 2009. – 470 с.

Таблиця 7

Розподіл обстежених ПП за станом їх життєдіяльності

Стан життєдіяльності ПП	Група 1 (n = 70)	Група 2 (n = 70)	Група 3 (n = 70)
Суцільне порушення (повна конгруентна незадоволеність), < 80 балів	14,3±3,5	20,0±4,0	42,9±4,9
Часткове порушення (часткова інконгруентна незадоволеність), 82÷112 балів	37,1±4,8	40,0±4,9	57,1±4,9
Успішність (подружня задоволеність), 115÷160 балів	48,6±5,0	40,0±4,9	–

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ И ИХ ПАРТНЕРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ НАРУШЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАРТНЕРСКОЙ ПАРЫ

Г. Т. ГАБРЕЛЬ

На основе обследования 105 партнерских пар (ПП) с ВИЧ-инфицированным партнером, из которых гетеросексуальных 70 пар и 35 – однополых мужских, исследованы особенности психического состояния ВИЧ-инфицированных и их партнеров, и найдена взаимосвязь между состоянием психического здоровья и успешностью жизнедеятельности таких партнерских пар. Полученные данные легли в основу при разработке системы медико-психологического сопровождения партнерской пары, в которых один из партнеров инфицирован ВИЧ.

Ключевые слова: ВИЧ, психическое здоровье, партнерская пара

STATE OF MENTAL HEALTH HIV-INFECTED PERSONS AND THEIR PARTNERS DEPENDING ON THE LEVEL OF EXCITATION LIFE AFFILIATE STEAM

R. GABREL

Based on survey of 105 partner pairs, in which one partner is HIV-positive, of which 70 are heterosexual couples and 35 – same-sex male, investigated the peculiarities of mental health of HIV-infected persons and their partners, and found the relationship between mental health and life success of these partnerships pairs. These data formed the basis for the development of medical and psychological support partner couples in which one partner is infected with HIV.

Keywords: HIV, mental health, partner pair

УДК 618.14-006.36: 159.923

Г. М. Науменко

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ В ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИЙ ПЕРІОД

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Ключові слова: психоемоційний стан, лейоміома матки, алекситимія, тривожність, депресія, екстирпація матки, психологічна корекція

Актуальність проблеми. Вплив на психіку людини переживань ситуацій, пов'язаних із загрозою життю або здоров'ю, різноманітний і виражається широким спектром емоційно-особистісних змін. Відомо, що для хворих із тяжкою соматичною патологією, характерна наявність афективних розладів, що ускладнюють процес лікування основного захворювання і погіршують прогноз хвороби в цілому.

Варто зазначити, що доброякісні пухлини геніталій значно збільшують число гінекологічних хворих у жіночих палатах. Захворювання гінекологічного профілю супроводжується важким психологічним стресом. У таких хворих виникає відчуття втрати жіночності і, як наслідок, неповноцінності та збитковості. Хвора відчуває загрозу для життя, страх перед можливою соціальною ізоляцією і розпадом сім'ї. Перед кожною такою хворою постає завдання пристосуватися до нової життєвої ситуації і формування адекватного відношення до власної особи та до свого здоров'я.

Лейоміома матки є поліетіологічним захворюванням, симптоматика якого дає змогу розглядати її як системне захворювання, що впливає на регуляторно-адаптивні можливості організму жінки [1]. На міому матки страждають 25÷30% жінок старше 35 років, а останнім часом захворювання все частіше виявляється у молодшому віці [2; 3; 4; 5]. Якщо 20 років назад у віковій групі від 25 до 45 років ЛМ зустрічалася у 30% жінок, то за останні роки ця цифра зросла до 50% [6].

Тривалі негативні емоції, психічне напруження і дистрес є найчастішими патогенетичними факторами

порушення центральних механізмів регуляції і, як наслідок, виникнення розладів жіночої репродуктивної сфери. Крім того, хронічний стрес і супутній вторинний імунодефіцит значно погіршують прогноз гінекологічних нейроендокринних захворювань у зв'язку з підвищенням ризику розвитку гормонозалежної пухлинної патології [7; 8]. Незважаючи на досягнення фармакотерапії, частота дисгормональної патології репродуктивної системи, в патогенезі якої особливу роль відіграє психоемоційний стрес, залишається досить високою і не має тенденції до зниження. Поєднання гінекологічної і психологічної патології погіршує клінічний прогноз кожної з них, а також соціальну адаптацію і якість життя жінок [9].

Останнім часом обговорюється роль в генезі пухлинного росту у матці індивідуально-психологічних особливостей хворих і правомірність віднесення цього захворювання до групи психосоматичних. Психоемоційні розлади виявлені у 2/3 хворих із лейоміомою матки [10]. Особливості психічної сфери (психічний стан в конкретний момент або стабільніші особливості особистості) позначаються на зміні гормонального статусу. Згідно психосоматичної концепції міоми матки дисгормонемія є наслідком синдрому психоемоційного напруження, в результаті якого розвиваються порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи [11]. Одним із ключових моментів збільшення розмірів наявної міоми матки, за даними деяких дослідників, є наявність вогнища домінантної активності в головному мозку (тяжкої думки, до якої жінка регулярно

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ И ИХ ПАРТНЕРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ НАРУШЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАРТНЕРСКОЙ ПАРЫ

Г. Т. ГАБРЕЛЬ

На основе обследования 105 партнерских пар (ПП) с ВИЧ-инфицированным партнером, из которых гетеросексуальных 70 пар и 35 – однополых мужских, исследованы особенности психического состояния ВИЧ-инфицированных и их партнеров, и найдена взаимосвязь между состоянием психического здоровья и успешностью жизнедеятельности таких партнерских пар. Полученные данные легли в основу при разработке системы медико-психологического сопровождения партнерской пары, в которых один из партнеров инфицирован ВИЧ.

Ключевые слова: ВИЧ, психическое здоровье, партнерская пара

STATE OF MENTAL HEALTH HIV-INFECTED PERSONS AND THEIR PARTNERS DEPENDING ON THE LEVEL OF EXCITATION LIFE AFFILIATE STEAM

R. GABREL

Based on survey of 105 partner pairs, in which one partner is HIV-positive, of which 70 are heterosexual couples and 35 – same-sex male, investigated the peculiarities of mental health of HIV-infected persons and their partners, and found the relationship between mental health and life success of these partnerships pairs. These data formed the basis for the development of medical and psychological support partner couples in which one partner is infected with HIV.

Keywords: HIV, mental health, partner pair

УДК 618.14-006.36: 159.923

Г. М. Науменко

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ В ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИЙ ПЕРІОД

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Ключові слова: психоемоційний стан, лейоміома матки, алекситимія, тривожність, депресія, екстирпація матки, психологічна корекція

Актуальність проблеми. Вплив на психіку людини переживань ситуацій, пов'язаних із загрозою життю або здоров'ю, різноманітний і виражається широким спектром емоційно-особистісних змін. Відомо, що для хворих із тяжкою соматичною патологією, характерна наявність афективних розладів, що ускладнюють процес лікування основного захворювання і погіршують прогноз хвороби в цілому.

Варто зазначити, що доброякісні пухлини геніталій значно збільшують число гінекологічних хворих у жіночих палатах. Захворювання гінекологічного профілю супроводжується важким психологічним стресом. У таких хворих виникає відчуття втрати жіночності і, як наслідок, неповноцінності та збитковості. Хвора відчуває загрозу для життя, страх перед можливою соціальною ізоляцією і розпадом сім'ї. Перед кожною такою хворою постає завдання пристосуватися до нової життєвої ситуації і формування адекватного відношення до власної особи та до свого здоров'я.

Лейоміома матки є поліетіологічним захворюванням, симптоматика якого дає змогу розглядати її як системне захворювання, що впливає на регуляторно-адаптивні можливості організму жінки [1]. На міому матки страждають 25÷30% жінок старше 35 років, а останнім часом захворювання все частіше виявляється у молодшому віці [2; 3; 4; 5]. Якщо 20 років назад у віковій групі від 25 до 45 років ЛМ зустрічалася у 30% жінок, то за останні роки ця цифра зросла до 50% [6].

Тривалі негативні емоції, психічне напруження і дистрес є найчастішими патогенетичними факторами

порушення центральних механізмів регуляції і, як наслідок, виникнення розладів жіночої репродуктивної сфери. Крім того, хронічний стрес і супутній вторинний імунodefіцит значно погіршують прогноз гінекологічних нейроендокринних захворювань у зв'язку з підвищенням ризику розвитку гормонозалежної пухлинної патології [7; 8]. Незважаючи на досягнення фармакотерапії, частота дисгормональної патології репродуктивної системи, в патогенезі якої особливу роль відіграє психоемоційний стрес, залишається досить високою і не має тенденції до зниження. Поєднання гінекологічної і психологічної патології погіршує клінічний прогноз кожної з них, а також соціальну адаптацію і якість життя жінок [9].

Останнім часом обговорюється роль в генезі пухлинного росту у матці індивідуально-психологічних особливостей хворих і правомірність віднесення цього захворювання до групи психосоматичних. Психоемоційні розлади виявлені у 2/3 хворих із лейоміомою матки [10]. Особливості психічної сфери (психічний стан в конкретний момент або стабільніші особливості особистості) позначаються на зміні гормонального статусу. Згідно психосоматичної концепції міоми матки дисгормонемія є наслідком синдрому психоемоційного напруження, в результаті якого розвиваються порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи [11]. Одним із ключових моментів збільшення розмірів наявної міоми матки, за даними деяких дослідників, є наявність вогнища домінантної активності в головному мозку (тяжкої думки, до якої жінка регулярно

повертається) і порушення гормонального фону, що викликається психоемоційним стресом [12; 13]. Подальше вивчення психосоматичного статусу, індивідуальних особливостей особистості хворих міомою матки з різними варіантами клінічного перебігу дозволить оптимізувати лікувальний процес, поставити завдання для розробки психотерапевтичної дії з метою поліпшення якості соціальної реадптації жінок, які страждають на це захворювання.

У наш час виділяють наступні підходи до лікування ЛМ [14; 15; 16; 17]: медикаментозне лікування, спрямоване на контроль росту лейоміоми і розвиток симптомів захворювання і хірургічне лікування – органозберігаючі операції, як правило, при нереалізованій репродуктивній функції (абдомінальна, лапароскопічна і гістероскопічна міомектомія), радикальні операції (гістеректомія) і малоінвазивні органозберігаючі методи лікування (емболізація маткових артерій, міоліз різними джерелами енергії). Також використовуються комбіновані методи. На вибір методу лікування жінки можуть впливати вираженість суб'єктивно важких симптомів захворювання (менометрорагії, анемізація, болі унизу живота і в попереку, порушення функцій суміжних органів тощо), планування вагітності, а також особистісні особливості пацієнток, включаючи їх характер і темперамент [18]. Крім того, у більшості хворих видалення пухлинного вогнища досягається шляхом операції. Це призводить не тільки до функціональних порушень, пов'язаних із втраченою органом або його частини, але і до глибоких емоційних розладів, гальмує процес адаптації та ресоціалізації.

Таким чином, у гінекологічній клініці перед лікарем досить часто встає психосоматична проблема. Пацієнтки потребують лікування не тільки соматичного захворювання, а й психопатологічних розладів, коморбідних з основною патологією. Для жінок, які страждають на ту чи іншу гінекологічну хворобу, часто буває більш актуальним не саме захворювання, а уявлення про те, як воно вплине на відношення до них близьких, родичів та інших оточуючих людей. Об'єктивні критерії тяжкості патології немов би відходять на другий план і не визнаються принципово значущими. На цій платформі ґрунтується статеворольовий фактор – уявлення жінки про можливі і найвірогідніші (з її точки зору) зміни її ролі як матері, дружини, жінки у зв'язку з гінекологічним захворюванням

Специфіка клінічних проявів афективних розладів, визначається поєднаним характером патології та реакцією особистості на хворобу. Феноменологічно емоційні порушення в ситуації хвороби, яка загрожує життю, найчастіше представлені у вигляді станів тривоги і депресії (Grassi L et al, 2004; Osborne RH et al, 2004).

Знання психіки і особливостей особистості необхідно для вивчення психосоматичних взаємовідношень у хворих на ЛМ, що складає основу для розробки психопрофілактичних заходів [11,18,19]. І хоча, як відомо, метою будь-якої лікувальної програми повинне бути поліпшення якості життя пацієнта, тісно пов'язаного з позитивними і негативними емоційними переживаннями,

станом його мотиваційної сфери, потребами, особистісними взаємовідносинами тощо [20; 21], лише одиничні дослідження у вітчизняній і зарубіжній літературі присвячені вивченню психіки хворих із доброякісною пухлинною патологією матки, і практично відсутні роботи інтеграційного, узагальнюючого характеру, що дають можливість використовувати накопичені теоретичні знання в лікуванні і реабілітації таких жінок. У сформованих умовах зростає роль медичного психолога в комплексному гінекологічному лікуванні, чия найперша мета – полегшити емоційний дистрес, який розвивається у багатьох пацієнтів (Володін Б. Ю., Петров С. С., Куликов С. П., Володіна Л. М., 2007). Для досягнення цієї мети психологу необхідні орієнтири, що дозволяють точно визначити «мішені» для психологічного втручання.

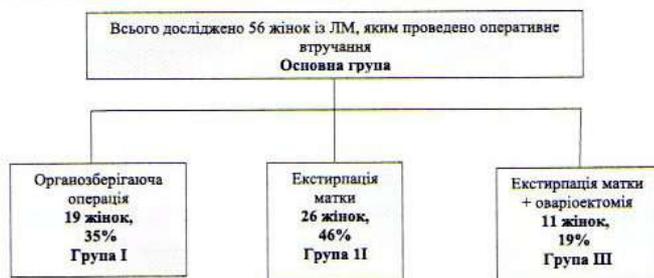
Матеріали та методи. Для вирішення мети і завдань дослідження обстежено 56 жінок основної групи з доброякісними пухлинами матки до і після міомектомії, гістер- та гістероваріоектомії, які були розподілені на три групи в залежності від обсягу оперативного втручання. Першу групу (група I), склали 19 жінок, яким була проведена органозберігаюча операція (міомектомія), друга група (група II) – 26 жінок, яким була виконана екстирпація матки (тотальна гістеректомія), третя група (група III) – 11 жінок, яким була виконана тотальна гістероваріектомія. Контрольну групу склали 20 жінок без діагностованої гінекологічної патології.

Дослідження проводилось протягом 2011–2013 років на кафедрі акушерства і гінекології №1 НМУ ім. О. О. Богомольця на базі Міської клінічної лікарні №18. Пацієнткам безпосередньо до проведення дослідження була надана поінформована згода на проведення психологічного дослідження. Критеріями відбору для включення в основну групу були: вік жінок 25–50 років; наявність в анамнезі захворювання лейоміоми матки; добровільна згода пацієнтки на участь у психологічному дослідженні. Критеріями виключення були: вік старше 50 років, клімактеричний період; наявність в анамнезі злоякісної пухлинної патології, відмова пацієнта від участі у дослідженні; наявність черепно-мозкової травми; тяжкі соматичні та психічні захворювання в анамнезі.

Соматичний (гінекологічний) статус жінок основної групи оцінювався лікуючим лікарем-гінекологом відділення на основі скарг, анамнезу захворювання та життя, клініко-лабораторних даних та на основі даних ультразвукового дослідження. У відповідно до завдань даного дослідження враховувались наступні параметри (гінекологічного) захворювання: діагноз; тривалість захворювання; гострота захворювання. Тривалість захворювання виявлялася при збиранні анамнезу зі слів пацієнток, а також на основі даних історії хвороби та інших медичних документів (виписки зі стаціонару після попередніх госпіталізацій, амбулаторні дані). У жінок основної та групи порівняння соціально-демографічний та психологічний статус вивчався стандартним шляхом.

Для дослідження соціально-демографічних характеристик, використовувався короткий структурований опитувальник. Для психологічного дослідження були

використані опитувальник самооцінки Ч. Д. Спілбергера та Ю. Л. Ханіна (адаптований Ю. Л. Ханіна, 1976 р.); Шкала депресії Бека (BDI, Beck et al, 1961); Торонтська алекситимічна шкала (Вассерман Л. І. із співавт., 2005).



Результати та обговорення. Середній вік жінок основної групи становив 42 ± 4 роки. Залежно від віку пацієнтки були розподілені на такі підгрупи: $25 \div 34$ років (репродуктивний вік) – 13 пацієнток (23%); $35 \div 49$ років (старший репродуктивний вік) – 43 пацієнтки (77%). При дослідженні соціально-демографічних характеристик основної групи було виявлено низку несприятливих факторів, серед яких: незадоволеність роботою – 62%; середній рівень задоволення партнерськими відносинами – 48%, низький рівень задоволеності партнерськими відносинами – 22%; низький (18%) та середній ступінь (57%) отримуваної соціальної підтримки і т. д.

За методикою Спілбергера-Ханіна визначено високий рівень особистісної тривожності в ранньому післяопераційному періоді у жінок, які перенесли оперативне втручання та мали низку несприятливих соціально-демографічних факторів. Результати досліджень показують, що особистісна тривожність була відносно стійкою індивідуальною характеристикою жінки з ЛМ та утримувалася на високих рівнях незалежно від об'єму проведеної операції. На відміну від реактивної тривожності, яка була відносно на низькому рівні у жінок з групи I (27,3 б.) та групи II (30,7 б.) та на середньому – у жінок

з групи III (38,4 б.), яким було проведено екстирпацію матки разом з оваріоектомією (табл. 1).

Рівень депресії збільшувався від помірного до вираженого зі зростанням об'єму оперативного втручання. Так для жінок групи I був притаманний помірний рівень депресії за шкалою Бека (19,4 б.), для жінок групи II – виражений ступінь депресії (29,5 б.), для жінок групи III – також виражений ступінь депресії, але дещо вищий показник ніж у жінок групи II (35,7 б.) (табл. 2).

Відмічена зворотна залежність між вираженістю реактивної тривожності і депресії та рівнем алекситимії. Виявлено, що чим вище показник реактивної тривожності та депресії, тим нижче показник алекситимії. В такому разі можна зробити висновок, що жінки групи III з більшим обсягом операції – мали високі показники реактивної тривожності (38,4 б.) і депресії (35,7 б.) та не мали проявів алекситимії (54,2 б.) (рис. 1).

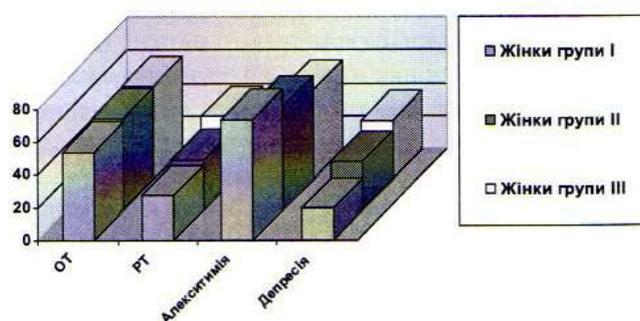


Рис. 1. Виразність психоемоційних факторів у залежності від обсягу проведеної операції

Примітка: ОТ – особистісна тривожність; РТ – реактивна тривожність.

Має суттєве значення в проведенні психологічного дослідження, період в який воно було здійснене (ранній післяопераційний період $3 \div 5$ день, чи пізній післяопераційний $1 \div 6$ місяць) (Рис. 2). Так, при аналізі змін психопатологічних показників основної групи в залежності від тривалості захворювання [21], була відмічена

Таблиця 1

Порівняльний аналіз рівня тривожності обстежених груп жінок з ЛМ

Вид тривожності	Жінки, яким проведено оперативне лікування по видаленню ЛМ показники тривожності в балах		
	Жінки групи I	Жінки групи II	Жінки групи III
Реактивна тривожність	27,3	30,7	38,4
Особистісна тривожність	53,7	55,8	56,5

Таблиця 2

Виразність психоемоційних факторів у залежності від обсягу проведеної операції

Психоемоційні фактори	Жінки, яким проведено оперативне лікування по видаленню ЛМ (Показники в балах)		
	Жінки групи I	Жінки групи II	Жінки групи III
Особистісна тривожність, ОТ	44,7	55,8	56,5
Реактивна тривожність, СТ	27,3	30,7	38,4
Алекситимія	73,7	62,8	54,2
Депресія за шкалою Бека	19,4	29,5	35,7

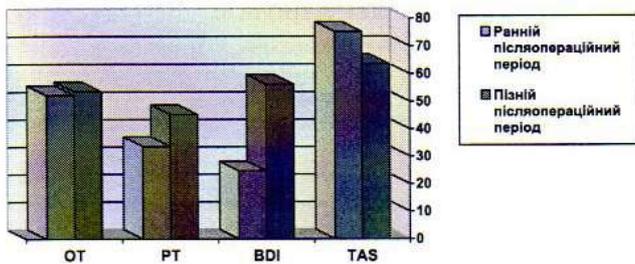


Рис. 2. Порівняльний аналіз психоемоційних факторів жінок обстежених груп у залежності від етапу діагностики
Примітка: OT – особистісна тривожність; PT – реактивна тривожність; BDI – шкала депресії Бека; TAS – шкала алекситимії

несприятлива динаміка: значне підвищення реактивної тривожності (45,4 б.) та депресії (56,3 б.). Єдине, що показник алекситимії мав тенденцію до зниження з часом (63,57 б.), що можна розцінити як прояв вторинної вигоди від хвороби, коли пацієнтки повертають увагу до своїх потреб і піклуються про себе, хоча б на рівні тілесних потреб, можуть висловлювати свої почуття та переживання пов'язані з хворобою та життєвою ситуацією.

Таким чином, було виявлено, що рівень і структура тривоги і тривожності у жінок з ЛМ взаємопов'язані з алекситимією та рівнем депресії. На підставі отриманих даних можна висловити припущення про можливе формування у хворих єдиного тривожно-депресивного синдрому, виразність якого залежить від вираженості алекситимічного радикалу.

Висновки. Психоемоційний стан жінок, які перенесли операції по видаленню ЛМ, характеризувався вираженою дезадаптацією та високими показниками реактивної та особистісної тривожності за методикою діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера та Ю. Л. Ханіна. При цьому визначалась залежність ступеня вираженості, реактивної тривожності від обсягу проведеної операції (найбільші показники були виявлені при радикальному видаленні матки та яєчників).

За результатами досліджень, рівень і структура тривоги і тривожності у жінок з новоутвореннями взаємопов'язані з алекситимією та рівнем депресії: чим вище рівень ситуативної тривожності та більш тяжкий ступінь депресії – тим нижче показник алекситимії. В залежності від тривалості післяопераційного періоду, змінювались показники реактивної тривожності, депресії та алекситимії. Показник алекситимії мав тенденцію до зниження з часом, що можна розцінити як прояв вторинної вигоди від хвороби, коли пацієнтки повертають увагу до своїх потреб і піклуються про себе, хоча б на рівні тілесних потреб. Особистісна тривожність була більш сталою формою, яка не залежала від тривалості післяопераційного періоду. Наявність високого рівня тривожності свідчила про тенденцію до соматизації депресивних розладів, коли на перший план виступають соматичні скарги, жінки зосереджені на відчутті соматичного неблагополуччя і висловлювали тривожні побоювання відносно свого здоров'я. Таким чином, психологічна корекція повинна бути направлена в першу чергу на навчання емоційному відреагуванню, подоланню стереотипів.

Література

1. Артюшков В. В. Регуляторно-адаптивные возможности организма женщины, больных миомой матки / В. В. Артюшков, В. М. Покровский, В. В. Пономарев // Кубан. науч. мед. вестник. – 2011. – № 6. – С. 17–20.
2. Буянова С. Н. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки / С. Н. Буянова, М. В. Мзелиашивили, С. А. Петракова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2008. – № 6. – С. 45–51.
3. Uterine leiomyoma / E. Csatlós, J. Rigó, I. Szabó [et al.] // Orv. Hetil. – 2010. – Vol. 151, № 42. – P. 1734–1741.
4. Trojnar-Podlesny M. Uterine leiomyomas – risk factors / M. Trojnar-Podlesny, A. Reroń // Ginekol. Pol. – 2003. – Vol. 74, № 12. – P. 1572–157.
5. Tadir Y. Uterine fibroids // Y. Tadir, M. Glezerman, C. Goldchmit // Harefuah. – 2008. – Vol. 147, № 8/9. – P. 725–730, 748.
6. Гаспаров А. С. Миома матки: современные возможности лечения / А. С. Гаспаров, Е. Д. Дубинская // Ремедиум. – 2005. – № 1/2. – С. 50–54.
7. Загуровский В. М. Стрессорная реакция – взгляд на проблему / В. М. Загуровский, В. В. Никонов // Врачебная практика. – 2003. – № 5. – С. 4–8.
8. Загуровский В. М. Стрессорная реакция – взгляд на проблему / В. М. Загуровский, В. В. Никонов // Врачебная практика. – 2003. – № 5. – С. 4–8.
9. Междисциплинарный подход к реабилитации женщины с гинекологическими заболеваниями, ассоциированными с непсихотическими психическими расстройствами / Р. Ф. Насырова, Л. С. Сотникова, И. Е. Куртиянова, В. А. Семке // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6. – С. 57–61.
10. Psychological wellbeing after laparoscopic and abdominal hysterectomy – a randomised controlled multicentre study / P. Persson, K. Wijma, M. Hammar, P. Kjølhed // BJOG. – 2006. – Vol. 113, № 9. – P. 1023–1030.
11. Менеgetti А. Психосоматика: новейшие достижения : пер. с итал. / А. Менеgetti. – М. : Онтопсихология, 2007. – 354 с.
12. Дикке Г. Б. Роль психологических особенностей личности в этиопатогенезе миомы матки и мастопатии / Г. Б. Дикке, В. И. Власенко, М. А. Якимова // Сиб. мед. журнал. – 2002. – № 4. – С. 18–22.
13. Zerbe K. J. New perspectives on the psychotherapy of women: cost effective and clinical interventions / K. J. Zerbe // Prim. Care. – 2002. – Vol. 29, № 1. – P. 211.
14. Дубоссарская З. М. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты) : учеб.-метод. пособие / З. М. Дубоссарская, Ю. А. Дубоссарская. – Днепропетровск : Лира ЛТД, 2008. – 414 с.
15. An X. Treatment of intravenous leiomyoma with transcatheter arterial embolization / X. An, J. Wang, H. Wang // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2010. – Vol. 110, № 1. – P. 71–73.
16. Берлев И. В. Лапароскопическая миомэктомия. Клиническая эффективность и результаты лечения у женщины репродуктивного возраста / И. В. Берлев, С. В. Кузнецов, А. С. Иванов // Журн. акушерства и женск. болезней. – 2009. – № 5. – С. М110–М111.
17. Ибрагимова Д. М. Спорные вопросы патогенеза миомы матки и лечения больных с этим заболеванием / Д. М. Ибрагимова, Ю. Э. Доброхотова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2011. – № 2. – С. 37–43.
18. The temperament and character inventory (TCI) : a guide to its development and use / C. R. Cloninger, T. R. Przybek, D. M. Svrakic [et al.]. – 1st ed. – St. Louis : Center for Psychobiology of Personality, Washington University, 1994. – 184 p.
19. The management of uterine leiomyomas / G. Lefebvre, G. Vilos, C. Allaire [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Can. – 2003. – Vol. 25, № 5. – P. 396–418.
20. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия (клиника, диагностика, терапия) / В. Д. Менделевич. – Казань : Изд-во Казан. ун-та, 1996. – 337 с.
21. Потемкина Е. А. Личностные характеристики, ассоциированные с хроническими гинекологическими заболеваниями у женщины репродуктивного возраста / Е. А. Потемкина // Урал. мед. журнал. – 2009. – № 6. – С. 17–24.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ
МАТКИ В ПОСЛЕОПЕРАТИВНЫЙ ПЕРИОД**

Г. Н. НАУМЕНКО

Целью работы является экспериментально-психологически исследовать выраженность и структуру тревожных и депрессивных расстройств у больных с ЛМ в их соотношениях с клиническими факторами. Оценить характеристики алекситимии личности больных, их взаимосвязь с параметрами эмоциональной сферы и выраженностью расстройств.

Заболевание лейомиомой служит источником психологического дистресса. Развитие депрессивных и тревожных состояний и хронизация стресса не только снижает качество жизни пациентки и окружающих её людей, но и негативно влияет на иммунную систему больной, вызывая супрессию иммунитета. В связи с этим своевременное выявление эмоциональных нарушений является чрезвычайно актуальным, особенно в рамках организации психологической коррекции.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, лейомиома матки, тревожность, алекситимия, депрессия, экстирпация матки, психологическая коррекция

FEATURES PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE OF WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMAS

G. NAUMENKO

The aim is to study the characteristics of women with psycho-emotional sphere LM. The disease of uterine myoma (statement diagnosis) serve as a source of psychological distress. Development of depressive and anxiety disorders and chronic stress not only reduces the quality of life and the people around him, but also adversely affects the immune system of the patient, causing the suppression of immunity. Therefore, early detection and characterization of emotional disorders are extremely important, especially in the organization of psychological adjustment.

Keywords: psycho-emotional state, uterine leiomyoma, anxiety, alexithymia, depression, hysterectomy, psychological adjustment

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

М. В. Маркова, О. М. Царенко

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ
НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, В АСПЕКТІ ФОРМУВАННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
В УМОВАХ ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ**

Харківська медична академія післядипломної освіти
Вінницька обласна психіатрична лікарня №2 (м. Вінниця)

Ключові слова: примусове лікування, дезадаптація, хворі на параноїдну шизофренію

Питання надання психіатричної та медико-психологічної допомоги спеціальним цільовим групам психічно хворих, що мають певні особливості психічного й соціального статусу, набувають сьогодні особливої актуальності [1–8]. Однією з таких груп є пацієнти, що знаходяться в умовах примусового лікування.

Тривале вимушене перебування в умовах психіатричного стаціонару, примусове спільне проживання, втрата особистого життя, пасивна участь у своїй долі, відсутність будь-яких повноважень, що активують мотиваційно-когнітивні процеси, не менш деструктивно впливають на особистість пацієнта, ніж власне психічна хвороба [9]. В умовах примусового лікування відбувається формування патологічних зв'язків із навколишнім середовищем, втрата індивідуальних властивостей особистості як суб'єкта соціальних відносин, що, за умови відсутності заходів психосоціальної корекції та профілактики, сприяє виникненню та формуванню госпіталізму та дезадаптації пацієнтів, яка обумовлена тривалим перебуванням в одноманітних умовах психіатричного стаціонару та нераціональній організації лікарняного середовища.

Але, незважаючи на беззаперечну актуальність даної проблеми, а також стратегію гуманізації, дестигматизації, деінституалізації та поліпрофесійності вітчизняної психіатричної допомоги [10], питання профілактики та корекції дезадаптації психічно хворих в умовах примусового лікування ще не знайшли свого вирішення.

З огляду на вищенаведене, з метою аналізу клініко-психопатологічних особливостей, з точки зору їх впливу на формування дезадаптації у хворих, які страждають на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування, та виділення провідних дезадаптуючих показників та їх впливу на можливість сприйняття пацієнтом заходів психосоціальної корекції явищ дезадаптації протягом 2010 – 2013 рр. на базі відділення № 1 для примусового лікування психічно хворих із посиленням наглядом Вінницької обласної психіатричної лікарні №2, нами здійснено комплексне обстеження 118 пацієнтів із діагнозом параноїдної шизофренії, що перебували на примусовому лікуванні.

Комплексне клінічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z кодів (вісь–3) МКХ–10. Клініко-психопатологічне дослідження проводилося за допомогою опитувальника МКХ–10 «Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром) та «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS).

Розподіл хворих за віком та типом перебігу шизофренії відображено у табл. 1.

З даних табл. 1, видно, що в цілому за віком та типом перебігу параноїдної шизофренії у досліджених

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ
МАТКИ В ПОСЛЕОПЕРАТИВНЫЙ ПЕРИОД**

Г. Н. НАУМЕНКО

Целью работы является экспериментально-психологически исследовать выраженность и структуру тревожных и депрессивных расстройств у больных с ЛМ в их соотношениях с клиническими факторами. Оценить характеристики алекситимии личности больных, их взаимосвязь с параметрами эмоциональной сферы и выраженностью расстройств.

Заболевание лейомиомой служит источником психологического дистресса. Развитие депрессивных и тревожных состояний и хронизация стресса не только снижает качество жизни пациентки и окружающих её людей, но и негативно влияет на иммунную систему больной, вызывая супрессию иммунитета. В связи с этим своевременное выявление эмоциональных нарушений является чрезвычайно актуальным, особенно в рамках организации психологической коррекции.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, лейомиома матки, тревожность, алекситимия, депрессия, экстирпация матки, психологическая коррекция

FEATURES PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE OF WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMAS

G. NAUMENKO

The aim is to study the characteristics of women with psycho-emotional sphere LM. The disease of uterine myoma (statement diagnosis) serve as a source of psychological distress. Development of depressive and anxiety disorders and chronic stress not only reduces the quality of life and the people around him, but also adversely affects the immune system of the patient, causing the suppression of immunity. Therefore, early detection and characterization of emotional disorders are extremely important, especially in the organization of psychological adjustment.

Keywords: psycho-emotional state, uterine leiomyoma, anxiety, alexithymia, depression, hysterectomy, psychological adjustment

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

М. В. Маркова, О. М. Царенко

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ
НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, В АСПЕКТІ ФОРМУВАННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
В УМОВАХ ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ**

Харківська медична академія післядипломної освіти
Вінницька обласна психіатрична лікарня №2 (м. Вінниця)

Ключові слова: примусове лікування, дезадаптація, хворі на параноїдну шизофренію

Питання надання психіатричної та медико-психологічної допомоги спеціальним цільовим групам психічно хворих, що мають певні особливості психічного й соціального статусу, набувають сьогодні особливої актуальності [1–8]. Однією з таких груп є пацієнти, що знаходяться в умовах примусового лікування.

Тривале вимушене перебування в умовах психіатричного стаціонару, примусове спільне проживання, втрата особистого життя, пасивна участь у своїй долі, відсутність будь-яких повноважень, що активують мотиваційно-когнітивні процеси, не менш деструктивно впливають на особистість пацієнта, ніж власне психічна хвороба [9]. В умовах примусового лікування відбувається формування патологічних зв'язків із навколишнім середовищем, втрата індивідуальних властивостей особистості як суб'єкта соціальних відносин, що, за умови відсутності заходів психосоціальної корекції та профілактики, сприяє виникненню та формуванню госпіталізму та дезадаптації пацієнтів, яка обумовлена тривалим перебуванням в одноманітних умовах психіатричного стаціонару та нераціональній організації лікарняного середовища.

Але, незважаючи на беззаперечну актуальність даної проблеми, а також стратегію гуманізації, дестигматизації, деінституалізації та поліпрофесійності вітчизняної психіатричної допомоги [10], питання профілактики та корекції дезадаптації психічно хворих в умовах примусового лікування ще не знайшли свого вирішення.

З огляду на вищенаведене, з метою аналізу клініко-психопатологічних особливостей, з точки зору їх впливу на формування дезадаптації у хворих, які страждають на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування, та виділення провідних дезадаптуючих показників та їх впливу на можливість сприйняття пацієнтом заходів психосоціальної корекції явищ дезадаптації протягом 2010 – 2013 рр. на базі відділення № 1 для примусового лікування психічно хворих із посиленням наглядом Вінницької обласної психіатричної лікарні №2, нами здійснено комплексне обстеження 118 пацієнтів із діагнозом параноїдної шизофренії, що перебували на примусовому лікуванні.

Комплексне клінічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z кодів (вісь–3) МКХ–10. Клініко-психопатологічне дослідження проводилося за допомогою опитувальника МКХ–10 «Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром) та «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS).

Розподіл хворих за віком та типом перебігу шизофренії відображено у табл. 1.

З даних табл. 1, видно, що в цілому за віком та типом перебігу параноїдної шизофренії у досліджених

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком та типом перебігу параноїдної шизофренії

Вік (роки)	Тип перебігу								
	Безперервний (F20.00)			Епізодичний із прогресивним (F20.01)			Епізодичний із стабільним дефектом (F20.02)		
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
21÷30	12	28,6	4,5	5	14,3	3,5	9	22,0	4,1
31÷40	9	21,4	4,1	8	22,9	4,2	13	31,7	4,7
41÷50	10	23,8	4,3	9	25,7	4,4	9	22,0	4,1
51÷60	11	26,2	4,4	13	37,1	4,8	10	24,4	4,3
Всього	42	100,0		35	100,0		41	100,0	

Примітка: Достовірність розбіжностей між груповими показниками дорівнює $p \leq 0,001$

пацієнтів істотних відмінностей не спостерігалось, що свідчить про однорідність вибірки, яка надає можливість вивчати та аналізувати клініко-психопатологічні особливості хворих. Треба зазначити, що у віці 31÷40 р. відсоток пацієнтів з епізодичним із стабільним дефектом шизофренії склав 31,7%, а у віці 51÷60 р. – з епізодичним із прогресивним перебігом, відповідно, – 37,1%. Дана особливість врахована нами при аналізі та розробці заходів профілактики та психосоціальної корекції явищ дезадаптації у психічно хворих в умовах примусового лікування. Розподіл обстежених пацієнтів за провідним синдромом параноїдної шизофренії відображено у табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл хворих за провідним синдромом параноїдної шизофренії

Провідний синдром	Основна група		
	Абс. ч	%	±m
Депресивно-параноїдний	15	12,7	3,3
Астенічний	18	15,3	3,6
Галюцинаторно-параноїдний	23	19,5	4,0
Параноїдний	27	22,9	4,2
Депресивний	35	29,7	4,6
Всього	118	100,0	

З даних, представлених у табл. 2, видно, що в цілому у досліджених пацієнтів за ступенем прояву провідні синдроми розподілилися у 3 групах:

Перша: депресивно-параноїдний 15 (12,7±3,3%) та астенічний 18 (15,3±3,6%) синдроми;

Друга: галюцинаторно-параноїдний 23 (19,5±4,0%) синдром;

Третя: параноїдний 27 (22,9±4,2%) та депресивний – 35 (29,7±4,6%) синдроми.

За аналізом стійкості синдромів, тобто порівнянні зміни синдромів за досліджуваний період у період

госпіталізації встановлено відносну стабільність клінічної картини ($p < 0,001$). Усі вищевикладені синдроми діагностовано у рамках безперервного (F20.00), епізодичного з прогресивним перебігом (F20.01) та епізодичного перебігу зі стабільним дефектом (F20.02) параноїдної шизофренії ($p < 0,01$). Розподіл досліджених хворих за типом перебігу параноїдної шизофренії та провідному клінічному синдрому відображено у табл. 3.

Як бачимо із табл. 3, усього з усієї сукупності обстежених (118 хворих) частка синдромів при безперервному перебігу склала – 42 (35,6±4,8%), при епізодичному із прогресивним перебігом 35 (29,7±4,6%), при епізодичному зі стабільним дефектом 41 (34,7±4,8%). Даний розподіл свідчить про співвідношення у складі хворих, з одного боку, пацієнтів із постійно наростаючою симптоматикою, з іншого – з відносно стабільним дефектом. Виявлення даних розбіжностей при вивченні хворих на параноїдну шизофренію обумовлено подальшою оцінкою пацієнта з точки зору застосування до нього тої або іншої психосоціальної тактики. Глибина ремісії у досліджених пацієнтів склала від 1 до 2,0 років (у середньому 1,5 роки), що, на нашу думку, свідчить про її нестійкість. У цілому у пацієнтів переважали синдроми: депресивний – 15 (42,9±4,9%), 10 (28,6±4,5%), 10 (28,6±4,5%) ($p < 0,001$) та параноїдний 9 (33,3±4,7%), 8 (29,6±4,6%), 10 (37,0±4,8%) ($p < 0,001$).

Окремим аспектом дослідження з метою подальшого виявлення механізмів та етапів формування дезадаптації у хворих, які страждають на шизофренію в умовах примусового лікування, стало вивчення глибини клінічної психопатологічної симптоматики (оцінка ступеня тяжкості). Дана оцінка проводилася за допомогою шкали PANSS, як у цілому (у балах за рекомендаціями авторів методики), так і з наданням аналізу структури симптомів за окремими шкалами з розрахунком відносного відсотка. Даний підхід був обраний із метою подальшого встановлення взаємовпливу клініко-патопсихологічних, особистісних, міжособистісних та середовищних чинників на формування дезадаптації у хворих, які страждають шизофренією в умовах примусового лікування, задля диференціації хворих у групи психосоціальної корекції

Розподіл досліджених хворих за типом перебігу параноїдної шизофренії та провідному клінічному синдрому

Перебіг	Синдром														
	Депресивно-параноїдний			Астенічний			Галопіаторно-параноїдний			Параноїдний			Депресивний		
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Безперервне (F20.00)	5	33,3	4,7	6	33,3	4,7	7	30,4	4,6	9	33,3	4,7	15	42,9	4,9
Епізодичне з прогресивним перебігом (F20.01)	4	26,7	4,4	7	38,9	4,9	6	26,1	4,4	8	29,6	4,6	10	28,6	4,5
Епізодичне з стабільним дефектом (F20.02)	6	40,0	4,9	5	27,8	4,5	10	43,5	5,0	10	37,0	4,8	10	28,6	4,5
Всього	15	100,0		18	100,0		23	100,0		27	100,0		35	100,0	

Примітка. Достовірність розбіжностей між групових показників за перебігом дорівнює $p \leq 0,001$.

в залежності від їх можливості сприйняти психокорекційні заходи. Другим завданням, яке обумовило поглиблене вивчення психопатологічної симптоматики, стало дослідження її впливу на особистісні (когнітивні, емоційні, поведінкові) чинники, міжособистісні стосунки та середовища у розвитку явищ адаптації/деадаптації у хворих із відокремленням провідних дезадаптуючих взаємозв'язків. Середнє значення та структура синдромів за критеріями PANSS у хворих, які страждають на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування, відображено у табл. 4.

З даних табл. 4 видно, що у досліджених хворих на параноїдну шизофренію серед позитивних синдромів відокремлені ті, що значно впливають на психосоціальне функціонування, а саме: марення P1 – 6 балів, $16,7 \pm 3,7\%$), підозрілість-переслідування (P6 – 6 балів, $16,7 \pm 3,7\%$), прояви ворожості (P7 – 6 балів, $16,7 \pm 3,7\%$). Достовірність розбіжностей показників між шкалами дорівнює $p \leq 0,001$.

Серед негативних синдромів у хворих переважали прояви сплюснення афекту (N1 – 6 балів, $15,4 \pm 3,6\%$), емоційна відгородженість (N2 – 6 балів, $15,4 \pm 3,6\%$), пасивно-апатичний соціальний відхід (N4 – 6 балів, $15,4 \pm 3,6\%$), стереотипність мислення (N7 – 6 балів, $15,4 \pm 3,6\%$). Достовірність розбіжностей показників між шкалами дорівнює $p \leq 0,001$.

За аналізом ступеня вираженості загально-психопатологічних синдромів виявлено переважання некооперативності (G8 – 6 балів, $8,1 \pm 2,7\%$), зниження розважливості й усвідомлення хвороби (G12 – 6 балів, $8,1 \pm 2,7\%$), вольові порушення (G13 – 6 балів, $8,1 \pm 2,7\%$). Серед загальних психопатологічних синдромів необхідно відокремити порушення соціальної активності (G16 – 6 балів, $8,1 \pm 2,7\%$), яке супроводжувалося втратою соціальних зв'язків і контактів із навколишнім світом ($p < 0,001$), частковою або повною бездіяльністю ($p < 0,001$), обмеженням здатності жити у звичайному соціальному середовищі й використовувати свій соціальний досвід

($p < 0,001$). Достовірність розбіжностей показників між шкалами дорівнює $p \leq 0,001$.

У цілому середній бал серед позитивних синдромів склав 5,1, серед негативних – 5,6, серед загально-психопатологічних – 5,1, що свідчить про переважання у загальній структурі клінічної картини тих синдромів, наявність яких у вираженому або значному ступені вираженості «перешкоджає» повноцінному функціонуванню.

На наш погляд, вивчення структури вираженості позитивних, негативних та загально-психопатологічних синдромів у обов'язковому порядку повинно проводитися не лише з точки зору завдань корекції психосоціальної дезадаптації, а, особливо, з потреб та завдань, які виникають саме у психотерапевтичній роботі з хворими. Різноманітний, у більшості випадків, не передбачений характер сполучення клінічних ознак призводить до виникнення «дезадаптаційних перешкод» для проведення психосоціальної корекції. З іншого боку, при проведенні заходів психосоціальної корекції, неврахування ступеня вираженості симптомів призводить до зниження адаптивного потенціалу хворих та нівелювання напрацьованих «загальних навичок пристосування» при подоланні проблем у функціонуванні. Структура позитивних синдромів за шкалою PANSS у хворих, які страждають на шизофренію в умовах примусового лікування, відображено на рис. 1.

З даних рис. 1 видно, що серед діагностованих позитивних синдромів за шкалою PANSS у досліджених хворих переважають збудження ($24,3 \pm 4,3\%$) та підозрілість-переслідування ($21,6 \pm 4,1\%$). Дані синдроми за наслідками проявів є такими, що значно дезадаптують поведінку хворого у стаціонарі. З одного боку, вони призводять до руйнування взаємовідносин із іншими хворими, заважаючи функціонуванню у стаціонарі ($p < 0,001$). З іншого – є перепонами для включення пацієнта у програму психосоціальної корекції, заважаючи її сприйманню ($p < 0,001$). Детальніше розподіл позитивних синдромів за ступенем вираженості у хворих,

Таблиця 4

Середнє значення та структура синдромів за критеріями PANSS у хворих, які страждають на шизофренію в умовах примусового лікування

Синдроми	Симптоми	Бал	%	±m
Позитивні	Марення	6	16,7	3,7
	Концептуальна дезорганізація	5	13,9	3,5
	Галюцінаторна поведінка	5	13,9	3,5
	Збудження	5	13,9	3,5
	Манія величності	3	8,3	2,8
	Підозрілість - переслідування	6	16,7	3,7
	Ворожість	6	16,7	3,7
	Загальний бал	36	100,0	–
	Середній бал (P1-P7)	5,1	–	–
Негативні	Сплющення афекту	6	15,4	3,6
	Емоційна відгородженість	6	15,4	3,6
	Недостатній рапорт	5	12,8	3,3
	Пасивно-апатичний соціальний відхід	6	15,4	3,6
	Труднощі у абстрактному мисленні	5	12,8	3,3
	Недолік спонтанності й плавності бесіди	5	12,8	3,3
	Стереотипність мислення	6	15,4	3,6
	Загальний бал, %	39	100,0	–
	Середній бал (N1-N7)	5,0	–	–
Загально психопатологічні	Стурбованість соматичними відчуттями	4	4,9	2,2
	Тривога	4	4,9	2,2
	Відчуття провини	5	6,1	2,4
	Напруга	5	6,1	2,4
	Манірність і поза	5	6,1	2,4
	Депресія	5	6,1	2,4
	Рухова загальмованість	5	6,1	2,4
	Некооперативність	6	7,3	2,6
	Думки з незвичайним змістом	5	6,1	2,4
	Дезорієнтація	5	6,1	2,4
	Труднощі концентрації уваги	5	6,1	2,4
	Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	6	7,3	2,6
	Вольові порушення	6	7,3	2,6
	Недостатність контролю імпульсів	5	6,1	2,4
	Відчуженість від реальності	5	6,1	2,4
	Соціальна активність	6	7,3	2,6
	Загальний бал, %	82	100,0	–
	Середній бал (G1-G16)	5,1	–	–

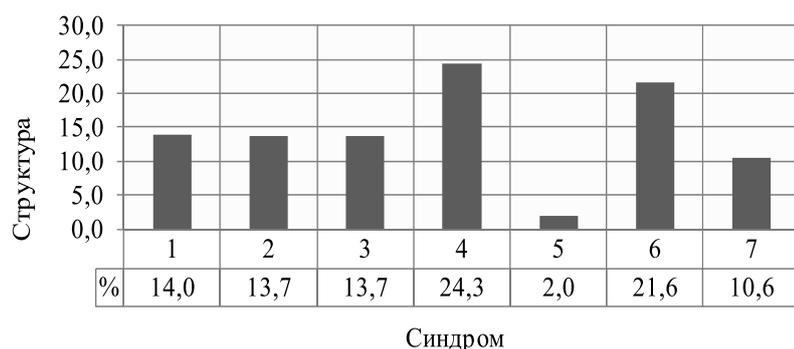


Рис. 1. Структура діагностованих позитивних синдромів за шкалою PANSS у хворих, які страждають на шизофренію в умовах примусового лікування
 1. Марення; 2. Концептуальна дезорганізація; 3. Галюцінаторна поведінка; 4. Збудження; 5. Манія величності; 6. Підозрілість - переслідування; 7. Ворожість

Розподіл позитивних синдромів за ступенем вираженості у хворих, які страждають на шизофренію в умовах примусового лікування

Синдром	Легкий			Помірний			Виражений			Значно виражений		
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Марення	7	11,3	3,2	21	33,9	4,7	24	38,7	4,9	10	16,1	3,7
Концептуальна дезорганізація	9	14,8	3,5	20	32,8	4,7	23	37,7	4,8	9	14,8	3,5
Галюцінаторна поведінка	5	8,2	2,7	20	32,8	4,7	26	42,6	4,9	10	16,4	3,7
Збудження	16	14,8	3,6	29	26,9	4,4	42	38,9	4,9	21	19,4	4,0
Манія величності	5	55,6	5,0	4	44,4	5,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Підозрілість - переслідування	10	10,4	3,1	42	43,8	5,0	38	39,6	4,9	6	6,3	2,4
Ворожість	7	14,9	3,6	13	27,7	4,5	12	25,5	4,4	15	31,9	4,7
Частка від загальної сукупності	59	13,3		149	33,6		165	37,2		71	16,0	

які страждають на шизофренію в умовах примусового лікування, відображено у табл. 5.

З даних табл. 5 видно, що у досліджених хворих розподіл позитивних синдромів за ступенем вираженості має чітку закономірність. Так, переважають синдроми у помірному 33,6% та вираженому – 37,2% ступенях прояву. Така клінічна картина (стійкість симптоматики) відносно ступеня вираженості позитивних синдромів, на наш погляд, обумовлюється відсутністю прогресивності захворювання – сформованим дефектом особистості, без ознак його наростання. З точки зору проведення психокорекційних заходів в умовах примусового лікування, цей факт є, з одного боку, негативним, оскільки сама по собі позитивна симптоматика дезорганізує поведінку та функціонування у стаціонарі. З іншого боку, це є «прогностично позитивним чинником», так як довго збережений, стертий, «легкий» ступінь вираженості симптомів слугує підґрунтям для психосоціальних корекційних заходів. Крім того, пацієнти із вираженістю у ступені «значно виражений» потребують обов'язкової корекції фармакотерапії із метою подальшого проведення психосоціальних заходів.

Структура діагностованих негативних синдромів за шкалою PANSS у хворих, які страждають на шизофренію

в умовах примусового лікування, відображено на рис. 2, з якого видно, що серед діагностованих негативних синдромів за шкалою PANSS у досліджених хворих переважають пасивно-апатичний соціальний відхід (17,9±3,8%) та труднощі у абстрактному мисленні (18,4±3,9%). Такі синдроми відіграють значну роль у формуванні порушень функціонування пацієнтів у стаціонарі, що необхідно обов'язково враховувати при розробці схеми комплексного лікування. Труднощі у абстрактному мисленні заважають осмислювати та «розумно тлумачити» власні дії або дії соціального середовища при виконанні звичайних побутових функцій. Утруднення можливості абстрактно сприйняти інформацію ставить пацієнтів у невигідне становище при функціонуванні у стаціонарі. Наприклад, недовіра у виконанні окремих побутових функцій з боку персоналу призводить до нівелювання навичок незалежного існування пацієнтів. Таким чином, створюються підстави для поглиблення дезадаптації та формування іншого незалежно існуючого негативного синдрому – пасивно-апатичного дезадаптуючого відходу (цей феномен в умовах звичайного психіатричного стаціонару є основою явища госпіталізму).

За аналізом клінічного та психосоціального навантаження у структурі негативних синдромів,

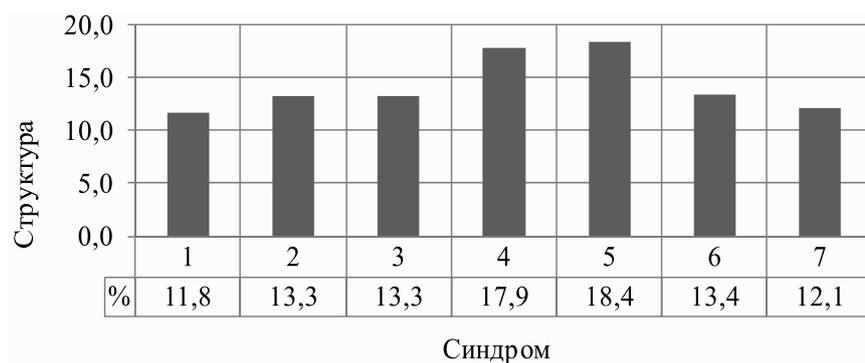


Рис. 2. Структура діагностованих негативних синдромів за шкалою PANSS у хворих, які страждають на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування

1. Сплющення афекту; 2. Емоційна відгородженість; 3. Недостатній рапорт; 4. Пасивно-апатичний соціальний відхід; 5. Труднощі у абстрактному мисленні; 6. Недолік спонтанності та плавності бесіди; 7. Стереотипність мислення.

Таблиця 6

Розподіл негативних синдромів за ступенем вираженості у хворих, які страждають на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування

Синдром	Легкий			Помірний			Виражений			Значно виражений		
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Сплющення афекту	7	6,4	2,4	24	21,8	4,1	36	32,7	4,7	43	39,1	4,9
Емоційна відгородженість	8	6,5	2,5	27	21,8	4,1	40	32,3	4,7	49	39,5	4,9
Недостатній рапорт	10	8,1	2,7	25	20,2	4,0	34	27,4	4,5	55	44,4	5,0
Пасивно-апатичний соціальний відхід	10	6,0	2,4	38	22,8	4,2	54	32,3	4,7	65	38,9	4,9
Труднощі у абстрактному мисленні	9	5,2	2,2	32	18,6	3,9	55	32,0	4,7	76	44,2	5,0
Недолік спонтанності та плавності бесіди	9	7,2	2,6	20	16,0	3,7	42	33,6	4,7	54	43,2	5,0
Стереотипність мислення	12	10,6	3,1	20	17,7	3,8	38	33,6	4,7	43	38,1	4,9
Частка від загальної сукупності	65	7,0		186	19,9		299	32,0		385	41,2	

пасивно-апатичний дезадаптуючий відхід з точки зору соціальної психіатрії займає особливе місце з тільки йому особливо властивими наслідками. Треба зазначити, що даний синдром за рахунок руйнівної багатогранної дії на особистість і спільноту (хворі у стаціонарі та медичні працівники) є основним для детальнішого аналізу при розробці та відборі заходів психосоціальної корекції в рамках інтегративного комплексу профілактики явищ дезадаптації у психічно хворих в умовах примусового лікування. У ході дослідження виявлено, що явища апатії при прогресивному перебігу параноїдної шизофренії значно знижує «стаціонарну активність» із відмовою пацієнтів від будь-якої діяльності (p<0,001). У цілому пасивно-апатичний дезадаптуючий відхід, діагностований у досліджених, характеризувався зниженням інтересу та ініціативи у відносинах внаслідок його структурних складових, а саме: апатії, втрати енергетичного потенціалу, вольових збуджень. Така клінічна картина обумовлює негативний дрейф функціонування та побутової діяльності у стаціонарі. Тому, спираючись на вищевикладене, наступним завданням стало надання аналізу розподілу негативних синдромів за ступенем вираженості у хворих, які страждають на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування, що відображено у табл. 6. З даних табл. 6 видно, що у досліджених хворих розподіл негативних синдромів за ступенем вираженості має динаміку у бік зростання. У цілому легкий ступінь (7,0%) характеризувався виявленням цікавості до соціального спілкування (p<0,001), але хворі були мало ініціативні, що проявлялось контактуванням з іншими людьми лише за ініціативою останніх – «змушене спілкування» (p<0,001). Хворим із помірно вираженістю синдромів (19,9%) було властиве «механічне існування за вимогою» без власної захопленості у більшості соціальних відносин. Пацієнти з вираженим

(32,0%) ступенем синдромів проводили більшість часу наодинці (p<0,001) та не брали активну участь у соціальних контактах (p<0,001), не проявляли інтересу та ініціативи до них.

Хворі зі значно вираженими негативними синдромами (41,2%) більшу частину часу були апатичні (p<0,001), схильні до повної самоізоляції (p<0,001), дуже рідко проявляли будь-яку активність, зневажливо ставилися до власних потреб (p<0,001).

Аналіз структури та ступеня вираженості діагностованих загально-психопатологічних синдромів у хворих, які страждають на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування, відображено у табл. 7.

З даних, представлених у табл. 7, видно, що в цілому від загальної сукупності, серед загальних психопатологічних синдромів переважали напруга (8,5±2,8%), труднощі концентрування уваги (9,0±2,9%), зниження розважливості й усвідомлення хвороби (10,9±3,1%), зниження соціальної активності (11,4±3,2%) (p<0,05). За ступенем вираженості загальні психопатологічні синдроми мали стійку наростаючу динаміку розподілу від легких (10,5%) до значно виражених (29,0%) з переважанням вираженого ступеня (33,7%) з усієї сукупності встановлених синдромів. Дані синдроми є такими, з якими хворий живе відносно постійно (як у період загострення, так і у період ремісії захворювання), на відміну від позитивних та негативних синдромів, які є більш тяжкими та стабільними, проте знаходяться під впливом фармакотерапії, що зменшує їх актуальність для пацієнта. Встановлено, що вольові порушення та недостатність контролю імпульсів у пацієнтів почасти є першою перешкодою до повноцінного функціонування у стаціонарі (p<0,001). У цілому усі загально-психопатологічні синдроми обумовлювали неправильну поведінку, порушення режиму прийому ліків (одержання

Таблиця 7

Структура та ступінь вираженості діагностованих загально-психопатологічних синдромів у хворих, які страждають на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування

Синдром	Ступінь вираженості												Всього		
	легкий			помірний			виражений			значно виражений					
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Стурбованість соматичними відчуттями	6	12,0	3,2	16	32,0	4,7	16	32,0	4,7	12	24,0	4,3	50	4,0	2,0
Тривога	14	23,0	4,2	14	23,0	4,2	20	32,8	4,7	13	21,3	4,1	61	4,9	2,2
Відчуття провини	15	28,8	4,5	16	30,8	4,6	14	26,9	4,4	7	13,5	3,4	52	4,1	2,0
Напруга	21	19,6	4,0	23	21,5	4,1	28	26,2	4,4	35	32,7	4,7	107	8,5	2,8
Манірність і поза	10	16,7	3,7	18	30,0	4,6	18	30,0	4,6	14	23,3	4,2	60	4,8	2,1
Депресія	6	8,6	2,8	23	32,9	4,7	30	42,9	4,9	11	15,7	3,6	70	5,6	2,3
Рухова загальмованість	6	11,1	3,1	10	18,5	3,9	16	29,6	4,6	22	40,7	4,9	54	4,3	2,0
Некооперативність	6	8,8	2,8	14	20,6	4,0	25	36,8	4,8	23	33,8	4,7	68	5,4	2,3
Думки з незвичайним змістом	12	12,6	3,3	22	23,2	4,2	25	26,3	4,4	36	37,9	4,9	95	7,6	2,6
Дезорієнтація	4	12,9	3,4	8	25,8	4,4	12	38,7	4,9	7	22,6	4,2	31	2,5	1,6
Труднощі концентрації уваги	17	15,0	3,6	30	26,5	4,4	35	31,0	4,6	31	27,4	4,5	113	9,0	2,9
Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	3	2,2	1,5	44	32,1	4,7	49	35,8	4,8	41	29,9	4,6	137	10,9	3,1
Вольові порушення	3	3,5	1,8	33	38,4	4,9	30	34,9	4,8	20	23,3	4,2	86	6,9	2,5
Недостатність контролю імпульсів	3	3,2	1,7	24	25,3	4,3	35	36,8	4,8	33	34,7	4,8	95	7,6	2,6
Відчуженість від реальності	3	9,1	2,9	8	24,2	4,3	10	30,3	4,6	12	36,4	4,8	33	2,6	1,6
Соціальна активність	3	2,1	1,4	33	23,1	4,2	60	42,0	4,9	47	32,9	4,7	143	11,4	3,2
Частка від загальної сукупності	132	10,5		336	26,8		423	33,7		364	29,0		1255	100,0	

підтримуючої терапії), впливали на зниження ефективності стаціонарного лікування ($p < 0,01$), зменшуючи тривалість ремісії ендogenous процесу ($p < 0,01$). Відповідно до завдань дослідження, у хворих оцінено дію контекстуальних чинників (важких ситуацій), що представлені в МКХ – 10, розділ XXI, вісь III Z коди, які пов'язані з:

1. Проблеми, пов'язані з негативними подіями дитинства;
2. Проблеми, пов'язані з вихованням та освітою;
3. Проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, враховуючи сімейні обставини;
4. Проблеми, пов'язані з соціальним оточенням;
5. Проблеми, пов'язані з домашніми та екологічними умовами;
6. Проблеми, пов'язані з трудовою діяльністю чи безробіттям;
7. Проблеми, пов'язані з фізичним навколишнім середовищем;
8. Проблеми, пов'язані з певними психосоціальними обставинами;
9. Проблеми, пов'язані з юридичними обставинами;
10. Проблеми, пов'язані з сімейними хворобами чи інвалідністю;
11. Проблеми, пов'язані зі способом життя чи складностями організації життєдіяльності.

Враховуючи, що спадкова обтяженість є лише одним із чинників, який впливає на розвиток дезадаптації, нами вивчено структуру контекстуальних чинників та їхній вплив на преморбідний рівень стаціонарного функціонування й формування патохарактерологічних особливостей пацієнтів. Даний етап включав виявлення життєвих ситуацій, які можуть впливати, впливають або вплинули на розвиток та перебіг параноїдної шизофренії. У табл. 8

Таблиця 8

**Структура контекстуальних чинників у хворих, які страждають на шизофренію
в умовах примусового лікування**

Контекстуальні чинники	Абс.ч	%	±m
Негативні події у дитинстві	93	9,0	2,9
Виховання та освіта	56	5,4	2,3
Первина підтримка оточуючих	115	11,1	3,1
Соціальне оточення	100	9,6	3,0
Домашні та екологічні умови	55	5,3	2,2
Трудова діяльність чи безробіття	101	9,7	3,0
Фізичне навколишнє середовище	87	8,4	2,8
Певні психосоціальні обставини	118	11,4	3,2
Юридичні обставини	118	11,4	3,2
Сімейні хвороби чи інвалідність	97	9,4	2,9
Труднощі організації життєдіяльності	97	9,4	2,9
Всього	1037	100,0	

представлено структуру контекстуальних чинників у хворих, які страждають на шизофренію в умовах примусового лікування.

Узагальнюючи представлені у табл. 8 дані, можна стверджувати, що виявлені контекстуальні чинники по-різному впливали на обмеження функціонування пацієнтів у стаціонарі та призводили до виникнення явищ дезадаптації. Основними контекстуальними чинниками визначено проблеми пов'язані з: первинною підтримкою оточуючих – 115 (11,1±3,1%), певні психосоціальні обставини – 118 (11,4±3,2%), юридичні обставини – 118 (11,4±3,2%). Встановлені контекстуальні чинники впливали на зниження будь-якої активності ($p < 0,01$), призводили до погіршення взаємовідносин із персоналом та пацієнтами ($p < 0,01$), підвищення частоти скоєння небезпечних дій у стаціонарі ($p < 0,01$).

Отже, серед клініко-психопатологічних особливостей хворих на параноїдну шизофренію, відокремлені ті, що мають патогенний вплив на розвиток дезадаптації пацієнтів в умовах примусового лікування ($p < 0,01$).

Серед позитивних синдромів це марення, підозрілість-переслідування, прояви ворожості ($p < 0,001$); серед негативних синдромів – сплющення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення ($p < 0,001$); серед загально-психопатологічних синдромів: некооперативність, зниження розважливості й усвідомлення хвороби, вольові порушення, порушення соціальної активності ($p < 0,001$).

Встановлено, що різноманітний, у більшості не передбачений характер сполучення клінічних ознак призводить до виникнення «дезадаптаційних перешкод» для проведення психосоціальної корекції. З іншого боку, при проведенні психосоціальної корекції неврахування

ступеня вираженості симптомів призводить до зниження «адаптивного потенціалу» та нівелювання напрацьованих «загальних навичок пристосування» при подоланні проблем функціонування.

Позитивні синдроми збудження та підозрілість-переслідування за наслідками проявів є такими, що значно дезадаптують поведінку хворого у стаціонарі – призводять до руйнування взаємовідносин із іншими хворими ($p < 0,001$), є перепонами для включення пацієнта у програму психосоціальної корекції, заважаючи їй сприймати ($p < 0,001$).

Вираженість негативних синдромів «пасивно-апатичний соціальний відхід» та «труднощі у абстрактному мисленні» заважають осмислювати та «розумно тлумачити» власні дії або дії соціального середовища при виконанні звичайних побутових функцій. Утруднення можливості абстрактно сприйняти інформацію ставить пацієнтів у невідгдане становище при функціонуванні у стаціонарі, а поглиблення дезадаптації та формування пасивно-апатичного дезадаптуючого синдрому призводить до явищ госпіталізму. Виявлено, що явища апатії при прогресивному перебігу параноїдної шизофренії значно знижує «стаціонарну активність» з відмовою пацієнтів від будь-якої діяльності ($p < 0,001$). У цілому пасивно-апатичний дезадаптуючий відхід характеризується зниженням інтересу та ініціативи у відносинах внаслідок його структурних складових, а саме: апатії, втрати енергетичного потенціалу, вольових збуджень. Така клінічна картина обумовлює негативний дрейф функціонування та побутової діяльності у стаціонарі.

Встановлений достовірний вплив контекстуальних чинників на формування дезадаптації хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування,

що проявлялось у зниженні активності пацієнтів, погіршенні взаємовідносин із персоналом та пацієнтами, підвищенні частоти скоєння небезпечних дій у стаціонарі ($p < 0,01$).

Таким чином, вплив клініко-психопатологічної симптоматики своєрідно відбивається на функціонуванні пацієнта у стаціонарі, що обов'язково потребує прискіпливого аналізу при розробці комплексу заходів профілактики та психосоціальної корекції явищ дезадаптації у психічно хворих в умовах примусового лікування.

Література

1. Марута Н. А. Комплекс психосоціальних тренінгов для пацієнтів с первым психотическим эпизодом : метод. пособие / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская. – Харьков, 2010. – 95 с.
2. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація (методичні рекомендації) / Н. О. Марута, Л. М. Юр'єва, Т. В. Панько [та ін.]. – Харків, 2010. – 31 с.
3. Ряполова Т. Л. Рання реабілітація хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. н. : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Т. Л. Ряполова. – Харків, 2010. – 32 с.
4. Абрамов В. А. Психосоціальна реабілітація больних шизофреніей / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. – Донецк:

Капитан, 2009. – 583 с.

5. Гуменюк Л. Н. Клинико-социальная характеристика страдающих психическими расстройствами с ограниченной способностью интеграции в сообщество (бездомные) / Л. Н. Гуменюк // Укр. вісн. психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 1. – С. 9 – 12.
6. Абрамов В. А. Особенности межличностных отношений больных параноидной шизофренией с симптомами госпитализма / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, И. В. Жигулина [и др.] // Таврический журн. психиатрии. – 2007. – Т. 11, № 3 (40). – С. 24 – 29.
7. Приб Г. А. Дисфункция соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади / Г. А. Приб // Архів психіатрії. – 2007. – № 1/2. – С. 26 – 33.
8. Лимакин О. В. Система комплексной психосоциальной помощи психически больным с длительными сроками госпитализации / О. В. Лимакин // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных: материалы Российской конф., 11-13 октября 2006 г. – М., 2006 – С. 88 – 89.
9. Пуятин Г. Г. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості формування госпіталізму у хворих на шизофренію та його соціо- і психотерапевтична корекція : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. н. : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Г. Г. Пуятин. – Харків, 2010. – 19 с.
10. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні : проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 10 – 14.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В АСПЕКТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

М. В. МАРКОВА, Е. М. ЦАРЕНКО

На основе анализа клинико-психопатологической симптоматики 118 пациентов с параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении, определены ведущие показатели, влияющие на формирование дезадаптации у больных в условиях принудительного лечения. Сделан вывод о необходимости тщательного клинического анализа при разработке комплекса мер профилактики и психосоциальной коррекции явлений дезадаптации у психически больных в условиях принудительного лечения.

Ключевые слова: принудительное лечение, дезадаптация, больные параноидной шизофренией

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PATIENT SUFFERING FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA, IN THE ASPECT FORMATION IN THE EXCLUSION OF COMPULSORY TREATMENT

М. MARKOVA, H. TSARENKO

On the basis of clinical psychopathology 118 patients with paranoid schizophrenia who are forced into treatment, defined leading indicators that have influence on the exclusion of patients under compulsory treatment. The conclusion about the need for rigorous clinical analysis of the development of measures of prevention and psychosocial maladjustment correction phenomena in psychiatric patients under compulsory treatment.

Keywords: compulsory treatment, exclusion, patients with paranoid schizophrenia

УДК 616.89:159.942.25+618.19-089.87+616-006.04:159.972

Ю. Ю. Мартинова

ЗАСАДИ, СТРУКТУРА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МАСТЕКТОМІЮ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: рак молочної залози, мастектомія, комплексна система медико-психологічної допомоги

Онкологічна хвороба, у зв'язку із вітальністю загрози, супроводжується високим рівнем психічного дистресу [1–5]. У структурі онкозахворювань, як в усьому світі так і в Україні, рак молочної залози (РМЗ) займає перше місце. За останні 10 років кількість хворих зросла вдвічі, щороку в нашій країні реєструється до 16 тисяч жінок з РМЗ [6].

У зв'язку із світовою тенденцією подовження тривалості життя онкологічних пацієнтів перед науково-практичною спільнотою постає завдання підвищення якості

життя цих хворих. На сьогодні визначено, що невід'ємною та необхідною складовою в терапії онкологічного захворювання є нівелювання психологічних порушень, пов'язаних із ним [7–12].

Для хворих на РМЗ розроблені різноманітні заходи психологічної допомоги [13–15]. Особливістю психологічної допомоги хворим на РМЗ, які перенесли мастектомію, є початок проведення психологічних заходів власне на етапі стаціонарного хірургічного лікування, що має на меті покращення психологічної адаптації до нових умов

що проявлялось у зниженні активності пацієнтів, погіршенні взаємовідносин із персоналом та пацієнтами, підвищенні частоти скоєння небезпечних дій у стаціонарі ($p < 0,01$).

Таким чином, вплив клініко-психопатологічної симптоматики своєрідно відбивається на функціонуванні пацієнта у стаціонарі, що обов'язково потребує прискіпливого аналізу при розробці комплексу заходів профілактики та психосоціальної корекції явищ дезадаптації у психічно хворих в умовах примусового лікування.

Література

1. Марута Н. А. Комплекс психосоціальних тренінгов для пацієнтів с первым психотическим эпизодом : метод. пособие / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская. – Харьков, 2010. – 95 с.
2. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація (методичні рекомендації) / Н. О. Марута, Л. М. Юр'єва, Т. В. Панько [та ін.]. – Харків, 2010. – 31 с.
3. Ряполова Т. Л. Рання реабілітація хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. н. : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Т. Л. Ряполова. – Харків, 2010. – 32 с.
4. Абрамов В. А. Психосоціальна реабілітація больних шизофреніей / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. – Донецк:

Капитан, 2009. – 583 с.

5. Гуменюк Л. Н. Клинико-социальная характеристика страдающих психическими расстройствами с ограниченной способностью интеграции в сообщество (бездомные) / Л. Н. Гуменюк // Укр. вісн. психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 1. – С. 9 – 12.
6. Абрамов В. А. Особенности межличностных отношений больных параноидной шизофренией с симптомами госпитализма / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, И. В. Жигулина [и др.] // Таврический журн. психиатрии. – 2007. – Т. 11, № 3 (40). – С. 24 – 29.
7. Приб Г. А. Дисфункция соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади / Г. А. Приб // Архів психіатрії. – 2007. – № 1/2. – С. 26 – 33.
8. Лимакин О. В. Система комплексной психосоциальной помощи психически больным с длительными сроками госпитализации / О. В. Лимакин // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных: материалы Российской конф., 11-13 октября 2006 г. – М., 2006 – С. 88 – 89.
9. Пуятин Г. Г. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості формування госпіталізму у хворих на шизофренію та його соціо- і психотерапевтична корекція : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. н. : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Г. Г. Пуятин. – Харків, 2010. – 19 с.
10. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні : проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 10 – 14.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В АСПЕКТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

М. В. МАРКОВА, Е. М. ЦАРЕНКО

На основе анализа клинико-психопатологической симптоматики 118 пациентов с параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении, определены ведущие показатели, влияющие на формирование дезадаптации у больных в условиях принудительного лечения. Сделан вывод о необходимости тщательного клинического анализа при разработке комплекса мер профилактики и психосоциальной коррекции явлений дезадаптации у психически больных в условиях принудительного лечения.

Ключевые слова: принудительное лечение, дезадаптация, больные параноидной шизофренией

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PATIENT SUFFERING FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA, IN THE ASPECT FORMATION IN THE EXCLUSION OF COMPULSORY TREATMENT

М. MARKOVA, H. TSARENKO

On the basis of clinical psychopathology 118 patients with paranoid schizophrenia who are forced into treatment, defined leading indicators that have influence on the exclusion of patients under compulsory treatment. The conclusion about the need for rigorous clinical analysis of the development of measures of prevention and psychosocial maladjustment correction phenomena in psychiatric patients under compulsory treatment.

Keywords: compulsory treatment, exclusion, patients with paranoid schizophrenia

УДК 616.89:159.942.25+618.19-089.87+616-006.04:159.972

Ю. Ю. Мартинова

ЗАСАДИ, СТРУКТУРА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МАСТЕКТОМІЮ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: рак молочної залози, мастектомія, комплексна система медико-психологічної допомоги

Онкологічна хвороба, у зв'язку із вітальністю загрози, супроводжується високим рівнем психічного дистресу [1–5]. У структурі онкозахворювань, як в усьому світі так і в Україні, рак молочної залози (РМЗ) займає перше місце. За останні 10 років кількість хворих зросла вдвічі, щороку в нашій країні реєструється до 16 тисяч жінок з РМЗ [6].

У зв'язку із світовою тенденцією подовження тривалості життя онкологічних пацієнтів перед науково-практичною спільнотою постає завдання підвищення якості

життя цих хворих. На сьогодні визначено, що невід'ємною та необхідною складовою в терапії онкологічного захворювання є нівелювання психологічних порушень, пов'язаних із ним [7–12].

Для хворих на РМЗ розроблені різноманітні заходи психологічної допомоги [13–15]. Особливістю психологічної допомоги хворим на РМЗ, які перенесли мастектомію, є початок проведення психологічних заходів власне на етапі стаціонарного хірургічного лікування, що має на меті покращення психологічної адаптації до нових умов

життя, формування позитивної мотивації до лікування та підвищення якості життя хворого [16; 17].

Поряд із зазначеними аспектами актуальності, за даними багатьох дослідників, психічну травму жінці наносить втрата не тільки здоров'я, роботи, колишнього статусу і т. ін., але іноді навіть більшою мірою – втрата молочної залози, як символу жіночності й материнства [18].

Проте, незважаючи на актуальність вищевикладеного, у вітчизняному науковому просторі та реальній клінічній практиці відсутні системні дослідження з питань психологічної адаптації хворих на РМЗ, що мало б послужити основою для розробки комплексної програми медико-психологічної допомоги таким хворим.

Враховуючи вищенаведене, метою роботи була розробка комплексної системи медико-психологічної допомоги жінкам, які перенесли мастектомію, на стаціонарному етапі лікування.

Отже, з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі міської онкологічної лікарні №1 м. Києва за період 2007–2012 років досліджено 104 пацієнтки хворих на РМЗ, які перенесли мастектомію.

Дослідження проводили у два етапи: психодіагностики та психокорекції, при цьому проводили триразове обстеження пацієнток: перед оперативним втручанням, після операції та перед випискою зі стаціонарного відділення онкологічної лікарні. На психокорекційному етапі жінки були поділені на три групи: 1-шу підгрупу (1Г) склали 38 жінок, які перенесли радикальну мастектомію (РМ), яким надавалася спеціально розроблена медико-психологічна допомога; в 2-гу підгрупу (2Г) увійшли 30 жінок, що перенесли секторальну мастектомію (СМ), яким надавалася медико-психологічна допомога; до контрольної підгрупи (КГ) увійшли 34 жінки після РМ+2 після СМ, які отримували стандартну терапію без проведення заходів розробленої комплексної системи медико-психологічної допомоги.

Основні соціально-демографічні показники обстежених обох груп були однорідними, що стало підставою для висновку про репрезентативність отриманих результатів.

На психодіагностичному етапі, при оцінці стану психоемоційної сфери жінок та вивчення стану їх компенсаторно-адаптаційних механізмів, використовували: методику діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності, настрою (САН) [19]; методику діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна [19]; клінічні рейтингові шкали тривоги і депресії М. Гамільтона HARS та HDRS [20, 21]; опитувальник SCL-90R; методику визначення акцентуацій характеру за Г. Шмішеком; методику Лазаруса (R. Lazarus) – «Способи копінга»; методику діагностики індексу життєвого стилю (ІЖС) Life Style Index; опитувальник ТОБОЛ; самоактуалізаційний тест (САТ). Психосоціальний ресурс жінок визначався за допомогою шкали соціальної підтримки MSPSS Д. Зімента в адаптації В. М. Ялтонського, Н. О. Сироти.

Всі досліджувані пацієнтки мали психологічні труднощі, які на доопераційному етапі були пов'язані з необхідністю оперативного втручання, а на післяопераційному – відрізнялися за змістом від потреби в інформації до психокорекції, і, за вираженістю, – від ситуативних психологічних реакцій до клінічно виражених психічних порушень.

Аналізуючи дані первинного обстеження хворих, можна характеризувати РМЗ не тільки як соматопсихічне, але і як психосоматичне захворювання, що має певні психологічні передумови, які є патогномонічними для цього захворювання. У зв'язку з цим психокорекційні заходи включали в себе психологічний вплив на преморбідні (особистісні) риси пацієнток.

Окрім цього, у жінок, які перенесли мастектомію, незалежно від обсягу оперативного втручання, мала місце психологічна (психічна) дезадаптація, специфічні психопатологічні прояви, що пов'язані з настанням захворювання.

Невід'ємною складовою причин розвитку психологічної дезадаптації є значущість радикальних хірургічних операцій (з видаленням органу або формуванням певного косметичного дефекту), яка є додатковою психотравмуючою ситуацією, оскільки у свідомості жінок існує психологічне ототожнення молочної залози з жіночою сутністю. В зв'язку з цим пацієнтки, що перенесли секторальну мастектомію, виявилися менш дезадаптивними, ніж жінки, що піддалися радикальній операції.

Система медико-психологічної допомоги жінкам, які перенесли мастектомію включала:

- психодіагностичне обстеження для визначення компенсаторно-адаптаційного потенціалу та мішеней психокорекційного впливу;
- психоосвітні заходи (інформаційна підтримка);
- волонтерська допомога;
- психокорекційні заходи (рис.1).

На доопераційному етапі перебування у стаціонарному відділенні онкологічної лікарні медико-психологічна допомога мала на меті зниження рівня передопераційної тривожності і була спрямована на переживання, пов'язані з оперативним втручанням (страх болю, неприємні відчуття, фізичний біль, страх анестезії, її побічних ефектів, відчуття безпорадності; втрата контролю над своїм тілом та психікою), а також із «післяопераційним статусом»: результат операції, її наслідки (косметичний дефект); побічні ефекти анестезії; перерозподіл обов'язків у сім'ї на час лікування, труднощі, пов'язані з роботою.

На післяопераційному етапі медико-психологічні заходи були спрямовані на зниження вираженості психопатологічної (депресивної та тривожної) симптоматики у пацієнток, які перенесли мастектомію, та первинної адаптації жінок до життя після операції.

Після виписки зі стаціонару жінки мали можливість відвідувати щомісячні зустрічі «Школа здоров'я», робота якої спрямована на подальшу адаптацію пацієнток



Рис.1. Система медико-психологічної допомоги жінкам, які перенесли мастектомію, під час перебування у стаціонарі

до нових умов життя, формування додаткових джерел психосоціальної підтримки.

На основі вивчення стану психоемоційної сфери та комплексної оцінки внутрішньоособистісних та психосоціальних ресурсів хворих, які перенесли мастектомію, ми робили висновок про характер компенсаторно-адаптаційного потенціалу (парціальне або тотальне зниження) кожної із обстежених пацієнок. Парціальне зниження – це переважно ізольоване домінування інтра- або інтерпсихічних мішеней у системі психологічної адаптації пацієнтки. Тотальне – поєднання інтра- та інтерпсихічних мішеней у системі психологічної адаптації хворої.

Узагальнюючи результати дослідження, було виділено складові компенсаторно-адаптаційного потенціалу пацієнок, хворих на РМЗ, які перенесли мастектомію, компоненти яких мали сприятливий або несприятливий характер впливу на формування дезадаптації.

Сприятливими для адаптації внутрішньоособистісними компонентами компенсаторно-адаптаційного потенціалу встановлені: середній та низький рівні ОТ і РТ, відсутність або ситуативні неінтенсивні симптоми тривоги, відсутність депресивного розладу або низький рівень депресивних проявів, емотивний тип акцентуованих рис характеру, конструктивна («самоконтроль») і відносно конструктивна копінг-стратегія («прийняття відповідальності»), адаптивний МЗП («заперечення»), ергопатичний ТРнЗ, високий рівень самоактуалізації. Превентивним компонентом психосоціальної складової встановлена достатня соціальна підтримка.

Компонентами внутрішньоособистісної складової компенсаторно-адаптаційного потенціалу, що сприяють формуванню дезадаптації у жінок, які перенесли мастектомію, виявлені: високий рівень особистісної тривожності (ОТ) і реактивної тривожності (РТ), підвищення рівня патологічної тривоги та депресії, високий рівень соматизації, збудливий, тривожний та демонстративний типи акцентуованих рис характеру, підвищений загальний рівень напруження механізмів психологічного захисту (МПЗ), превалювання в структурі дезадаптивних МПЗ («проекція» і «реактивне утворення») і неконструктивних копінг-стратегій («дистанціювання», «тікання – уникнення»), дисгармонічне поєднання копінг-стратегій: дистанціювання – пошук соціальної підтримки, дисгармонічні поєднання копінг-стратегій та психологічних захистів: пошук соціальної підтримки – заперечення; планування вирішення проблеми – заперечення, тікання-уникнення – інтелектуалізація, сенситивний, тривожний тип реагування на захворювання (ТРнЗ), низький рівень самоактуалізації. Несприятливим компонентом психосоціальної складової визначено дефіцит соціальної підтримки.

Серед несприятливих компонентів компенсаторно-адаптаційного потенціалу жінок, які перенесли мастектомію, виділені ситуаційні і патогенетичні психотерапевтичні мішені. До ситуаційних відносилися: високий рівень РТ, патологічної тривоги, депресії та соматизації. До патогенетичних психотерапевтичних мішеней віднесено: типи акцентуованих рис характеру, рівень напруження МПЗ, превалюючі в структурі МПЗ, копінг-стратегії та різні дезадаптивні варіанти їх поєднання, ТРнЗ, низький рівень самоактуалізації, низька самооцінка рівня соціальної підтримки.

Отже, провідними патогенетичними психотерапевтичними мішенями визначені:

- Інтрапсихічні, які мали дезадаптуючий вплив на індивіда в ситуації «буття для себе»:
 - усвідомлювані – усвідомлювалися пацієнткою, ідентифікувалися як психологічний дискомфорт. При цьому характерними виявилися копінг-стратегії: дистанціювання, самоконтроль, тікання-уникнення, прийняття відповідальності; психологічні захисти: інтелектуалізація й раціоналізація; гармонійний, ергопатичний та анозогностичний типи ставлення до хвороби (як потенційний внутрішній копінг-ресурс).
 - неусвідомлювані – не ідентифікувалися хворою як «проблемні області». При цьому діагностувалися копінг-стратегії: тікання-уникнення, дистанціювання; психологічні захисти: інтелектуалізація, витіснення, заперечення; тривожний, іпохондричний, неврастеничний, меланхолійний, апатичний типи ставлення до хвороби.
- Інтерпсихічні, які мали дезадаптуючий вплив на індивіда в ситуації «буття-для-інших»:
 - усвідомлювані, при яких були характерними докопінг-стратегії: конфронтація, пошук соціальної підтримки, тікання-уникнення, позитивна переоцінка; психологічні захисти: заперечення, компенсація;

ергопатичний, тривожний, іпохондричний, меланхолічний типи ставлення до хвороби.

- неусвідомлювані, при яких визначалися наступні копінг-стратегії: конфронтація, дистанціювання; психологічні захисти: проекція, заміщення, реактивне утворення, регресія; типи ставлення до хвороби: сенситивний, егоцентричний, дисфоричний і паранояльний.

У результаті дослідження приймалися клінічно обґрунтовані рішення щодо вибору психотерапевтичних мішеней та методів психокорекції в кожному індивідуальному випадку.

Метою медико-психологічного впливу було нівелювання дезадаптивної дії несприятливих та потенціювання сприятливих факторів впливу на формування дезадаптації.

Слід зазначити, що потенційно дезадаптуючими були не ізольовані неадаптивні психологічні захисти, копінг-стратегії або типи ставлення до хвороби, а їхнє дисгармонійне поєднання (наприклад, домінування психологічного захисту по типу проекції й копінг-стратегії «пошук соціальної підтримки»).

Остаточне рішення щодо обсягу і змісту психокорекційних впливів приймалося на основі аналізу всієї сукупності клінічної інформації про конкретну пацієнтку і її пристосувальну поведінку в неформальній процедурі обговорення об'єктивних психологічних даних.

Нами були виявлені дисгармонійне поєднання копінг-стратегій: дистанціювання – пошук соціальної підтримки; а також дисгармонічні поєднання копінг-стратегій та психологічних захистів: пошук соціальної підтримки – заперечення; планування вирішення проблеми – заперечення, тікання-уникнення – інтелектуалізація, внаслідок чого у пацієнток формувалася дезадаптивна патологічна внутрішня картини хвороби.

Отримані дані змусили звернутися до холистичного, цілісного, підходу, спрямованого на активізацію адаптивних ресурсів пацієнток, а не на редукцію дезадаптивних факторів.

Так, акцент у психокорекційній роботі при усвідомлюваних мішенях робився на гуманістичні, раціонально-емоційні, когнітивні техніки. При неусвідомлюваних мішенях – поведінкові, тілесно-орієнтовані, арт-психотехніки.

Психокорекційні заходи полягали в інтеграції індивідуальної, групової і сімейної психотерапії (ПТ). Сімейна ПТ проводилася паралельно, оскільки вона допомагала у взаєморозумінні, підтримці і створенні адекватного мікроклімату у сім'ї.

Для зниження інтенсивності негативних тілесних відчуттів застосовувалися методи релаксації.

Використання гуманістичної ПТ давало можливість пережити емоційні прояви (знімала тривогу, депресію, страх смерті, суїцидальні думки, розлади сну, апетиту та ін.), та оптимізувати сприйняття навколишнього середовища. Застосування раціональної ПТ створювало нову оцінку психотравмуючої ситуації, формувало нові уявлення і адекватні види реагування. Завдяки когнітивній

ПТ хворі навчалися способам і технікам раціонального мислення (наприклад: «Ви не жертва, а людина, якій необхідно подолати складну життєву ситуацію» та ін.). Також когнітивна ПТ дозволяла пацієнткам у розумінні і роз'ясненні для них основних концепцій етіології, патогенезу, клінічних проявів хвороби, методів лікування. Особливо важливим є прийняття активної участі пацієнток у лікувальному процесі. Використання біхевіоральної ПТ формувало адекватну поведінку і навчало адаптивним стратегіям подолання.

Провідною ознакою, від якої залежала ефективність психокорекційної роботи для жінок, які перенесли мастектомію, була самооцінка наявності соціальної підтримки, вміння, можливість і бажання її отримувати. За умови дефіциту допомоги від найближчого оточення або неможливості пацієнткою ідентифікувати її як таку, її психоемоційний стан характеризувався наявністю патологічних проявів, які мають тенденцію до погіршення в залежності від обсягу оперативного втручання. В разі самооцінки жінками допомоги як недостатньої, але при реальному її наданні оточуючими, одним із напрямків психокорекційного впливу було навчання розпізнавати та приймати підтримку.

Інформаційна підтримка включала надання жінкам спеціальних знань щодо самого захворювання РМЗ, різновидів його лікування, статистичних прогностичних даних, нівелювання побічних ефектів хіміо- та гормональної терапії, навчання реабілітаційним заходам із профілактики лімфодемії та лімфостазу, і відновлення функції руки на прооперованому боці (зарядка та самомасаж руки), і щодо правильного харчування. Було розроблено роздаткові матеріали у вигляді пам'яток та інформаційних листів. Також проводилися заняття з естетичного відновлення зовнішнього вигляду із демонстрацією перук, протезів молочної залози та спеціалізованої білизни.

Позитивним у лікувальному процесі були зустрічі з хворими-волонтерами, які вже перенесли подібні операції, подолали свій шлях до «виздоровлення» і знаходилися у стані компенсації.

Після виписки зі стаціонару, пацієнтки відвідували «Школу здоров'я», яка була організована у форматі неофіційного спілкування з різними спеціалістами: хірургами-онкологами, хіміотерапевтами, дієтологами, психологами, психотерапевтами, фізіотерапевтами та ін. Також жінки на цих зустрічах спілкувалися між собою, святкували та проводили разом час. Ці заходи проводилися з метою надання жінкам, які перенесли мастектомію, соціальної підтримки.

Оцінка ефективності проведених заходів для жінок, які перенесли мастектомію, відбувалася перед випискою зі стаціонарного відділення.

Хворі 1Г та 2Г отримували спеціальний розроблений комплекс медико-психологічної допомоги, психокорекційні заходи проводилися з перших днів знаходження в стаціонарному відділенні. Завдяки цьому до моменту майбутньої операції у більшості пацієнток наступала певна психологічна компенсація, внаслідок чого вони

легше переносили оперативне втручання, швидше компенсувалися в психічному та фізіологічному відношенні, на відміну від хворих КГ, обмежених вузькими рамками стандартної специфічної терапії після проведення мастектомії.

Загалом, у пацієток 1Г і 2Г до 10÷14 дня курсового лікування відмічалось істотне зниження тривожної і депресивної симптоматики, при чому, кращі результати лікування мали особи 2Г. У більшості жінок нівелювалися диссомнічні розлади, зникли антивітальні переживання. На відміну від них у хворих КГ у процесі лікування основний характер психопатологічних розладів поліпшення практично не зазнавав. Також у ряді випадків у пацієток КГ в динаміці спостерігалось загострення тривожно-депресивної симптоматики, пригніченість настрою, внутрішня напруженість, думки про безвихідність і непотрібність подальшого життя, пов'язані з цим диссомнічні та інші розлади.

Проведене дослідження самооцінки пацієток за методикою САН продемонструвало, що показники (самопочуття, активності, настрою) перед проведенням лікування у всіх жінок були значно знижені в порівнянні з нормою ($p < 0,05$). У процесі лікування досліджувані показники суттєво покращувалися в 2-х групах пацієток, яким надавалася спеціально розроблена комплексна медико-психологічна допомога, при цьому ступінь позитивності наростав від 1Г до 2Г. У свою чергу, в осіб КГ, які отримували стандартну терапію, досліджувані показники залишалися на низькому рівні, і позитивна динаміка була вкрай незначною, що відповідало об'єктивно клінічному стану хворих (рис. 2).

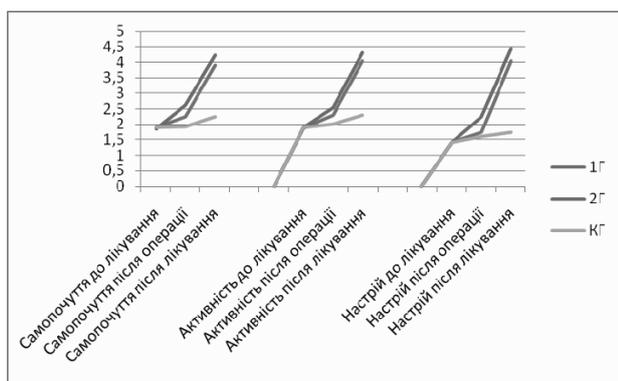


Рис. 2. Динаміка самооцінки пацієток, які перенесли мастектомію, за методикою САН

Наявну тенденцію підтвердили результати вивчення тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна. Перед лікуванням показники особистісної та реактивної тривожності всіх пацієток мали виражене підвищення. Наявність високої особистісної тривожності у жінок всіх груп дало підстави характеризувати їх як осіб, які мають певні своєрідні преморбідні особливості (рис. особистісно-підвищеної тривожності). Психологічний аспект підвищення реактивної тривожності пацієток пояснювався розвитком психічної дезадаптації. Висока особистісна тривожність також потенціювала підвищення реактивної.

У процесі лікування встановлена позитивна динаміка редукції високого рівня реактивної тривожності у всіх пацієток. Однак значно краще поліпшення мали жінки 2Г, менше – 1Г і найгірші показники мали особи КГ (рис. 3).

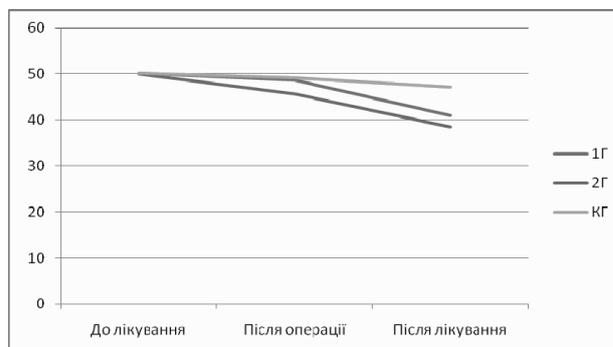


Рис. 3. Динаміка середніх показників реактивної тривожності пацієток, які перенесли мастектомію, за методикою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна

На відміну від встановленої тенденції, показники особистісної тривожності в усіх групах жінок залишилися високими та майже незмінними.

Дослідження рівня вираженості тривоги і депресії за шкалами HARS та HDRS продемонструвало підвищення цих показників у пацієток всіх груп, у порівнянні з нормою (на доопераційному етапі різниці між групами не виявлено). Висока тривога дезадаптуюче впливала на стан пацієток.

Протягом терапії виявлено перерозподіл у бік зниження вираженості тривожної симптоматики у пацієток всіх груп, ступінь покращення наростав від КГ (найгірші показники) до 1Г і до 2Г (рис. 4).

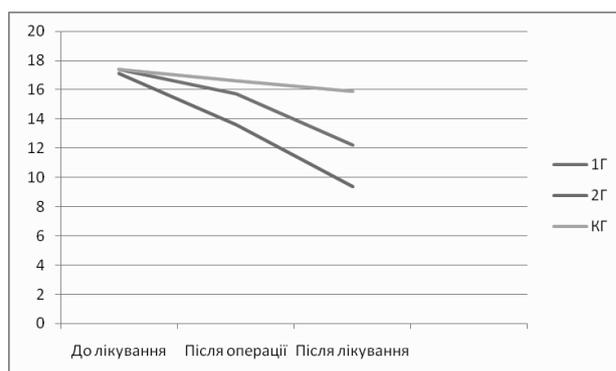


Рис. 4. Динаміка рівня тривоги у пацієток, які перенесли мастектомію, за шкалою HARS

Депресивний стан жінок на доопераційному етапі був обумовлений стресовою ситуацією, яка пов'язана із наявністю захворювання та психогенною реакцією організму на його наявність, розвитком психічної дезадаптації.

Після операції спостерігалось підвищення вираженості депресивної симптоматики всіх пацієток, при цьому ступінь негативності наростав від 2Г до 1Г і найгірші показники мали жінки КГ. Перед випискою зі стаціонарного відділення виявлено значне зниження

вираженості депресивної симптоматики у пацієнок 2Г, менше покращення спостерігалось в осіб 1Г і гірші результати мали жінки КГ (рис. 5).



Рис. 5. Динаміка рівня депресії у пацієнок, які перенесли мастектомію, за шкалою HARS

Таким чином, розроблена система заходів медико-психологічної допомоги дала можливість жінкам, хворим на РМЗ, які перенесли мастектомію, знизити тривожну, депресивну симптоматику, нівелювати прояви психологічної дезадаптації, нормалізувати психоемоційний стан, шляхом стимулювання компенсаторно-адаптаційного потенціалу, підвищити якість життя, швидше і якісніше пройти шлях до видужання.

Отже, впровадження у клінічну практику спеціально розробленої комплексної системи медико-психологічної допомоги для пацієнок хворих на РМЗ, які перенесли мастектомію, дозволяє істотно покращити надання спеціалізованої медичної допомоги цьому контингенту хворих.

Література

1. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 4 (73). – С. 86 – 91.
2. *Psycho-Oncology* / Ed. Holland J. C., Breitbart W.S., Jacobsen P. B. [et oth]. – Oxford University press, 2010. – P. 712.
3. Сучасні дослідження у психоонкології / О. А. Ревенко, О. О. Зайцев, О. П. Олійник [та ін.] // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2009. – №1 (21). – С. 50 – 55.
4. Desai P. Stress spectrum disorders in oncology / P. Desai, A. Ronson // *Current Opinion in Oncology*. – 2008. – Vol. 20. – Issue 4. – P. 378 – 385.
5. К вопросу о психических расстройствах у больных со злокачественными новообразованиями / С. И. Табачников, А. Ю. Васильева, С. Г. Бугайцов [и др.] // *Архив психіатрії*. – 2005. – Т. 11,

№ 3(42). – С. 8 – 15.

6. Український канцер-реєстр. – Режим доступу: <http://users.iptelecom.net.ua/~ucr/> (дата звернення: 1.03.2013).
7. Кришталь Є. В. Складові психологічного адаптаційного потенціалу онкохворих, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми / Є. В. Кришталь, М. В. Маркова, Т. П. Яворська // *Тавричеський журнал психіатрії*. – 2012. – Т. 16, № 2 (59). – С. 39 – 40.
8. Яворська Т. П. Система медико-психологічної реабілітації пацієнтів, що перенесли хірургічне втручання з приводу онкологічної патології кишечника: актуальність розробки та стратегічні цілі / Т. П. Яворська // *Медицина психологія. Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні питання андрології, сексології та медичної психології»*, Харків. – 2011. – № 3. – С. 77 – 78.
9. Гнездилов А. В. Психоонкология: становление и перспективы развития / А. В. Гнездилов, В. А. Чулкова, Е. В. Демин // *Вопросы онкологии*. – 2011. – N 1. – С. 86 – 91.
10. Демин Е. В. Коммуникативные аспекты в клинической онкологии / Е. В. Демин // *Вопросы онкологии*. – 2010. – N 1. – С. 98 – 101.
11. Daniels J. Psychosocial interventions for cancer patients / J. Daniels, D. W. Kissane // *Curr Opin Oncol*. – 2008. – Vol. 20. – Issue 4. – P. 367 – 371.
12. Straker N. Dynamic Psychotherapy for Cancer Patients and Their Partners. The Practical Advantages of Using a Psychodynamic Approach / N. Straker // *Psychiatric Times*. – 2008. – Vol. 25. – № 9. – P. 42 – 51.
13. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. – 2011. – Vol. 3. P. 343 – 367.
14. Sperner-Unterwegner B. Psychoonkologie – psychosoziale onkologie integration in ein onkologisches behandlungskonzept / B. Sperner-Unterwegner // *Nervenarzt* 2010. – Vol. 82. – P. 371 – 380.
15. Breitbart S W Psycho-oncology / S W Breitbart, Y. Alici // *Harv Rev Psychiatry*. – 2009. – Vol. 17. – P. 361 – 365.
16. Свиридова В. В. Медико-психологическая составляющая в комплексной системе реабилитации женщин, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах / В. В. Свиридова // *Журнал психіатрії та медичної психології*. – 2009. – № 2. – С. 22 – 30.
17. Бескова Д. А. Дифференцированный подход к выбору метода психотерапии нозогенных реакций на госпитальном этапе лечения онкологических заболеваний / Д. А. Бескова, О. А. Сиранчиева // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2009. – N 1. – С. 46 – 52.
18. Адылханов Т. А. Комплексная оценка качества жизни у больных раком молочной железы после радикальной мастэктомии / Т. А. Адылханов, Н. Ж. Чайжунусова, А. Г. Коровников // *Сборник тезисов. VI Международная научно-практическая конференция / Экология. Радиация. Здоровье. – Семей, 2010. – 432 с.*
19. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие* / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.
20. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression scale / Zigmond A.S., Snaith R.P. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67. – P. 361 – 370.
21. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка // Харьков «Торнадо». – 2003. – С. 327 – 330.

ОСНОВЫ, СТРУКТУРА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, ПЕРЕНЕСШИМ МАСТЭКТОМИЮ

Ю. Ю. МАРТЫНОВА

На базе городской онкологической больницы №1 г. Киева были обследованы 104 пациентки больных на рак молочной железы, которые перенесли мастэктомію. Целью исследования было разработка комплексной системы медико-психологической помощи женщинам, которые перенесли мастэктомію, на основании интегрального изучения индивидуально-психологических, психосоциальных и психопатологических составляющих их психической адаптации. Принято клинически обоснованные решения относительно выбора психотерапевтических мишеней и методов психокоррекции в каждом индивидуальном случае. Специально разработана комплексная система медико-психологической помощи для данного контингента больных.

Ключевые слова: рак молочной железы, мастэктомия, комплексная система медико-психологической помощи

PRINCIPLES, STRUCTURE AND PERFORMANCE SYSTEMS MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL HELP TO WOMEN AFTER MASTECTOMY

Y. MARTYNOVA

On the basis of Kiev City Oncologic Hospital №1 there were examined 104 patients, who have had mastectomy done to treat breast cancer. The purpose of the research was to develop a comprehensive system of medical and psychological assistance to women who have had a mastectomy. This is done on the basis of an integral study of individual psychological, psychosocial and psychopathological components of their mental adaptation. It was decided clinically informed decisions regarding the choice of targets and psychotherapeutic methods of psychological correction in each individual case. Specially developed a comprehensive system of medical and psychological care for this group of patients.

Keywords: breast cancer, mastectomy, comprehensive system of medical and psychological care

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

О. В. Піонтковська

РОЛЬ ВНУТРІШНЬООСОБИСТІСНИХ ТА СІМЕЙНИХ ПАТЕРНІВ В АСПЕКТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ БАТЬКІВ ДО ОНКОЛОГІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ У ДИТИНИ

КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1, м. Харків

Ключові слова: батьки онкохворих дітей, сім'я, особистісні властивості, сімейне функціонування, психічна адаптація

Діагностування онкологічного захворювання у дитини та потреба у тривалому і складному лікуванні – це значний психологічний стрес для батьків та родини в цілому [1–4]. Психотравматичність ситуації провокує появу у батьків дітей з онкологічною патологією різноманітних за силою та інтенсивністю психологічних реакцій, що можуть трансформуватися у більш серйозні зрушення у вигляді клінічно окреслених психічних розладів [1].

Психічна реакція людини у складній чи стресовій ситуації залежить від поєднання як зовнішніх ситуативних, так і внутрішніх особистісних чинників. Такими факторами є наявність хронічних або сильних, передуючих онкологічному захворюванню дитини, стресорів у сім'ї, низький соціальний статус, фінансові та житлові проблеми у родині, прогресуючий та тяжкий перебіг хвороби у дитини, фізичне та психічне здоров'я інших членів сім'ї, характерологічні та поведінкові особливості, способи подолання стресу, успішність та уміння долати складні життєві ситуації, тип сімейної системи та відносини у ній та ін. [3]. Внутрішньоособистісні чинники у сприйнятті та відреагуванні на потенційно психотравматичну ситуацію – це підґрунтя психічної адаптації до події, яке може сприяти пристосуванню або ж навпаки шкодити йому. Варто окремо відзначити, що важливим ресурсом у подоланні стресу постає сім'я, однією з основних функцій якої і є забезпечення психоемоційної підтримки у складних життєвих ситуаціях та буферування гострих стресів [5–7].

Саме тому вивчення особистісних патернів батьків онкохворих дітей у поєднанні з оцінкою функціонування сімейної системи, є перспективним та актуальним напрямом дослідження сучасної психоонкології, в особливості того, що стосується організації заходів медико-психологічної допомоги.

Для вирішення поставленого питання протягом 2011–2013 років на базі дитячого онкологічного відділення КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня №1» (м. Харків), нами було проведено психодіагностичне обстеження 428 батьків дітей із діагнозом онкологічного новоутворення (214 родин, діти в яких були повторно госпіталізовані).

Опитувані родини було розділено на групи в залежності від стану подружніх взаємовідносин та функціональності сімейної системи у ситуації наявності онкологічного захворювання у дитини (діагностика подружньої конфліктності та взаємодії здійснювалась із використанням методики PARI [8]). Група 1 – 80,8%

сімей (173) відзначали наявність напруженості в сімейних відносинах, сімейних конфліктів, як пов'язаних із лікуванням дитини, так і ескалації існуючих раніше міжособистісних та подружніх проблем, що призводило до дистанціювання та зниження внутрішньосімейного ресурсу. У групі 2 – 19,2% (41) родина – сімейна система характеризувалася згуртованістю, здатністю до гнучкої адаптації до стресової ситуації та ресурсом вирішувати актуальні проблеми, які виникали під час лікування дитини.

Для вивчення особистісних патернів були використані: особистісний опитувальник FPI-B [8], орієнтований на діагностику психічних станів і властивостей особистості, пов'язаних із процесом соціальної, внутрішньоособистісної і професійної адаптації та регуляції поведінки; методику діагностики акцентуацій характеру Г. Шмішека [8].

Вивчення особистісних властивостей у батьків онкохворих дітей за опитувальником FPI-B виявило, що наявність та міра прояву вираженості досліджуваних патернів залежала від стану подружніх взаємовідносин та функціональності сімейної системи (табл. 1).

Нами було встановлено, що у матерів групи 1 реєструвалися високі показники за шкалами невротичності (7,54±0,67 балів), спонтанної агресивності (6,14±0,70 бала), депресивності (7,26±0,62 бала), дратівливості (7,68±0,72 бала), сором'язливості (6,18±0,84 бала), емоційної лабільності (8,27±0,75 бала), що вказувало на наявність у них нестійкого емоційного стану зі схильністю до афективного реагування, схильності до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, тривожності, скутості, невпевненості, і, внаслідок цього, труднощів у соціальних і міжособистісних контактах, часті коливання настрою і недостатню саморегуляцію. Низькими були бали за шкалою комунікабельності (4,58±0,54 бала), що свідчило про недостатні прояви соціальної активності, відсутність потреби або вміння реалізовувати потребу у спілкуванні з іншими людьми.

Показники по базовим шкалам серед чоловіків групи 1 були нижчими у порівнянні з жінками на 1–1,5 бали. Однак за шкалами реактивної агресивності (7,03±0,70 бала) і дратівливості (7,85±0,77 бала) у чоловіків спостерігалися високі оцінки, що свідчило про тенденцію до психопатизації, яка характеризувалася агресивним ставленням до соціального оточення, були присутніми невміння адаптуватися до стресових впливів, схильність до неадекватного реагування на стандартні ситуації, виражене прагнення до домінування в поєднанні з

Таблиця 1

Особистісні патерни у батьків онкохворих дітей у групах 1 та 2

Шкали	Група 1, n=346		Група 2, n=82	
	Жінки, n=173	Чоловіки, n=173	Жінки, n=41	Чоловіки, n=41
Невротичність	7,54±0,67	6,22±0,68	5,56±0,50	5,10±0,63
Спонтанна агресивність	6,14±0,70	6,05±0,74	4,29±0,67	4,83±0,72
Депресивність	7,26±0,62	6,24±0,75	5,84±0,54	4,97±0,64
Дратівливість	7,68±0,72	7,85±0,77	5,50±0,67	6,18±0,84
Комунікбельність	4,58±0,54	4,03±0,65	7,24±0,82	6,78±0,74
Урівноваженість	5,66±0,68	5,21±0,72	6,67±0,64	6,90±0,70
Реактивна агресивність	5,95±0,64	7,03±0,70	4,20±0,60	4,64±0,76
Сором'язливість	6,18±0,84	5,37±0,73	4,33±0,51	4,01±0,72
Відкритість	5,28±0,48	4,68±0,68	6,88±0,84	6,42±0,80
Екстраверсія – інтроверсія	6,85±0,54	5,67±0,62	7,05±0,72	6,82±0,80
Емоційна лабільність	8,27±0,75	7,10±0,65	5,65±0,85	4,96±0,71
Маскулінізм – фемінізм	4,28±0,48	7,34±0,62	4,13±0,50	7,84±0,50

відсутністю прагнення до довірливо-відвертої взаємодії з оточуючими, низький рівень самокритичності, невпевненість у собі, схильність до афектації.

У цілому в опитуваних жінок із групи 2 середні показники за шкалами, що описують дестабілізуючі особистісні патерни, не досягали значного рівня вираженості. Тенденція до високих оцінок відмічалася лише за шкалою емоційної лабільності (5,65±0,85 бала), що вказувало на психотравматичний вплив ситуації і тиск стресу на психічну сферу опитуваних. Серед жінок у групі 2 були високими показники за шкалами комунікбельності (7,24±0,82 бала) та відкритості (6,88±0,84 бала). Жінки з групи 2 проявляли прагнення до спілкування та відвертої взаємодії з оточуючими у поєднанні з самокритичністю і були більш соціально адаптованими у порівнянні з матерями групи 1.

Чоловіки з групи 2 також демонстрували вищу, ніж у опитуваних батьків з групи 1, психічну стійкість. Тенденція до підвищення серед батьків групи 2 відмічалася лише за шкалою дратівливості (6,18±0,84 бала). Як і у жінок, так і у чоловіків із групи 2 були високими середні показники за шкалами комунікбельності (6,78±0,74 бала) та відкритості (6,42±0,80 бала).

Таким чином, у сім'ях із порушенням сімейних відносин та ознаками дисфункціонування, тобто подружжів (і чоловіків і жінок) з групи 1 було виявлено більшу вираженість дестабілізуючих внутрішньоособистісних патернів серед опитуваних, які негативно впливали на психічну адаптацію до онкологічної хвороби дитини. Слід зазначити, що наявність подібних особистісних рис, також була однією з причин порушення сімейної взаємодії.

Вивчення наявності та вираженості акцентуацій характеру в опитуваних батьків із групи 1 та 2 виявило наступне. Так, серед жінок та чоловіків із групи 1 більшою мірою прояву вирізнялися такі риси характеру, як

збудливість, застрягання, дистимія, демонстративність та тривожність, і меншою – емотивність та гіпертимія у порівнянні з опитуваними з групи 2 (табл. 2).

Особистості зі збудливим типом акцентуації характеру характеризувалися недостатньою керованістю, послабленням контролю над потягами і спонуканнями. Для них були притаманні підвищена імпульсивність, грубість, занудство, похмурість, схильність до вербальної агресії, підвищена конфліктність, дратівливість, запальність, низька контактність у спілкуванні, прагнення до домінування. Вони відрізнялися запальністю, були чутливими до образ, злопам'ятні, у той же час проявляли надзвичайну вимогливість до інших, вважали своїм обов'язком давати поради і не терпіли їх по відношенню до себе.

Відмінною рисою осіб із застрягаючим типом акцентуації була патологічна стійкість афекту. Ці особистості виявляли настороженість і недовірливість по відношенню до людей, чутливість до образ, уразливість, підозрілість, відрізнялися мстивістю і злопам'ятністю. Основною їх рисою була інертність у прояві афектів, у мисленні і моториці.

Демонстративні особистості характеризувалися підвищеною здатністю до витіснення, демонстративністю поведінки, рухливістю, легкістю у встановленні контактів, були схильні до фантазування, авантюризму, позерства. Ними рухали потреба у визнанні, бажання постійної уваги до своєї персони. Вони драгували оточуючих своєю самовпевненістю і високими домаганнями, чим самі провокували конфлікти. Володіючи патологічною здатністю до витіснення, демонстративні особистості могли повністю забувати те, про що не бажали знати.

Опитуваним із тривожною акцентуацією були властиві низька контактність, знижений настрій, постійне занепокоєння чимось, невпевненість у собі. У них відмічалася загострене почуття обов'язку та відповідальність.

Вираженість акцентуацій характеру у батьків онкохворих дітей, (бал±m)

Тип акцентуації	Показники (бал±m)			
	Група 1, n=346		Група 2, n=82	
	Жінки, n=173	Чоловіки, n=173	Жінки, n=41	Чоловіки, n=41
Демонстративний	15,2±0,5	12,1±0,5	9,1±0,4	8,7±0,5
Застрагаючий	12,3±0,4	13,8±0,5	8,4±0,4	9,0±0,4
Педантичний	8,4±0,5	8,8±0,6	9,3±0,5	10,0±0,5
Збудливий	12,5±0,4	15,4±0,4	8,7±0,4	9,1±0,5
Гіпертимний	9,4±0,5	10,2±0,5	11,6±0,4	13,1±0,5
Дистимний	11,5±0,5	9,6±0,5	8,9±0,5	8,4±0,5
Тривожний	13,2±0,4	8,9±0,6	9,0±0,5	8,0±0,6
Екзальтований	10,9±0,5	9,4±0,6	9,8±0,5	8,4±0,7
Емотивний	10,3±0,5	8,3±0,5	16,4±0,4	11,1±0,4
Циклотимний	10,0±0,5	9,8±0,6	9,2±0,5	8,8±0,6

Часом у тривожних особистостей до боязкості приєднувалася лякливність із проявом раптового страху, який нерідко супроводжувався соматичною реакцією.

Особи з дистимічною акцентуацією характеру відрізнялися серйозністю, похмурістю настрою. Для них були характерні песимістичне ставлення до майбутнього, занижена самооцінка, низька комунікабельність, мовчазність, замкнутість. Часто таким батькам здавалося, що саме вони винні у хворобливому стані дитини, і тому оточуючі погано до них ставляться, дивляться на них зверхньо. Такі подружжя, як правило, були завжди чимось незадоволені, від труднощів впадали у відчай. Для осіб із дистимічною акцентуацією були характерні пасивність у діях і уповільнене мислення.

Для батьків з емотивною акцентуацією були характерні емоційність, чутливість, балакучість, глибокі та тонкі емоційні реакції. Вони рідко вступали в конфлікти, намагалися не обтяжувати оточуючих своїми емоціями. Їм було властиве загострене почуття обов'язку, старанність.

Гіпертимних особистостей відрізняла велика рухливість, товариськість, балакучість, активна жестикуляція та міміка, самостійність та часто брак почуття дистанції у відносинах з іншими. Негативними проявами гіпертимності були поверховість, легковажність, спалахи гніву, роздратування, особливо при протидії планам.

Для екзальтованих особистостей були властиві такі якості, як емоційна захопленість, вони піддавалися миттєвим настроям, були надміру лабільними, часто виникала реакція паніки у відповідь на стресові події. Темп наростання реакцій, їх зовнішні прояви відрізнялися великою інтенсивністю. Для них була характерна виражена вразливість з приводу негативних подій. Жалість, співчуття до себе, до дитини могли довести їх до відчаю.

Опитувані з циклотимним типом акцентуації характеризувалися зміною гіпертимних і дистимних станів. Їм були властиві часті періодичні зміни настрою, а також залежність їх від зовнішніх подій.

Педантичні особистості характеризувалися ригідністю, інертністю психічних процесів, тривалим переживанням травмуючих подій, підвищеною акуратністю, прихильністю до порядку, нерішучістю і обережністю. Тривога, побоювання, занепокоєння були їх постійними супутниками. За зовнішньою нерішучістю у багатьох із них ховалися небажання і нездатність до швидких змін, до прийняття відповідальності. У сім'ї їм була властива сумлінність, старанність і низька ініціативність.

Отже, у опитуваних із групи 1 були поширеними акцентуації характеру, що справляли дезадаптуючий вплив на психічне пристосування, тоді як у групі 2, осіб з подібними рисами характеру, реєструвалося значно менше.

Таким чином, результати вивчення внутрішньоособистісних особливостей батьків, чий діти хворіють на онкологічну патологію, дають підставу говорити про те, що наявність деформації подружньої взаємодії та дисфункціональних сімейних відносин у поєднанні з необхідністю лікування дитини зі злоякісними новоутвореннями, сприяє загостренню особистісних рис та патологічній зміні характеру, з одного боку, тоді як з іншого – власне, дезадаптивні особистісні та характерологічні патерни самі по собі дестабілізують сімейну систему. Тому цілісна психічна відповідь на стрес залежить не лише від самого психотравмуючого факту тяжкого захворювання у дитини, але і від особистісних патернів і успішності сімейних відносин та адаптованості сімейної системи, яка у даному випадку стає або додатковим обтяжуючим, або превентивним фактором щодо розвитку психосоціальної дезадаптації. В той же час гармонійна подружня взаємодія та функціональність сімейної системи, що забезпечує здатність її членів до адаптації щодо стресової ситуації, стає фактором превенції розвитку в них неадаптивного відреагування, джерелом психологічної підтримки, що підвищує адаптаційний ресурс у зазначеного контингенту.

Вищесказане дозволяє зробити висновок про необхідність розробки і впровадження в практику комплексної

системи медико-психологічного супроводу сімей, у яких дитина хворіє на онкологічну патологію, що включає заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я сім'ї та підвищення успішності сімейного функціонування. Такий комплексний підхід дасть можливість як підняти ефективність реабілітації дітей, так і підвищити якість життя батьків.

Література

1. *Psycho-Oncology* / Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. [et al.]. – Oxford University press, 2010. – 745 p.
2. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Пюнтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 4 (73). – С. 86 – 91.
3. *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 [et al.] // *Psychooncology*. – 2008. – Vol. 17. – Issue 5. – P. 448 – 459.
4. Пюнтковська О. В. Дитяча психоонкологія: проблеми та шляхи їх вирішення / О. В. Пюнтковська // *Архів психіатрії*. – 2012. – Т. 19, № 4 (71). – С. 76 – 84.
5. Кришталь В. В. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи / В. В. Кришталь, И. А. Семенкина // *Международный медицинский журнал*. – 2000. – Т. 6, № 1. – С. 11 – 15.
6. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь // *Медицинская психология*. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 3 – 8.
7. Ветрила Т. Г. Медико-психологические проблемы функционирования семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития / Т. Г. Ветрила // *Медицинская психология*. – 2009. – Т. 4. – № 1 (13). – С. 48 – 51.
8. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие* / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.

РОЛЬ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫХ И СЕМЕЙНЫХ ПАТТЕРНОВ В АСПЕКТЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ РОДИТЕЛЕЙ К ОНКОЛОГИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ РЕБЕНКА

О. В. Пюнтковская

В работе было проведено изучение личностных особенностей родителей онкобольных детей в сочетании с оценкой функциональности семейной системы. Установлено, что в семьях с нарушением семейных отношений и признаками дисфункционирования, распространенность и выраженность дестабилизирующих внутриличностных паттернов и акцентуаций характера среди опрошенных была больше. Это негативно отражалось на психической адаптации к онкологическому заболеванию ребенка. Вышесказанное указывает на необходимость разработки и внедрения в практику комплексной системы медико-психологического сопровождения семей, в которых ребенок болеет онкологией. Система психологической помощи обязательно должна включать мероприятия, направленные на укрепление здоровья семьи и повышать успешность семейного функционирования.

Ключевые слова: родители онкобольных детей, семья, личностные свойства, семейное функционирование, психическая адаптация

THE ROLE OF PERSONAL AND FAMILY PATTERNS FOR PSYCHOLOGICAL ADAPTATION PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER

O. PIONTKOVSKAYA

The aim of the research was to investigate personal patterns in bonding with family functioning in parents of children with cancer. In families with problems in family functioning number of persons with destructive personal patterns and character accentuations was bigger than in families with harmonic interrelations. Family disturbances have bad influence in psychological adaptation of parents of children with cancer. That's why is quite necessary to create complete system of psychological help with accent on family interrelations. It can improve total family health and efficiency of family functioning.

Keywords: parents of children with cancer, family, personal patterns, family functioning, psychological adaptation

УДК 159.9

Г. А. Пріб ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ АДІКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ АПЛІКАТА В СИТУАЦІЇ БЕЗРОБІТТЯ

Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України

Ключові слова: адиктивна поведінка, безробіття

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Безробіття нині є чи не найгострішою соціально-економічною проблемою, котра потребує першочергового вирішення, однак вона, ця проблема, викликає негативні психологічні зміни особистості. Такі зрушення на пізніх стадіях призводять до розвитку соматичних захворювань і адиктивної поведінки. В подальшому це може призвести до безповоротних наслідків, які не можуть не позначитися й на цілій нації. Саме тому актуальність вивчення проблеми психосоціальних передумов адиктивної поведінки апліканта в ситуації безробіття

набуває все більшого значення. Нова хвиля соціально-економічної кризи, політична нестабільність у країні спричинили появу великої кількості безробітних. Наслідком цього стало виникнення психологічних проблем у цих осіб, за такими, зокрема, факторами, як невпевненість у завтрашньому дні, неспроможність матеріально забезпечити себе і сім'ю, вимушений вибір професії, яка часто не відповідає уподобанням людини тощо.

Перебування в ситуації безробіття справляє на апліканта психотравмуючий вплив, оскільки є джерелом постійного стресу. Людина, що не має роботи, переживає стан внутрішньої порожнечі: у неї виникають думки,

системи медико-психологічного супроводу сімей, у яких дитина хворіє на онкологічну патологію, що включає заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я сім'ї та підвищення успішності сімейного функціонування. Такий комплексний підхід дасть можливість як підняти ефективність реабілітації дітей, так і підвищити якість життя батьків.

Література

1. *Psycho-Oncology* / Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. [et al.]. – Oxford University press, 2010. – 745 p.
2. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Пюнтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 4 (73). – С. 86 – 91.
3. *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 [et al.] // *Psychooncology*. – 2008. – Vol. 17. – Issue 5. – P. 448 – 459.
4. Пюнтковська О. В. Дитяча психоонкологія: проблеми та шляхи їх вирішення / О. В. Пюнтковська // *Архів психіатрії*. – 2012. – Т. 19, № 4 (71). – С. 76 – 84.
5. Кришталь В. В. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи / В. В. Кришталь, И. А. Семенкина // *Международный медицинский журнал*. – 2000. – Т. 6, № 1. – С. 11 – 15.
6. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь // *Медицинская психология*. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 3 – 8.
7. Ветрила Т. Г. Медико-психологические проблемы функционирования семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития / Т. Г. Ветрила // *Медицинская психология*. – 2009. – Т. 4. – № 1 (13). – С. 48 – 51.
8. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие* / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.

РОЛЬ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫХ И СЕМЕЙНЫХ ПАТТЕРНОВ В АСПЕКТЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ РОДИТЕЛЕЙ К ОНКОЛОГИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ РЕБЕНКА

О. В. Пюнтковская

В работе было проведено изучение личностных особенностей родителей онкобольных детей в сочетании с оценкой функциональности семейной системы. Установлено, что в семьях с нарушением семейных отношений и признаками дисфункционирования, распространенность и выраженность дестабилизирующих внутриличностных паттернов и акцентуаций характера среди опрошенных была больше. Это негативно отражалось на психической адаптации к онкологическому заболеванию ребенка. Вышесказанное указывает на необходимость разработки и внедрения в практику комплексной системы медико-психологического сопровождения семей, в которых ребенок болеет онкологией. Система психологической помощи обязательно должна включать мероприятия, направленные на укрепление здоровья семьи и повышать успешность семейного функционирования.

Ключевые слова: родители онкобольных детей, семья, личностные свойства, семейное функционирование, психическая адаптация

THE ROLE OF PERSONAL AND FAMILY PATTERNS FOR PSYCHOLOGICAL ADAPTATION PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER

O. PIONTKOVSKAYA

The aim of the research was to investigate personal patterns in bonding with family functioning in parents of children with cancer. In families with problems in family functioning number of persons with destructive personal patterns and character accentuations was bigger than in families with harmonic interrelations. Family disturbances have bad influence in psychological adaptation of parents of children with cancer. That's why is quite necessary to create complete system of psychological help with accent on family interrelations. It can improve total family health and efficiency of family functioning.

Keywords: parents of children with cancer, family, personal patterns, family functioning, psychological adaptation

УДК 159.9

Г. А. Пріб ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ АДІКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ АПЛІКАТА В СИТУАЦІЇ БЕЗРОБІТТЯ

Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України

Ключові слова: адиктивна поведінка, безробіття

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Безробіття нині є чи не найгострішою соціально-економічною проблемою, котра потребує першочергового вирішення, однак вона, ця проблема, викликає негативні психологічні зміни особистості. Такі зрушення на пізніх стадіях призводять до розвитку соматичних захворювань і адиктивної поведінки. В подальшому це може призвести до безповоротних наслідків, які не можуть не позначитися й на цілій нації. Саме тому актуальність вивчення проблеми психосоціальних передумов адиктивної поведінки апліканта в ситуації безробіття

набуває все більшого значення. Нова хвиля соціально-економічної кризи, політична нестабільність у країні спричинили появу великої кількості безробітних. Наслідком цього стало виникнення психологічних проблем у цих осіб, за такими, зокрема, факторами, як невпевненість у завтрашньому дні, неспроможність матеріально забезпечити себе і сім'ю, вимушений вибір професії, яка часто не відповідає уподобанням людини тощо.

Перебування в ситуації безробіття справляє на апліканта психотравмуючий вплив, оскільки є джерелом постійного стресу. Людина, що не має роботи, переживає стан внутрішньої порожнечі: у неї виникають думки,

що якщо її здібності, професійне уміння неможливо застосувати, то й життя втрачає сенс. Причому такий психічний стан притаманний навіть тим, хто не відчуває серйозних матеріальних труднощів. Працюючи, людина задовольняє фізіологічні потреби як власні, так і своєї сім'ї, задовольняє потребу і в безпеці (вона може звертатися до лікарів, купувати необхідні ліки; сплачуючи податки, може звернутися до органів влади та правопорядку). В трудовому колективі особистість задовольняє потребу в приналежності, спілкуванні, визнанні, повазі до себе, і нарешті тільки у праці вона може розкрити свій потенціал [6].

До працівників служби зайнятості, які надають безробітним послуги по працевлаштуванню, звертаються люди різних соціальних категорій (молодь, жінки, люди передпенсійного віку, люди з обмеженими фізичними можливостями тощо). Робота з кожною із цих категорій має свої особливості, але спільним для всіх є реалізація гуманістичного потенціалу соціальної роботи, який полягає в допомозі людині не втратити почуття власної гідності та поваги оточуючих, якомога повніше і ефективніше реалізувати власні особистісні можливості [1].

Критичність соціально-економічної ситуації, крах старих, але усталених суспільних цінностей, невизначеність людини, що залишилася без роботи, в сенсі життя та відчуття невпевненості в майбутньому сприяють зростанню правопорушень, злочинності, поширенню адиктивної поведінки серед безробітних. Залежна поведінка, таким чином, виявляється тісно пов'язана як із зловживанням з боку особи чимось або кимось, так і з порушеннями її потреб. У перекладі з англійського addiction - схильність, згубна звичка. Якщо звернутися до історичного коріння даного поняття, то лат. addictus - той, хто зв'язаний боргами (засуджений до рабства за борги). Інакше кажучи, це людина, яка знаходиться в глибокій рабській залежності від якоїсь непереборної влади. Залежна (адиктивна) поведінка, як вид девіантної поведінки особистості у свою чергу має безліч підвидів, що диференціюються переважно по об'єкту адикції. Теоретично (за певних умов) це можуть бути будь-які об'єкти або форми активності - хімічна речовина, гроші, робота, ігри, фізичні вправи або секс [3].

У реальному житті поширені такі об'єкти залежності, як: 1) психоактивні речовини (легальні і нелегальні наркотики); 2) алкоголь (у більшості класифікацій відноситься до першої підгрупи); 3) їжа; 4) ігри; 5) секс; 6) релігія і релігійні культури. Відповідно до перерахованих об'єктів виділяють наступні форми залежної поведінки: хімічна залежність (куріння, токсикоманія, наркозалежність, лікарська залежність, алкогольна залежність); порушення харчової поведінки (переїдання, голодування, відмова від їжі); гемблінг - ігрова залежність (комп'ютерна залежність, азартні ігри); сексуальні адикції (зоофілія, фетишизм, пігмаліонізм, трансвестизм, ексгібіціонізм, вуайерізм, некрофілія, садомазохізм; релігійна деструктивна поведінка (релігійний фанатизм, залученість в секту) [2].

Сучасний стан науки дозволяє говорити про наступні передумови і причини (чинники) адиктивної поведінки.

До соціальних чинників, сприяючих формуванню залежної поведінки, можна віднести технічний прогрес в області харчової промисловості або фармацевтичної індустрії, що викидають на ринок все нові і нові товари - потенційні об'єкти залежності. До цієї ж групи чинників відноситься діяльність наркоторговців, що активно залучають молодь до споживання хімічних речовин. Крім того, у міру урбанізації ми спостерігаємо, як слабшають міжособові зв'язки між людьми. Прагнучи до незалежності, людина втрачає необхідні йому підтримку і відчуття безпеки. Замість того, щоб шукати задоволення в людських взаєминах, ми все більше звертаємося до бездушних продуктів цивілізації.

Аналіз досліджень і публікацій та виділення невіршених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячена стаття. Дослідники адиктивної поведінки вважають, що її детермінантами виступають біологічні, педагогічні, соціальні і психологічні фактори, в останньому випадку - особливості «Я-концепції». Самооцінка виступає важливою складовою «Я-концепції», як цінність, значущість, якою індивід наділяє себе в цілому і окремі сторони своєї особистості, діяльності, поведінки [4].

Одним із психологічних чинників, що сприяє самоактуалізації безробітного на ринку праці, є формування в нього позитивного уявлення про себе, системи настанов щодо власної особистості, іншими словами, формування позитивної «Я-концепції» особистості. Подальший розвиток людини, її діяльність й поведінка перебувають під суттєвим впливом сформованої «Я-концепції».

Під самооцінкою розуміється оцінка особистістю самої себе, своїх якостей, можливостей, положення серед інших людей і їхнього відношення до себе.

У свідомості особистості самооцінка не виникає як самостійне, незалежне утворення. Вона завжди вплетена в контекст загальної оціночної діяльності, реалізованої людиною, і в першу чергу - оцінки ним оточуючих. Вступаючи з ними в спільну діяльність, спілкуючись, людина виявляє важливі для себе орієнтири, співвідносить з ними свою поведінку, відчуває те, що очікують від неї оточуючі, як вони реагують на її слова і дії, вчиться співвідносити себе з їх чеканнями, вимогами, почуттями, співставляє те, що виявляє в собі і власній поведінці, з результатами спостереження й оцінки інших людей. На підставі подібних порівнянь і формується визначене відношення до себе, наповняється конкретними фактами і їхньою оцінкою зміст «Я-концепції».

Рівень самооцінки впливає на психічне благополуччя особистості. Висока самооцінка супроводжується почуттям впевненості в собі, у правильності своїх вчинків, позитивному ставленні навколишніх, переборення життєвих труднощів, відчуттям задоволеності собою і наявністю сприятливих життєвих перспектив. Занижена самооцінка сприяє розвитку комплексу неповноцінності, невпевненості в собі, боязкості, пасивності, вимогливості до інших. Такі люди, занудливі, нитики, бачать недоліки у себе, але здебільшого в інших; вони конфліктні,

і конфлікти найчастіше виникають через нетерпимість до інших людей.

Низька самооцінка робить особистість невпевненою, залежною, потребує опіки і заступництва, у зовнішніх схваленнях, супроводжується внутрішнім дискомфортом, і, як наслідок, може призвести до адиктивної поведінки. Саме самооцінка є тим механізмом, що забезпечує співвідношення особистісних домагань і реальних досягнень. Від самооцінки безпосередньо і залежить рівень домагань особистості – життєвих цілей і задач, які вона ставить перед собою. У кожної людини є визначений рівень домагань, тобто більш-менш об'єктивна оцінка своїх можливостей при рішенні життєвих задач. Недоліки у формуванні самооціночної системи, загальної «Я-концепції» особистості, хаотичність, невпорядкованість виникаючих «Я-образів», залежність від зовнішніх оцінок приводить і до порушень у формуванні особистісного і ситуативного рівнів домагань.

Специфічним для будь-якої адикції є відчуття відкинутості, непотрібності, зниження самооцінки, зростання агресії, спрямованої як на конкретних людей, так і на «систему» в цілому, що позбавила їх робочого місця, намагання помститися, досягти самостійності та незалежності. Ця установка може реалізовуватись як позитивним, так і негативним чином. Людина може брати участь у різних видах трудової діяльності, випробувати себе у інших сферах.

У той же час психологічно напружена життєва ситуація змушує її звертатися до використання не завжди діючих, але проте найбільш швидкодіючих засобів досягнення психологічного комфорту: вживання спиртних напоїв, наркотичних речовин, розважливі форми проведення вільного часу. Кожен третій безробітний самотній у своєму емоційному переживанні ситуації, що склалася, залишений без підтримки. Цей важливий момент указує не тільки на гостроту проблеми безробіття, як проблеми нової для нашого суспільства, але і на несприятливий прогноз соціально-професійної активності в майбутньому тих із категорії безробітних, хто дуже довго знаходився в цьому стані, не отримуючи ніякої душевної підтримки.

Для таких людей загрозовано велика вірогідність розвитку нервово-психічних розладів і ризику захворювань, які багато в чому зумовлені психологічними причинами.

Зважаючи на вищевказане, з великою ймовірністю можна прогнозувати у безробітних із заниженою самооцінкою труднощі у пошуку роботи, а в подальшому і у розвитку професійної кар'єри в разі працевлаштування. Це в свою чергу буде провокувати їх до подальших проявів адиктивної поведінки і утвориться своєрідне замкнене коло, а значить безробіття може виступати як один із важливих чинників зниження рівня здоров'я працездатного населення, чинника, який через свою природу має тенденцію бути хронічним.

Метою дослідження є дослідження психосоціальних передумов адиктивної поведінки апліката в ситуації безробіття. Завдання дослідження: з точки зору біопсихосоціального підходу та спираючись на сучасні моделі

медицини залежності дослідити особливості психосоціальних передумов адиктивної поведінки апліката в ситуації безробіття.

Виклад основного матеріалу дослідження. Результати психодіагностичних досліджень та індивідуального консультування дозволяють говорити про вплив довготривалого безробіття на схильність апліканта до адиктивної поведінки.

Довготривале перебування в ситуації безробіття справляє психотравмуючий вплив, оскільки є джерелом постійного стресу. Людина переживає стан внутрішньої порожнечі; у неї виникають думки, що, якщо її здібності, професійне уміння неможливо застосувати, то й життя втрачає сенс. Стрес, перенесений у період безробіття, може стати причиною скорочення індивідуальної тривалості життя. У безробітних спостерігаються пасивність, розгубленість, фрустрованість, невміння і нездатність адаптуватися в соціально-економічних умовах, що різко змінилися, інфантильність і споживацька позиція, образливість.

Стани фрустрації приводять до напруженості, внаслідок чого безробітний демонструє неконструктивну поведінку, елементами якої можуть бути: агресія; репресія; ескапізм; регресія; раціоналізація; сублімація; проекція; аутизм.

Переживання людиною ситуації бездіяльності, відсутності роботи трансформується в синдром «неврозу безробіття». Незалежно від причин безробіття людина переживає пустоту свого часу, як внутрішню пустоту. Безробітний вважає себе нікому непотрібним, а своє життя – позбавленим сенсу.

Психологічні проблеми безробіття впливають і на механізми психічної регуляції людини та викликають певні форми психологічної деформації особистості безробітного. В залежності від індивідуально-психологічних особливостей людини ці види деформацій (певні зміни рис характеру, темпераменту, емоційної сфери, сфери потреб та вольової сфери) можуть проявлятися по-різному. Такі індивідуальні прояви завжди потребують психологічного вивчення.[5].

Таким чином, втрата роботи, а особливо тривале безробіття, викликає складний стресовий стан, який супроводжується негативними емоційними проявами, впливає на загальний рівень активності, фізичне та психічне здоров'я, і може стати однією з передумов адиктивної поведінки.

Досить цікавим є гендерний аспект у ситуації безробіття та його вплив на схильність до адиктивної поведінки. Безробіття, як соціальний феномен має певні риси залежно від статевої приналежності індивіда, що підкреслює необхідність окремого вивчення чоловічого та жіночого безробіття, з метою визначення психологічних чинників його виникнення та оптимізації шляхів вирішення цієї складної соціальної проблеми.

Так, у чоловіків стан безробіття викликає підвищення ступеня стресу, а саме: чоловіки, які відчувають себе більш мужніми, більше схильні до переживання стресових станів. Високий рівень особистісного стресу

зумовлює зниження орієнтації на успіх та надання переваг уникненню невдач, що пов'язано з функціонуванням механізму психологічного самозахисту та бажанням знизити глибину стресових переживань.

Високий рівень стресу супроводжується у чоловіків психологічною дезадаптивністю, емоційним дискомфортом, а також домінуванням зовнішнього контролю, що відображає підвищену залежність чоловіків від впливу зовнішніх обставин та низьку здатність контролювати та планувати власне життя.

Підвищений рівень стресу зумовлює також схильність чоловіків до надмірної поступливості, що пов'язано з неможливістю під час перебування у стресовому стані конструктивно вирішувати проблемні ситуації. Високий рівень стресу супроводжується підвищенням особистісної емоційності, що викликає посилення чутливості та вразливості безробітних чоловіків, що також є несприятливим чинником їх професійної самореалізації.[4]

Представники чоловічої статі, що перебувають у стресовому стані, схильні до підвищеної мінливості настрою, а також меншою мірою проявляють схильність до емоційної експресивності.

Отже, переживання стресового стану супроводжується у чоловіків емоційним дискомфортом, психологічною дезадаптованістю та низькою здатністю контролювати власне життя, а також підвищеною емоційністю, поступливістю та схильністю до психологічної мінливості, і, як наслідок, чоловіки в ситуації безробіття більш схильні демонструвати адиктивну поведінку.

У жінок стан безробіття також супроводжується підвищенням ступеня особистісного стресу, а саме: невідповідність образу «ідеальної жінки» викликає у жінок занепокоєння та тривожність, що є негативним чинником стресових переживань. Жінки сильніше, ніж чоловіки, переживають втрату колишніх соціально-трудова позицій. Однією із гіпотез, що пояснює таку особливість, може бути та, що чоловіки більше впевнені в можливості швидкого працевлаштування, а жінки, через високий рівень безробіття, менше сподіваються на те, що зможуть швидко отримати роботу. Положення безробітного не змінило самооцінки соціальних позицій у 69% чоловіків і 71% жінок. Погіршала така самооцінка у 15% чоловіків і 23% жінок. При цьому самооцінка підвищилася у 15% чоловіків і 5% жінок [4].

Високий рівень стресу у представниць жіночої статі супроводжується підвищеним ступенем психологічної збудливості та мінливості, а саме: стресові переживання супроводжуються у жінок посиленням емоційної невідповідності та схильністю до стрімких змін психічного стану.

Для представників чоловічої статі переживання стресу є більш деструктивним чинником їх особистісного розвитку та супроводжується зниженням рівня соціально-психологічної адаптованості, погіршенням загального емоційного стану, зниженням відповідальності за свої вчинки та події власного життя, а також підвищеною вразливістю, психічною мінливістю та нижчою емоційною експресивністю, тоді як у жінок рівень стресу

впливає тільки на емоційну стабільність, що засвідчує більшу стресостійкість представниць жіночої статі, порівняно з чоловіками [4].

Визначеність особистості в житті задана вродженими особливостями, характером, з однієї сторони, який потерпає змін у ході розвитку, а з іншої, який впливає на зовнішні зміни.

Як показують соціологічні дослідження, у числі безробітних нині опиняються некваліфіковані та малокваліфіковані робітники (за даними Нікопольського міськрайцентру зайнятості станом на вересень-жовтень 2011 року робітники без кваліфікації – 11,4%), які не готові до перекваліфікації та професійного зростання, а значить, більш схильних до девіантної та адиктивної поведінки. Безробіття впливає в першу чергу на матеріальне становище незайнятих, їх соціально – психологічне самопочуття.

Саме кваліфікована допомога таким людям, створення психологічних важелів для самопомоги та самовдосконалення – головна мета роботи працівників служби зайнятості з клієнтами, схильними до адиктивної поведінки. Наркоманія, токсикоманія, проституція, алкоголізм, утрата життєвої перспективи – от і відкрита дорога людини на смітник, іноді не в переносному, а в буквальному значенні. Допомогти цим людям стати рівноправними членами суспільства – от завдання гідне будь-якого суспільства, що вважає себе цивілізованим. Саме тому на сьогодні надзвичайно важливою є робота з особами, схильними до адиктивної поведінки по конструктивному подоланню життєвої кризи, підвищенню їх самооцінки та актуалізації питання їх трудової кар'єри.

В умовах соціально-економічних змін потрібні висококваліфіковані фахівці, які зможуть реалізувати гуманістичний потенціал психологічної роботи, допоможуть іншим не втрачати почуття власної гідності та поваги оточуючих. Вчасне й належне надання соціальних послуг далеко не завжди визначається фінансовими можливостями, але й тим, наскільки послуги відповідають запитам конкретної людини, наскільки професійно фахівець поставиться до неї, як він зможе зрозуміти, чого саме вона потребує найбільше – моральної підтримки, допомоги в налагодженні стосунків із оточуючими, фізичної або ж трудової реабілітації, теплого слова, яке, можливо, і допоможе знайти вихід із, здавалося б, зачарованого кола особистісних проблем.

Висновки. Адиктивна поведінка – наслідок невдалого процесу соціалізації особистості: у результаті порушення процесів ідентифікації й індивідуалізації людини, такий індивід легко впадає в стан «соціальної дезорганізації», коли культурні норми, цінності і соціальні взаємозв'язки відсутні чи слабшають, суперечать один одному. Кожен третій безробітний (35%) є самотній у емоційному переживанні ситуації, що склалася, залишений без підтримки. Цей важливий момент указує не тільки на гостроту проблеми безробіття як проблеми актуальної для нашого суспільства, але і на подальше детальне вивчення психосоціальних умов адиктивної поведінки безробітних в ситуації втрати роботи.

Література

1. Верховин В. И. Содержание, структура и функции трудового поведения // Социология труда: Учеб. / Под ред. Н. И. Дряхлова, А. И. Кравченко, В. В. Щербины. – М.: Изд-во МГУ, 1993. – 162с.
2. Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2004. — 288 с.
3. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: Учебное пособие для вузов. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. –
4. Підгорна О. В. Психологія особистості безробітного / Матеріали II Всеукраїн. наук.-практ. конф.; 2004 р. – Відп. ред. О. В. Киричук. – К.: Ін-т підготовки кадрів держ. служби зайнятості України, 2005. – С. 71.
5. Психологія особистості безробітного / Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 26 травня 2004 р. - Відп. ред. О. В. Киричук. – К.: Ін-т підготовки кадрів держ. служби зайнятості України, 2005. – 378 с.
6. Савчин М. В. Відповідальність: смисловий принцип мотиваційної регуляції поведінки особистості // Педагогіка і психологія. - 1996. - № 1. - С. 10 -18.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ АДИКТИВНОГО ПОВЕДІННЯ В СИТУАЦІЇ БЕЗРАБОТИЦІ

Г. А. Приб

В статье рассматриваются теоретические взгляды на психосоциальные предпосылки аддиктивного поведения в ситуации безработицы, а также факторы, способствующие аддиктивному поведению.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, безработица

PSYCHOSOCIAL CONDITIONS OF ADDICTIVE BEHAVIOR IN THE SITUATION OF UNEMPLOYMENT

G. PRIB

The paper examines the theoretical perspectives on the psychosocial conditions of addictive behavior in a situation of unemployment, as well as factors contributing to the addictive behavior

Keywords: addiction behavior, unemployment

УДК 614.23:617-089:811.161.2'42

Н. Г. Пшук, А. О. Камінська

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Ключові слова: професійна дезадаптація, лікарі хірургічного та терапевтичного профілю, копінг-поведінка

Останнім часом наука все частіше звертається до проблеми впливу професійної діяльності на особистість фахівця з метою детального вивчення аспектів професійної деформації [4; 5; 13; 16; 20; 32; 35]. Особливо це стосується представників так званих комунікативних професій, тобто професій системи «людина-людина», тісно пов'язаних з інтенсивною та емоційно напруженою взаємодією з людьми, зокрема медичних працівників [26]. Як зазначає Н. В. Грішина (2001), робота з людьми потенційно містить в собі небезпеку важких переживань, пов'язаних із робочими ситуаціями та ймовірність виникнення професійного стресу [12].

Професія лікаря має важливе соціальне значення, оскільки на медичних працівників покладається відповідальність не лише за стан фізичного здоров'я пацієнта, який довірив лікарю своє життя, але й за його психічне здоров'я та соціально-психологічну реабілітацію. Роль лікаря є вирішальною і провідною на всіх етапах лікувально-діагностичного та реабілітаційного процесів [5].

Професійна діяльність працівників медичної сфери характеризується необхідністю роботи в умовах підвищеного інтелектуального й психоемоційного напруження [5; 26], дефіциту часу та інформації [31; 41; 50], високого рівня відповідальності за здоров'я та життя пацієнтів [34; 44]. Медичні працівники постійно перебувають у колі як власних життєвих проблем, так і проблем своїх пацієнтів, зазнаючи подвійного

соціально-психологічного навантаження [14]. Професійні вимоги, пов'язані з жорсткою необхідністю міжособистісного спілкування при великій кількості стресових ситуацій, доповнюють уявлення про професійну діяльність лікаря як про екстремальну, стресогенну, таку, що приховує в собі небезпеку формування психічної і психосоматичної дезадаптації [15].

Особливо це стосується лікарів хірургічного профілю, структура особистості яких у процесі професійної діяльності зазнає постійного психотравмуючого впливу, що обумовлено характером організації праці, психологічним тиском з боку всіх учасників лікувального процесу та сприяє формуванню синдрому професійної дезадаптації [17].

Професійна дезадаптація визначається як стійке порушення активного процесу пристосування індивіда до умов професійної діяльності, викликане неможливістю реалізувати мету діяльності [23] або як будь-яке порушення динамічної рівноваги в системі «індивід – професійне середовище» [20]. Виділяють наступні показники професійної дезадаптації: втома, виснаження; психосоматичні розлади; безсоння; негативне ставлення до роботи; збіднення репертуару робочих дій; зловживання хімічними агентами: кавою, алкоголем, тютюном; відсутність апетиту або переїдання; негативна професійна «Я-концепція»; агресивні почуття (драгівливість, тривожність, занепокоєння, Perezбудження); пригнічений

Література

1. Верховин В. И. Содержание, структура и функции трудового поведения // Социология труда: Учеб. / Под ред. Н. И. Дряхлова, А. И. Кравченко, В. В. Щербины. – М.: Изд-во МГУ, 1993. – 162 с.
2. Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2004. — 288 с.
3. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: Учебное пособие для вузов. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. –
4. Підгорна О. В. Психологія особистості безробітного / Матеріали II Всеукраїн. наук.-практ. конф.; 2004 р. – Відп. ред. О. В. Киричук. – К.: Ін-т підготовки кадрів держ. служби зайнятості України, 2005. – С. 71.
5. Психологія особистості безробітного / Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 26 травня 2004 р. - Відп. ред. О. В. Киричук. – К.: Ін-т підготовки кадрів держ. служби зайнятості України, 2005. – 378 с.
6. Савчин М. В. Відповідальність: смисловий принцип мотиваційної регуляції поведінки особистості // Педагогіка і психологія. - 1996. - № 1. - С. 10 - 18.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ АДИКТИВНОГО ПОВЕДІННЯ В СИТУАЦІЇ БЕЗРАБОТИЦІ

Г. А. ПРИВ

В статье рассматриваются теоретические взгляды на психосоциальные предпосылки аддиктивного поведения в ситуации безработицы, а также факторы, способствующие аддиктивному поведению.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, безработица

PSYCHOSOCIAL CONDITIONS OF ADDICTIVE BEHAVIOR IN THE SITUATION OF UNEMPLOYMENT

G. PRIV

The paper examines the theoretical perspectives on the psychosocial conditions of addictive behavior in a situation of unemployment, as well as factors contributing to the addictive behavior

Keywords: addiction behavior, unemployment

УДК 614.23:617-089:811.161.2'42

Н. Г. Пшук, А. О. Камінська

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Ключові слова: професійна дезадаптація, лікарі хірургічного та терапевтичного профілю, копінг-поведінка

Останнім часом наука все частіше звертається до проблеми впливу професійної діяльності на особистість фахівця з метою детального вивчення аспектів професійної деформації [4; 5; 13; 16; 20; 32; 35]. Особливо це стосується представників так званих комунікативних професій, тобто професій системи «людина-людина», тісно пов'язаних з інтенсивною та емоційно напруженою взаємодією з людьми, зокрема медичних працівників [26]. Як зазначає Н. В. Грішина (2001), робота з людьми потенційно містить в собі небезпеку важких переживань, пов'язаних із робочими ситуаціями та ймовірність виникнення професійного стресу [12].

Професія лікаря має важливе соціальне значення, оскільки на медичних працівників покладається відповідальність не лише за стан фізичного здоров'я пацієнта, який довірив лікарю своє життя, але й за його психічне здоров'я та соціально-психологічну реабілітацію. Роль лікаря є вирішальною і провідною на всіх етапах лікувально-діагностичного та реабілітаційного процесів [5].

Професійна діяльність працівників медичної сфери характеризується необхідністю роботи в умовах підвищеного інтелектуального й психоемоційного напруження [5; 26], дефіциту часу та інформації [31; 41; 50], високого рівня відповідальності за здоров'я та життя пацієнтів [34; 44]. Медичні працівники постійно перебувають у колі як власних життєвих проблем, так і проблем своїх пацієнтів, зазнаючи подвійного

соціально-психологічного навантаження [14]. Професійні вимоги, пов'язані з жорсткою необхідністю міжособистісного спілкування при великій кількості стресових ситуацій, доповнюють уявлення про професійну діяльність лікаря як про екстремальну, стресогенну, таку, що приховує в собі небезпеку формування психічної і психосоматичної дезадаптації [15].

Особливо це стосується лікарів хірургічного профілю, структура особистості яких у процесі професійної діяльності зазнає постійного психотравмуючого впливу, що обумовлено характером організації праці, психологічним тиском з боку всіх учасників лікувального процесу та сприяє формуванню синдрому професійної дезадаптації [17].

Професійна дезадаптація визначається як стійке порушення активного процесу пристосування індивіда до умов професійної діяльності, викликане неможливістю реалізувати мету діяльності [23] або як будь-яке порушення динамічної рівноваги в системі «індивід – професійне середовище» [20]. Виділяють наступні показники професійної дезадаптації: втома, виснаження; психосоматичні розлади; безсоння; негативне ставлення до роботи; збіднення репертуару робочих дій; зловживання хімічними агентами: кавою, алкоголем, тютюном; відсутність апетиту або переїдання; негативна професійна «Я-концепція»; агресивні почуття (драгівливість, тривожність, занепокоєння, перезбудження); пригнічений

настрій та пов'язані з ним емоції: цинізм, песимізм, почуття безпорадності, безнадії, апатія, субдепресія; переживання почуття провини [23].

Порушення адаптації до професійної діяльності, що є багатовимірним та інтегральним процесом, істотно позначається як на ефективності діяльності окремих індивідів і робочих колективів, так і на стані здоров'я та тривалості активного періоду життя фахівця [22].

Згідно з І. С. Вітенко (2012) у виникненні та закріпленні дезадаптивних реакцій у лікарів особливу роль відіграють індивідуально-психологічні патерни реакцій, особистісні особливості і ті способи поведінки, які лікар реалізує в професійній діяльності. Будучи багаторівневим динамічним процесом, адаптація пов'язана зі змінами діяльності різних органів і систем організму і визначає рівень психофізіологічного і психічного здоров'я людини та ступінь загальної ефективності діяльності на біологічному, психічному і соціально-психологічному рівнях [7].

За Ю. А. Александровським (1976) виникнення станів професійної дезадаптації виникає не при дезорганізації окремих підсистем, що визначають психічну активність, а лише за умови порушення функціональних можливостей усієї системи в цілому [4]. Професійна адаптація - це багаторівневий, функціонально детермінований процес адаптації до праці, що складається з фізіологічних, індивідуально-психологічних, поведінкових та соціальних компонентів [25]. Відповідно для контролю та оцінки професійної адаптації використовуються наступні критерії [20; 22]:

1. Психофізіологічні критерії, що враховують стан і функціональні резерви організму людини, зокрема: розвиток несприятливих як для виконання роботи, так і для здоров'я процесів, станів і характеристик; відхилення функціональних показників систем і функцій за межі діапазону їх нормальних коливань, зміна стійкості функцій та адекватності реагування; збільшення часу відновлення функціональних показників та ін.
2. Економічні критерії, у тому числі показники ефективності та якості праці.
3. Психологічні критерії: задоволеність виконуваною роботою, налагодження ділових відносин з керівництвом, соціально-психологічна сумісність у колективі, прийняття цілей, норм і внутрішнього розпорядку організації.
4. Соціальні критерії, у тому числі плінність кадрів, виробничий травматизм та аварійність, захворюваність та кількість листів тимчасової непрацездатності і т. д. [25].

Спеціальними дослідженнями виявлено основні недоліки в організації та умовах праці, які негативно впливають на її ефективність, процес професійної адаптації та стан здоров'я працівників. До них належать: незручне робоче місце, недостатня забезпеченість необхідними матеріалами, неясність у визначенні посадових обов'язків, незручний режим роботи (початок і закінчення робочого дня, ступінь свободи та

ін.), відстань роботи від місця проживання, невисока заробітна платня, відсутність можливості підвищення кваліфікації, неясні перспективи просування по службі (кар'єри), недостатня кваліфікація керівництва, негативні особливості соціального середовища (соціально-психологічний клімат у колективі, можливості соціального забезпечення працівників) [25]. Серед об'єктивних факторів, що впливають на особливості адаптаційного процесу, відзначають наступні: вік, стать, індивідуальні особливості: тип нервової системи (особливо за характеристикою рухливості-інертності), мотивація, самостійність, схильність до співпраці, адекватна самооцінка особистісних якостей і професійних можливостей, самоконтроль, емоційна стійкість, рівень тривожності).

Професійний стрес та дезадаптація серед лікарів привертають велику увагу науковців. Tiffany H. Taft (2011) повідомляє, що впродовж останнього десятиліття відзначається загальне зниження рівня задоволеності роботою у медичних працівників. Такі дані щільно корелюють із підвищенням рівня професійного стресу та емоційного вигорання, які, у свою чергу, пов'язані зі зростанням кількості звільнень, психологічним та фізичним дистресом та підвищенням рівня стресу загалом. На додачу, якість допомоги пацієнтам, взаємини в системі лікар-пацієнт та комплаєнс зазнають негативного впливу через професійний стрес та дезадаптацію лікарів, що перетворює дане питання на складну багатовимірну проблему [51].

Незважаючи на досить велику кількість досліджень професійної та соціальної дезадаптації, досі немає єдності в розумінні психологічного сенсу цих явищ, а також їх співвідношення і шляхів розвитку, зокрема, стосовно конкретної соціально-професійної групи медичних працівників. Особливої уваги в цьому зв'язку заслуговує те, що при подібному впливі професійної діяльності на медичних працівників, ступінь їх професійної дезадаптації значно відрізняється, а більш ніж у третини – відсутня [10]. Теоретичний аналіз проблеми вказує на те, що така різниця може обумовлюватися розходженням особистісних особливостей медичних працівників. У дослідженнях Б. А. Ясько (2003) розглядаються фактори ризику розвитку професійної дезадаптації медичних працівників. Виділяються: соціальні; діяльнісні; суб'єктивні та індивідуально-особистісні фактори [27; 28; 29].

Професійна діяльність лікарів хірургічного профілю характеризуються особливо несприятливою сукупністю професійних стресорів. Серед них – перевищення встановленої законодавством тривалості робочого часу на 20÷60%, вплив інфекційних агентів, висока напруженість праці, обумовлена нераціональним режимом праці та надзвичайно високим виробничим навантаженням, надвисоким рівнем відповідальності, глибока невдоволеність суперечністю між трудовим навантаженням, соціальною значимістю праці та низьким економічним еквівалентом [9]. J. Glickson (2012) розглядає проблему т. зв. ергономічного болю у хірургів, пов'язаного з надвисоким навантаженням на опорно-рухову систему.

Дослідження за участі 1407 лікарів-хірургів, проведене Медичним центром Стенфордського університету у 2011 році показало, що 61% опитаних лікарів-хірургів мають симптоми фізичного дискомфорту під час виконання оперативних втручань [40].

Згідно з James J. Bittner et al. (2011), на хірургічний результат впливає багато факторів: традиційно хірургічний ризик оцінюється перш за все за стадією хвороби пацієнта, супутніми захворюваннями, складністю лікувальних процедур; натомість приділяється відносно мало уваги ролі організації лікувального процесу. Проте така точка зору почала змінюватися впродовж останнього десятиліття - поглиблюється розуміння факторів, що впливають на безпеку пацієнтів, зокрема зростає визнання індивідуального впливу лікарів на результативність хірургічної допомоги, зокрема значення комунікації з іншими лікарями та навколишнім середовищем як системою, яка часто є критичним фактором щодо виникнення лікарських помилок [31]. Професійна дезадаптація може призводити до порушень комунікації, які є повсякчасною загрозою для хірургічної безпеки, проте даних, необхідних для спрямування зусиль на покращення комунікації між лікарями, досі бракує [41]. Peter Mills (2008) дійшов висновку, що невдачі координації та комунікації в хірургічній бригаді призводять до багатьох негативних наслідків, у т. ч. до підвищення рівня смертності у відділеннях інтенсивної терапії, збільшення тривалості перебування пацієнтів у таких відділеннях, інтенсивнішого післяоперативного болю в поєднанні з низьким рівнем функціонування пацієнтів тощо [50].

За даними А. Р. Галімова (2006) [9], лікарі-хірурги негативно оцінюють організацію праці в лікувальному закладі, ставлення безпосередніх керівників до питань профілактики стресу, ступінь захищеності від професійного стресу, а також реальні можливості активно впливати на робочі обставини та брати участь у прийнятті управлінських рішень. Дане дослідження вказує на низький рівень соціального оптимізму, ознаки низької та дуже низької стресостійкості у 45,5% та вегетативної дисфункції у 70% досліджуваних хірургів.

Дослідженнями А. П. Мальцевої (2008) доведено наявність у хірургів, терапевтів і реаніматологів психовегетативного синдрому [18], у структурі якого провідне місце належить тривожним, депресивним і астеничним проявам, асоційованим із сомато-вегетативними змінами, що призводить до зниження якості життя. Порушення частіше реєструються у терапевтів зі стажем роботи понад 15 років, у хірургів у групі зі стажем роботи понад 17 років. Для всіх груп фахівців характерні кореляційні зв'язки між виразністю вегетативних і емоційних порушень і підвищенням артеріального тиску, що дозволяє розглядати вегетативну дисфункцію у даних груп фахівців як предиктор артеріальної гіпертензії.

Ю. М. Орлов та І. І. Косарев (1989) також наводять результати психологічного дослідження лікарів-хірургів і лікарів-терапевтів [21]. Терапевти продемонстрували меншу безпосередність емоцій, розвиненіше почуття дистанції, їм було властиве прагнення до зменшення

монотонності у своїй діяльності, тенденції до самостійності в судженнях, схильність максимально контролювати ситуацію, орієнтуватися на власні можливості. Вони характеризувалися найбільш вираженою потребою у схваленні своєї діяльності та позитивному емоційному супроводі професійної діяльності. Переважання мотивації досягнення успіху над мотивацією уникання невдач у хірургів виражено менше ніж у лікарів інших спеціальностей, що автори пояснюють специфікою праці хірурга, при якій недостатнє врахування реально можливих невдач може призвести до очевидних для оточуючих несприятливих наслідків.

Порівняльне дослідження особистісних особливостей хірургів та терапевтів за тестом Роршаха [44] не виявило відповідних суспільним стереотипам відмінностей. Так, не було виявлено відмінностей в емоційній чуйності, тенденції ставитися до людей безособистісно, тактовності, соціальному інтелекті, рівні екстраверсії-інтроверсії, інтелектуальних амбіціях, здатності контролювати тривогу, емоційній нестабільності. Проте хірурги виявились більш емоційно нестриманими та ригідними у порівнянні з лікарями інших спеціальностей. Ригідність виявилася пов'язаною з когнітивним стилем, оскільки хірурги звертали більше уваги на деталі при підтвердженні гіпотези та винесенні рішень, більше орієнтувалися на докази і були менш гнучкими при вирішенні проблеми. Таким чином, хірурги є більш реалістичними, тверезими та більше орієнтовані на доказові дані.

За словами R. S. Lazarus (1993) [46], стрес і його подолання – це «дві сторони однієї медалі», а подолання стресу – центральна проблема здоров'я. На думку А. Antonowski [30], вироблення ефективних стратегій подолання труднощів є основою професійної самореалізації особистості.

В. А. Абабков і М. Перре (2004) [1] відзначають, що адаптація людини до ситуації (ефективність копінг) може бути визначена на основі суб'єктивної оцінки з опорою на об'єктивні дані. Аналіз адаптації може фокусуватися на трьох співвідношеннях: між суб'єктивним сприйняттям ситуації і відповіддю на суб'єктивне сприйняття; між суб'єктивним сприйняттям ситуації і об'єктивними характеристиками ситуації; між адаптивною відповіддю та об'єктивними вимогами ситуації.

Згідно з Cordula M. Wetzel et al. (2008) потреба лікарів хірургічного профілю в ефективних копінг-стратегіях очевидна, оскільки ефективна копінг-поведінка сприятиме підвищенню якості досвіду хірургів та результативності оперативних втручань. На сьогодні хірурги напружують такі копінг-стратегії індивідуально у процесі навчання та подальшої практики, шляхом спостереження та методом спроб і помилок. Незважаючи на заклики в літературі, стратегії стрес-менеджменту рідко входять до освітніх програм для лікарів хірургічного профілю [34].

Важливим завданням медичної психології є розробка методичних підходів до діагностики, корекції та профілактики станів психічної дезадаптації та професійної

деформації особистості лікарів, що працюють в умовах тривалого та інтенсивного професійного стресу. Розгляд цієї проблеми тільки в аспекті дефіциту та шкоди, яку завдає особистості професійний стрес є явно недостатнім. Не менш важливим є вивчення механізмів стрес-долаючої поведінки (копінгу), як однієї з усвідомлених і активних форм психологічної адаптації людини до стресогенних умов життя і професійної діяльності [1].

До сьогодні проблема розвитку та специфіки проявів професійної дезадаптації у лікарів систематично не вивчена. Основна увага дослідників сконцентрована на вивченні синдрому вигорання як одного з найбільш типових і виражених негативних проявів професійної дезадаптації у сфері лікарської діяльності [26; 28].

Як видно з огляду літератури, дослідження професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю носять фрагментарний, а іноді і суперечливий характер. Так, в літературі відзначені суперечливі дані про зв'язок професійного стресу зі статтю, стажем і віком лікарів. Відсутні дані про взаємозв'язок можливих наслідків професійної дезадаптації у лікарів у вигляді тривожно-депресивної симптоматики, ворожості, порушень в оцінці свого соматичного статусу з особливостями копінг-поведінки і такими особистісними ресурсами, як локус контролю, рівень емпатії та афіліації. Крім того, дослідження професійної дезадаптації у лікарів в основному проводилися без врахування спеціальності, що не дає можливості поширювати отримані дані на всю професійну групу.

У зв'язку з цим необхідність поглиблення теоретичних уявлень щодо психологічних чинників розвитку професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, а також розробка відповідних програм психопрофілактики та психокорекції є особливо актуальними питаннями сучасної медичної науки.

Література

1. Абабков В. А., Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. / В. А. Абабков, М. Перре. - СПб.: Речь, 2004. - 165 с.
2. Александровский Ю. А., Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства). / Ю. А. Александровский. - М.: Наука, 1976. - 272 с.
3. Баишмакова О. В., Клинико-социальные особенности невротических расстройств врачей и педагогов, работающих с психически больными / Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2009. - 22 с.
4. Бессонов С. П., Профессиональная деформация личности. / С. П. Бессонов. - СПб.: Речь, 2004. 271 с.
5. Большакова Т. В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников. / Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. / Ярославль: ЯГУ им. П. Г. Демидова, 2004. - 173 с.
6. Быков И. Ю., Корзунин В. А., Петрукович В. М., Иванов А. О., Бондаренко И. В., Сравнительная оценка профессионально-важных качеств военных врачей в различных условиях деятельности // Воен. мед. журнал - 2001. №8. — С. 65-72.
7. Витенко И. С., Структура дезадаптивных реакция у врачей общей практики / И. С. Витенко. // Медична психологія, 2010, №4.
8. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2005. 336 с.
9. Галимов А.Р. Стресс на работе у врачей-хирургов и его профилактика. — Автореф. дис. канд. мед. наук. — Москва, 2006
10. Гафарова Н. В. Влияние личностных особенностей на социальную и профессиональную дезадаптацию на примере исследования медицинских работников. / Н. В. Гафарова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. — 2011. - №42. Серия Психология. — Вып.15. — С. 84-91
11. Грановская Р. М. Психологическая защита.— СПб.: Речь, 2007.— 474 с.
12. Гришина Н. В. Психология социальных ситуаций / Составитель Н. В. Гришина. 2001. С. 153–159.
13. Зеер Э. Ф., Сьманюк Э. Э. Кризисы профессионального становления личности. // Психологический журнал. -1997. - т. 18. - № 6. - С. 35-44.
14. Кровякова Е. А., Киричук В. Ф., Кодочигова А. И. Актуальность профилактики ишемической болезни сердца у врачей медико-социальной экспертизы // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 2. С. 387–389.
15. Ларенцова Л. И. Профессиональный стресс стоматологов. М.: Медицинская книга. 2006. 153 с. 7.
16. Леонова А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. 2000. № 3. С. 4–21.
17. Ловчев А. Ю., Ванчакова Н. П., Корячкин В. А. Психологические и психофизиологические характеристики профессиональной дезадаптации, их динамика у анестезиологов-реаниматологов и хирургов. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. 2009. Вып. 3
18. Мальцева А. П. Клиническая характеристика психовегетативного синдрома, связанного с профессиональной деятельностью врача. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук — Пермь - 2008 - 23 с.
19. Маркова, А. К. Психология профессионализма Текст. / А. К. Маркова. - М.: Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996. — 308 с.
20. Никифоров Г. С. Психология профессионального здоровья. СПб.: Речь, 2006. 480 с.
21. Орлов Ю. М., Косарев И. И., Кузнецова Н. В. Культура общения врача. - М., 1989. - 47 с.
22. Панченко Л. Л. Адаптация к профессиональной деятельности: Учеб. пособие. — Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2006. — 35 с.
23. Решетников А. В. Институциональные изменения социокультурного паттерна здоровья и болезни. Социология медицины. — 2005. - № 2. — С.3-25
24. Решетников А. В. Социология медицины: учебник, Москва: ГЭОТАР-Медиа -2007 - 256с.
25. Юревиц А. Ж. Адаптация к профессиональной деятельности / Физиология трудовой деятельности // А. Ж. Юревиц, В. С. Аверьянов, О. В. Виноградов и др., — СПб.: Наука, 1993. — С.209–277
26. Юрвева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. Кострома.: Сфера, 2004. 272 с.
27. Ясько Б. А. О факторах риска профессионально-личностной дезадаптации в деятельности врача. / Б. А. Ясько / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2003. - №2. - С. 12-13.
28. Ясько Б. А. Психология медицинского труда / Учебное пособие. — Краснодар, 2003.
29. Ясько Б. А. Экспертный анализ профессионально важных качества врача. Психологический журнал. - т. 25, № 3. - 2004. - С. 71-78.
30. Antonowsky A. Health, Stress and Coping. San-Fransisko-London, 1985.
31. Balch M. Charles, MD; Julie A. Freischlag, MD; Tait D. Shanafelt, MD Stress and Burnout Among Surgeons. Understanding and Managing the Syndrome and Avoiding the Adverse Consequences. Archives of Surgery/VOL 144 (NO. 4), APR 2009, p.371-376
32. Bittner James G. IV, MD; Zarrish Khan, MD; Maya Babu, MD and Osama Hamed, MD Stress, burnout, and maladaptive coping: Strategies for surgeon well-being Bulletin of the American college of surgeons August 2011
33. Bolanowski W. Anxiety about professional future among young doctors. International Journal of occupational medicine and environmental health, 18, 2005.
34. Cordula M. Wetzel, Dipl.-Psych.a, Roger L. Kneebone, Ph.D., F.R.C.S., F.R.C.S.Ed., M.R.C.G.P.a, Maria Woloshynowych, B.Sc., Ph.D.a,

- Debra Nestel, B.A., Ph.D., Krishna Moorthy The effects of stress on surgical performance. *The American Journal of Surgery* 291, 2008, p. 5-10
35. Cox, T. *Stress*. London: McMillan Press, 1978.
 36. Dyrbye Lotte, MD, Daniel Satele, BA, Paul Collicott, MD, Paul J. Novotny, MS, Jeff Sloan, PhD, and Julie Freischlag, MD Burnout and Medical Errors Among American Surgeons *Annals of Surgery* • Volume XXX, Number X, XXX 2009, p.1-6
 37. Embriaco Nathalie, Laurent Papazian, Nancy Kentish-Barnes, Frederic Pochard and Elie Azoulay. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care* 2007, 13: p. 482-488
 38. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003;133:614-621.
 39. Ghetti Chiara, MD, Judy Chang, MD, Gabriella Gosman, MD Burnout, Psychological Skills, and Empathy: Balint Training in Obstetrics and Gynecology Residents *Journal of Graduate Medical Education*, December 2009, p.231-235
 40. Glickson Jeannie Surgeons experience more ergonomic stress in OR// *Bull Am Coll Surg* 97(4):20-6 (2012)
 41. Greenberg C Caprice, MD, MPH, Scott E Regenbogen, MD, DavidMStuddert, LLB, SCD, MPH, Stuart R Lipsitz, SCD, Selwyn O Rogers, MD, MPH, FACS, Michael J Zinner, MD, FACS, Atul A Gawande, MD, MPH, FACS. Patterns of Communication Breakdowns Resulting in Injury to Surgical Patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 2007, p. 533-540
 42. Isaksson E Karin Ro, Reidar Tyssen, Asle Hoffart, Harold Sexton, Olaf G Aasland and Tore Gude A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians *BMC Public Health*, 2010, 10:213
 43. King H. Stanley, Ph.D., Charles G. McArthur, Ph.D., and John C. Norman, M.D. Stress, burnout and maladaptive coping: Strategies for surgeon well-being. *Bulletin of the American College of Surgeons*, August 2011, p. 17-22
 44. King H. Stanley. The surgical personality: a comparison of medical and surgical residents with the Rorschach. / Stanley H. King, Ph.D., Charles G. McArthur, Ph.D., and John C. Norman, M.D.// *Cardiovascular Diseases, Bulletin of the Texas Heart Institute*, Vol. 2, No. 2, 1975. p. 17-128
 45. King M. B., Cockcroft A., Gooch C. Emotional distress in doctors: Sources, effects and help sought // *J. Roy. Soc. Med.* 1992. Vol. 85. № 10. P. 605-608.
 46. Lazarus R.S. Coping theory and research: Past, present, and future // *Psychosomatic Medicine*. -1993. -V. 55.- P. 234-247.
 47. Lingard L, Espin S, Whyte S, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004;13:330-334.
 48. Lyckholm Laurie Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *THE LANCET Oncology* Vol. 2 December 2009, p. 750-755
 49. Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg* 2006;202:746-752.
 50. Mills Peter, PhD, MS, Julia Neily Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety. *Journal of the American College of Surgeons*, 2008, p. 107-112
 51. Taft Tiffany H., PsyD, Laurie Keefer, PhD, and Rajesh N. Keswani, MD Friends, alcohol, and a higher power: an analysis of adaptive and maladaptive coping strategies among gastroenterologists *Journal of Clinical Gastroenterology: September 2011 - Volume 45 - Issue 8 - p e76-e81*

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІОНАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІ ВРАЧЕЙ ХІРУРГИЧЕСКОГО І ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФІЛЯ

Н. Г. Пшук, А. А. Каминская

В статті представлена загальна характеристика проблеми професійної дезадаптації лікарів хірургічного і терапевтичного профілю.

Ключові слова: професійна дезадаптація, лікарі хірургічного і терапевтичного профілю, копінг-поведення

THE PROBLEM OF PROFESSIONAL DISADAPTATION OF SURGERY AND THERAPEUTIC PROFILE DOCTORS

N. PSCHUK, A. KAMINSKA

The article presents general description of the professional disadaptation problem in surgery and therapeutic profile doctors.

Keywords: professional disadaptation, surgery and therapeutic profile doctors, coping-behavior

УДК 616.89:612.014

О. С. Чабан, И. А. Франкова

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСТРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ САМОИЗОЛЯЦИИ

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

Ключевые слова: социальная изоляция, острая социальная самоизоляция, аутодеструктивное поведение, виктимность

Современная жизнь порождает все новые социально-психологические синдромы и феномены [1]. С 2000 года в общественных организациях, занимающихся проблемами психического здоровья, явление острой социальной самоизоляции или «Нікікомогі» среди молодежи в Японии вызывает заметное беспокойство [14]. Информация об этом феномене быстро дошла до сведения общественности, широко распространившись в Интернете и средствах массовой информации. До сих

пор ученые не достигли консенсуса относительно единого мнения по руководству в дефиниции, диагностике и лечении острой социальной самоизоляции, что приводит к путанице при работе с данным расстройством в клинической практике [13].

Определение «Нікікомогі» представлено в Оксфордском словаре английского языка (Oxford English Dictionary, OED). В переводе с японского языка «Нікікомогі» - это аномальное избегание социального

- Debra Nestel, B.A., Ph.D., Krishna Moorthy The effects of stress on surgical performance. *The American Journal of Surgery* 291, 2008, p. 5-10
35. Cox, T. *Stress*. London: McMillan Press, 1978.
 36. Dyrbye Lotte, MD, Daniel Satele, BA, Paul Collicott, MD, Paul J. Novotny, MS, Jeff Sloan, PhD, and Julie Freischlag, MD Burnout and Medical Errors Among American Surgeons *Annals of Surgery* • Volume XXX, Number X, XXX 2009, p.1-6
 37. Embriaco Nathalie, Laurent Papazian, Nancy Kentish-Barnes, Frederic Pochard and Elie Azoulay. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care* 2007, 13: p. 482-488
 38. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003;133:614-621.
 39. Ghetti Chiara, MD, Judy Chang, MD, Gabriella Gosman, MD Burnout, Psychological Skills, and Empathy: Balint Training in Obstetrics and Gynecology Residents *Journal of Graduate Medical Education*, December 2009, p.231-235
 40. Glickson Jeannie Surgeons experience more ergonomic stress in OR// *Bull Am Coll Surg* 97(4):20-6 (2012)
 41. Greenberg C Caprice, MD, MPH, Scott E Regenbogen, MD, DavidMStuddert, LLB, SCD, MPH, Stuart R Lipsitz, SCD, Selwyn O Rogers, MD, MPH, FACS, Michael J Zinner, MD, FACS, Atul A Gawande, MD, MPH, FACS. Patterns of Communication Breakdowns Resulting in Injury to Surgical Patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 2007, p. 533-540
 42. Isaksson E Karin Ro, Reidar Tyssen, Asle Hoffart, Harold Sexton, Olaf G Aasland and Tore Gude A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians *BMC Public Health*, 2010, 10:213
 43. King H. Stanley, Ph.D., Charles G. McArthur, Ph.D., and John C. Norman, M.D. Stress, burnout and maladaptive coping: Strategies for surgeon well-being. *Bulletin of the American College of Surgeons*, August 2011, p. 17-22
 44. King H. Stanley. The surgical personality: a comparison of medical and surgical residents with the Rorschach. /Stanley H. King, Ph.D., Charles G. McArthur, Ph.D., and John C. Norman, M.D.// *Cardiovascular Diseases, Bulletin of the Texas Heart Institute*, Vol. 2, No. 2, 1975. p. 17-128
 45. King M. B., Cockcroft A., Gooch C. Emotional distress in doctors: Sources, effects and help sought // *J. Roy. Soc. Med.* 1992. Vol. 85. № 10. P. 605-608.
 46. Lazarus R.S. *Coping theory and research: Past, present, and future* // *Psychosomatic Medicine*. -1993. -V. 55.- P. 234-247.
 47. Lingard L, Espin S, Whyte S, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004;13:330-334.
 48. Lyckholm Laurie Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *THE LANCET Oncology* Vol. 2 December 2009, p. 750-755
 49. Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg* 2006;202:746-752.
 50. Mills Peter, PhD, MS, Julia Neily Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety. *Journal of the American College of Surgeons*, 2008, p. 107-112
 51. Taft Tiffany H., PsyD, Laurie Keefer, PhD, and Rajesh N. Keswani, MD Friends, alcohol, and a higher power: an analysis of adaptive and maladaptive coping strategies among gastroenterologists *Journal of Clinical Gastroenterology: September 2011 - Volume 45 - Issue 8 - p e76-e81*

ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Н. Г. Пшук, А. А. Каминская

В статье представлена общая характеристика проблемы профессиональной дезадаптации врачей хирургического и терапевтического профиля.

Ключевые слова: профессиональная дезадаптация, врачи хирургического и терапевтического профиля, копинг-поведение

THE PROBLEM OF PROFESSIONAL DISADAPTATION OF SURGERY AND THERAPEUTIC PROFILE DOCTORS

N. PSCHUK, A. KAMINSKA

The article presents general description of the professional disadaptation problem in surgery and therapeutic profile doctors.

Keywords: professional disadaptation, surgery and therapeutic profile doctors, coping-behavior

УДК 616.89:612.014

О. С. Чабан, И. А. Франкова

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСТРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ САМОИЗОЛЯЦИИ

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

Ключевые слова: социальная изоляция, острая социальная самоизоляция, аутодеструктивное поведение, виктимность

Современная жизнь порождает все новые социально-психологические синдромы и феномены [1]. С 2000 года в общественных организациях, занимающихся проблемами психического здоровья, явление острой социальной самоизоляции или «Нікікомогі» среди молодежи в Японии вызывает заметное беспокойство [14]. Информация об этом феномене быстро дошла до сведения общественности, широко распространившись в Интернете и средствах массовой информации. До сих

пор ученые не достигли консенсуса относительно единого мнения по руководству в дефиниции, диагностике и лечении острой социальной самоизоляции, что приводит к путанице при работе с данным расстройством в клинической практике [13].

Определение «Нікікомогі» представлено в Оксфордском словаре английского языка (Oxford English Dictionary, OED). В переводе с японского языка «Нікікомогі» - это аномальное избегание социального

контакта, как правило, у юношей. Таким термином также описывают человека, который избегает социальных контактов [11].

Термин «Хикикомори» описывает психопатологический и социальный феномен, для которого характерно полное уединение / отчуждение от общества в течение 6 месяцев или дольше. (Saito, 1998; Watts, 2002; Kaneko, 2006, Kouyama A., 2010).

Острая социальная самоизоляция характеризуется изменением поведение, которое содержит как элементы социального отчуждения (без участия в жизни общества, по крайней мере, шесть месяцев), так и социальной изоляции (прекращение отношения вне семьи во время изоляции) [7]. Так же отмечается смена ценностей от коллективизма к индивидуализму; нежеланием принимать существующие социальные нормы; смутным ощущением всемогущества и избеганием выполнения работы, требующей усилий [4].

Данный социальный феномен учеными впервые был описан в конце 1970-х и касается в основном тех, кто родился после 1970, то есть то поколение, которое растет на домашних видеоиграх и в эпоху высоких темпов экономического роста.

Молодые люди в состоянии острой социальной самоизоляции, как правило, чувствуют себя подавленными, только когда они находятся на работе, в школе или институте, в остальное время они погружены в виртуальный мир Интернета, видеоигр. Таким образом, люди с Хикикомори испытывают трудности в адаптации к социуму. Они изолируются от контакта с семьей, становятся отшельниками в домах своих родителей, редко имеют друзей и не посещают школу или работу [6].

Степень социальной изоляции увеличивается постепенно. При первых проявлениях острой социальной самоизоляции, люди чувствуют себя и выглядят несчастными, усиливается чувство неполноценности, небезопасности, общаются с людьми все меньше. Нередко они подвергаются унижениям в школе, испытывают повышенную чувствительность к критике со стороны других, испытывают давление со стороны родителей, которые требуют от них успехов, выполнения социальных требований [3].

Данный социальный феномен привлек внимание ученых относительно недавно и вопрос о факторах риска для острой социальной самоизоляции остается открытым. В ходе изучения факторов, которые могут быть рассмотрены в качестве причин возникновения Хикикомори, было установлено, что биопсихосоциальный подход дает наиболее полный ответ на этот вопрос. Биологические, психологические и социальные факторы играют важную роль в возникновении данного психического состояния. К биологическим факторам относят психические расстройства и нарушения развития. Психологические факторы включают опыт физического и эмоционального насилия со стороны сверстников, издевательства, а так же опыт виктимизации, или чувство неудачи на своем рабочем месте. К социальным факторам, содержащие факторы окружающей среды, относят

чрезмерно опекающий стиль воспитания и воспитание в неблагополучных семьях [12].

С нашей точки зрения, так же к социальным факторам стоит отнести следующие современные социальные тенденции. Модернизация общества: хронический дефицит времени, который приводит к патологической гиперкомпенсации в виде излишка времени без его рационального использования. Быстрая и массовая урбанизация. Завышенные требования от социума, подмена жизненных целей от глобальных, простых и понятных до мелких, сложных и безыдейных. Мощный рост алекситимии как социального запроса [1; 2].

Некоторые ученые считают, что острая социальная самоизоляция может рассматриваться как форма интернет зависимости и является индикатором пандемии психологических проблем связанных с глобальным использованием Интернетом и появлением новой субкультуры людей «проживающих» в Интернете [8].

Острая социальная самоизоляция рассматривается нами как проявление синдромов новой эпохи в частности, синдрома поколения «Нет», синдрома Йозефа К. [1]. Синдром Йозефа К. – скрытый массовый нигилизм. Проявляется в кризисных обществах в виде косвенных нигилистических действий (тотального недоверия, критиканства, пессимизма и некоторых проявлениях «синдрома Холлидея»). Часто ассоциируется с понятием «социальная депрессия», но в отличие от последнего, носит скрытый характер и не характеризуется динамическими проявлениями. Синдром поколения «Нет» – вариант массового нигилизма («синдром Йозефа К.») – поведение подростков и юношей в виде неприятия общепринятых ценностей общества. Безапелляционное и немотивированное отрицание и отвержение любых предложений старшего поколения [1; 2].

Основываясь на наших клинических наблюдениях за поведением пациентов с острой социальной самоизоляцией, были выделены следующие психопатологические особенности. Люди испытывают злость на себя за свою неполноценность и за то, что не могут преодолеть свою проблему, предпринимают аутоагрессивные действия (наносит раны, пытаются покончить с собой), испытывают гнев, проявляют враждебность к своим родителям, вплоть до насильственных действий, особенно когда те требуют от них выйти из своих комнат.

Острая социальная самоизоляция рассматривается нами как социальное явление, при котором изначально происходит отторжение индивида от других индивидов или социальных групп и, как результат, происходит прекращение или резкое сокращение социальных контактов и взаимоотношений. Будучи униженными либо отвергнутыми в школе, жертвы психологического и физического насилия со стороны сверстников подсознательно выбирают социальную изоляцию, как крайний способ адаптации к болезненным переживаниям отвержения в контакте с окружающей средой вследствие виктимизации.

Виктимизация представляет собой глобальный опыт переживания беспомощности и бессилия в

противостоянии с долгосрочной ситуацией пренебрежения, насилия, хаоса, непредсказуемости. При острой социальной самоизоляции люди испытывают трудности в снижении эмоционального напряжения вследствие воздействия таких условий. Для них характерна низкая толерантность к фрустрации, заниженная самооценка, нарушение ощущения базовой безопасности (которое не редко маскируется под самодостаточность и псевдонезависимость либо проявляется в самоотверженности, самопожертвовании). А так же внутреннее беспокойство, которое они описывают, как ощущение необходимости постоянно бороться с неопределенной угрозой (экзистенциальная тревога), из-за неспособности называть переживаемые эмоции (алекситимии), приводит к возникновению психосоматических расстройств. Все это снижает возможность обеспечить себе адекватную психологическую защиту, заботиться о своей безопасности. Они становятся жертвами насилия повторно, не осознавая этого. Данные закономерности отображены на рис. 1.

В возникновении виктимного поведения играют роль как опыт физического, так и эмоционального насилия. Влияние эмоционального насилия часто недооценивается, так как его труднее обнаружить, хотя последствия могут быть столь же сильными, как и при физическом и сексуальном насилии.

В процессе виктимизации формируется «Я-образ» жертвы, психологический профиль которого включает в себя всеобъемлющее чувство беспомощности, пассивности, ощущение потери контроля, пессимизм, негативное мышление, сильные чувства вины, стыда. Этот способ мышления может привести к безнадежности и отчаянию. «Я-образ» жертвы служит целому ряду задач:

чтобы оправдать злоупотребления других, манипулировать другими, возникает как стратегия выживания или как поиск внимания со стороны окружающих.

Обращаясь к опыту исследования феномена острой социальной изоляции в мировой психиатрии, мы обнаружили следующие данные. В 2006 году группой исследователей Koyama A., Miyake Y., Kawakami N., Tsuchiya M., Tachimori H., Takeshima T. было проведено эпидемиологическое исследование: «Распространенность сопутствующих психических расстройств и демографические корреляты Хикикомори среди разных возрастных групп населения Японии». Цель данного исследования заключалась в уточнении распространенности острой социальной самоизоляции и изучении связи между Хикикомори и другими психическими расстройствами [6].

В ходе данного исследования ученые определили острую социальную самоизоляцию как психопатологическое явление, для которого характерно полное отчуждение от общества на протяжении 6 месяцев или дольше.

Репрезентативная выборка составила 4134 человек, проживающих в Японии. Для респондентов в возрасте 20-49 лет (n = 1660). В целом 1,2% респондентов ответили, что в своей жизни они испытывали состояние острой социальной самоизоляции. Среди них 54,5% также испытывали такие психические расстройства как нарушение настроения, тревожно фобическое расстройство, расстройство привычек и поведения, расстройство личности, злоупотребление психоактивными веществами. Респонденты, которые пережили состояние острой социальной самоизоляции, были в 6,1 раза более подвержены риску возникновения нарушения настроения. Всем респондентам так же был задан вопрос: есть ли у вас дети, испытывающие в настоящее время острую



Рис. 1. Влияние различных психологических факторов и феноменов на развитие острой социальной самоизоляции

социальную самоизоляцию, 0,5% опрошенных ответили положительно.

Исследование показало, что распространенность Хикикомори среди взрослого населения Японии составляет более 1%. Хотя психические расстройства часто сопутствуют Хикикомори, в половине случаев острая социальная самоизоляция встречается без сопутствующих психических расстройств.

Возникает закономерный вопрос: является ли острая социальная самоизоляция не более чем общим ответом на модернизацию Японии? На самом деле, несколько случаев острой социальной самоизоляции были зарегистрированы в Корее, Омане и Испании, что привело к спору о том, является ли острая социальная самоизоляция характерной только для Японии (культурно-специфический синдром) и связана с особенностями культуры этой страны, или это новая форма дезадаптации или психиатрического расстройства.

Чтобы выяснить, существует ли в других странах острая социальная самоизоляция и если да, то каким образом данный феномен диагностируется и лечится, группой исследователей из Японии было проведено предварительное международное исследование [4]. Специально составленный опросник, включающий в себя так же описание клинических случаев острой социальной самоизоляции, был направлен к психиатрам Австралии, Бангладеш, Индии, Ирана, Японии, Кореи, Тайваня, Таиланда и США. Участники исследования оценивали распространенность острой социальной самоизоляции в своей стране, возможную этиологию данного явления, методы диагностики, риск самоубийства и лечение.

Из 247 полученных ответов (123 из Японии и 124 из других стран), 239 были включены в анализ. Острая социальная самоизоляция наблюдается во всех исследованных странах и чаще встречается в городах, это свидетельствует о том, что модернизация играет важную роль в возникновении данного явления.

Биопсихосоциальный, культуральный и экологический факторы были перечислены в качестве вероятных причин возникновения острой социальной самоизоляции, и различия в ответах между странами не были значимыми. Японские психиатры предложили лечение в амбулаторных отделениях, а некоторые психиатры предполагают, что психиатрическое лечение не является обязательным. Психиатры других стран предпочли более активное лечение, такое как госпитализация.

Многие респонденты предположили, что текущий перечень нозологий в международном руководстве по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-IV) не может адекватно охватить концепцию острой социальной самоизоляции. Исходя из данных ряда эмпирических исследований, вышедших в Японии, большинство случаев Острая социальная самоизоляция, сходна в диагностических критериях с множеством существующих в DSM-IV психических расстройств. Тем не менее, заметное подмножество случаев острой социальной самоизоляции со значительной психопатологией

не соответствуют критериям ни одного существующего в классификации психического расстройства. В июне 2010 Алан Тео в своей статье «Хикикомори, японский культурно-специфический синдром острой социальной самоизоляции: предложение для DSM-5» перечислил следующие диагностические критерии:

- большую часть дня и почти каждый день человек проводит дома, в отдельной комнате;
- отмечается явное и стойкое избегание ситуаций социальных контактов (посещение школы или работы) и социальных отношений (дружба, контакты с членами семьи);
- социальная изоляция служит сильным препятствием для личностного и социального функционирования в профессиональной, академической, общественной деятельности или межличностных отношениях;
- человек воспринимает уход от социума эго-синтонным, данное поведение может быть неприятно другим, но не доставляет неудобства самому человеку;
- характерно для лиц в возрасте менее 18 лет, продолжительность изоляции не менее 6 месяцев;
- дифференциальная диагностика исключает возникновение социального отчуждения по причинам другим психических расстройств, таких как: социальная фобия (уклонение от социальной коммуникации из-за страха быть смущенным), большое депрессивное расстройство (социальная изоляция как отражение нейровегетативных симптомов депрессии), шизофрения (отчуждение из-за продуктивной/негативной симптоматики), тревожное расстройство личности (уклонение от социальной коммуникации вследствие страха быть раскритикованным или отвергнутым), что отображено на рис. 2 [9].



Рис. 2. Дифференциальная диагностика острой социальной самоизоляции с другими психиатрическими заболеваниями

Как и для многих других психических расстройств, лечение острой социальной самоизоляции часто включает в себя сочетание психотерапии и психофармакологии. Используют следующие виды психотерапии: семейная терапия, при участии пациента и его родителей; психотерапия сфокусированная на детских травмах; лечение воздействием с целью постепенного увеличения количества социальных контактов; терапия средой, которая включает межличностное взаимодействие и совместную деятельность с другими отшельниками; профессиональная реабилитация.

В первую очередь необходимо добиться того, чтобы пациенты, испытывающие острую социальную самоизоляцию, стали покидать свою комнату и выходить из своих домов. Наибольшего успеха достигают при помощи комбинации терапии воздействия и психотерапии средой. В Японии был создан своего рода открытый клуб, где пространство клуба воспринимается как безопасное место для группового взаимодействия. Его сотрудники обучают участников навыкам социального взаимодействия, поддерживается жесткое планирование деятельности, в группах поддержки избегают присвоения ярлыка «пациент», участникам групп помогают узнать о своих индивидуальных особенностях и способностях. Проведя год или более в такой среде, участники показывают заметное улучшение и в состоянии вернуться в общество (Nabeta, 2003) [10]. Результаты работы указывают на повышение уверенности в себе, участие в общественной деятельности, а также частичной реинтеграции в общество (Ogino, 2004) [10]. Свою эффективность так же показал акцент на работе с семьями. Он включает в себя демонстрации обучающих видеолекций о данном состоянии для родителей и участие семей в специальных группах поддержки на протяжении нескольких месяцев. Эти мероприятия приводят к улучшению коммуникации внутри семьи и с пациентом, а так же к возвращению в социальную среду, школу или на работу [5].

Стратегии лечения острой социальной самоизоляции часто меняются и не имеют под собой твердой доказательной базы. Планируется дальнейшее международное исследование, предметом изучения которого станет вопрос, соответствует ли острая социальная самоизоляция необходимым критериям, для того что бы получить статус нового психического расстройства в DSM-V. Необходимы так же дальнейшие популяционные и перспективные исследования, которые смогут охарактеризовать и обеспечить доказательную базу для лечения этого состояния.

Таким образом, психиатры различных стран воспринимают острую социальную самоизоляцию как феномен, который может возникнуть в любой культурной среде. Хикикомори не может быть просто результатом влияния японской культуры, а, скорее, он может быть индикатором пандемии психологических проблем, в условиях социально-экономической трансформации, из-за глобального пользования Интернетом, с которыми обществу придется столкнуться в ближайшем будущем.

Не смотря на то, что социальная изоляция это поведение, которое можно увидеть в самых разных условиях, распространенность, степень нарушения и продолжительность симптомов острой социальной самоизоляции выступают за более внимательное рассмотрение этого психического состояния.

Транскультуральные исследования подтверждают наличие острой социальной самоизоляции в других странах мира. На территории Украины этот феномен ранее не изучался. Собственное пилотное исследование на 8 случаях подтверждает наличие этого феномена в Украине и необходимость дальнейшего изучения в

рамках таких диагностических категорий как: социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство, тревожно-фобические расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, тревожное расстройство личности, органическое расстройство личности, депрессивное расстройство, шизофрения.

Совершенно очевидно, что назрела необходимость серьезно заняться изучением подобных синдромов, что позволило бы получить достоверные клинические описания, а так же прояснить уровень распространенности и характер течения расстройств.

Важным вопросом остается определение вклада психических расстройств в развитие и течение острой социальной самоизоляции, потому, что такое знание дало бы ключ к организации медицинской помощи этой психопатологии.

Актуальным является определение этиопатогенетических факторов острой социальной самоизоляции, клинических факторов predisпозиции. Так же актуальность обусловлена отсутствием достаточно четких диагностических границ для раннего выявления данного психического феномена и поведения. Приведенные данные подтверждают необходимость разработки новых и усовершенствования существующих мер, направленных на профилактику и эффективную коррекцию острой социальной самоизоляции.

Литература

1. Чабан О. С. Соціально-психологічні синдроми нової епохи, або чим доповнює час та суспільство психологічний словник // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2008. – Том 2. №1(2) – С. 60-65.
2. Чабан О. С., Хаустова О. О. Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання // Журн. психіатрії і мед. психології. – 2009. – № 3 (23). – С. 13–22.
3. Kato T.A. Introducing the concept of modern depression in Japan; an international case vignette survey / N. Shinfuku, D. Fujisawa [et al.] // *J Affect Disord.* 2011. – Vol. 26. (3). – P. 245-251.
4. Kato T. A. Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation / M. Tateno, N. Shinfuku [et al.] // *Soc Psych Psychiatr Epidemiol.* - 2011. - Published on-line.
5. Kondo N. On the background and prolongation of social withdrawal in adolescence // *Clinical Psychiatry J.* – 2001. – Vol. 45. (3). – P. 235-240.
6. Koyama A. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan / Y. Miyake, N. Kawakami, M. Tsuchiya, H. Tachimori, T. Takeshima // *J. Psychiatry Res.* - 2010. – Vol. 176. – P. 69-74.
7. Krieg A. Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model / J. Dickie // *Int J Soc Psychiatry.* - 2013. - Vol 59(1) – P. 61-72.
8. Sartorius N. Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad? / T. A. Kato, K.N. Naotaka, N. Shinfuku, S. Kanba // *The Lancet.* - 2011. – Vol. 378. Issue 9796. P. – 1070
9. Teo A.R. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5 / A.C. Gaw // *J. Nerv Ment Dis.* – 2010. – Vol. 198. – P. 444-449.
10. Teo A.R. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori // *J. Epub.* – 2009. – Vol. 56(2). – P. 178-185.
11. *Oxford Dictionaries: Oxford dictionary of english. 3rd edition. Oxford University Press, Oxford; 2010.*
12. Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey / M. Tateno, T. W. Park, T. A. Kato, W. Umene-Nakano // *BioMed Central Psychiatry.* – 2012. - Vol. 12. – P.169.
13. Sakamoto N. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman / R. G.

*Martin, H. Kumano, T. Kuboki, S. Al-Adawi // International Journal of
Psychiatry in Medicine. - 2005. - Vol. 35(2). - P.191–198.*

*14. Watts J. Public health experts concerned about “hikikomori” //The
Lancet. 2002. – Vol. 359. – P. 1131.*

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОСТРОЇ СОЦІАЛЬНОЇ САМОІЗОЛЯЦІЇ

О. С. ЧАБАН, І. О. ФРАНКОВА

Стаття присвячена розгляду нової дефініції - гострої соціальної самоізоляції, проаналізований вплив біопсихосоціальних факторів та інших можливих причини виникнення даного феномену, зв'язок гострої соціальної самоізоляції з реалізацією віктимної поведінки. Також у статті звернено увагу на актуальність розгляду даного феномену та діагностичні критерії гострої соціальної самоізоляції.

Ключові слова: соціальна ізоляція, гостра соціальна самоізоляція, аутодеструктивна поведінка, віктимність

SOCIAL MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE SOCIAL WITHDRAWAL

O. CHABAN, I. FRANKOVA

The article is devoted to the new definition - acute social withdrawal, it was analyzed the impact of biopsychosocial factors and other possible causes of the phenomenon on acute social withdrawal, it was analyzed the connection with the implementation of victim behavior. Also in the article relevance and diagnostic criteria of acute social withdrawal were pointed.

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.895.8:02-036

Ю. А. Войтенко

ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ХВОРИМИ НА ШИЗОФРЕНІЮ

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

Ключові слова: шизофренія, вживання психоактивних речовин, канабіноїди

Шизофренія є тяжким психічним розладом, що характеризується високим рівнем коморбідності з залежністю від психоактивних речовин (ПАР) [1].

Порівняно небагато досліджень присвячено вивченню впливу вживання ПАР на маніфестацію, перебіг шизофренії, особливості формування дефектних станів та рівень соціального функціонування.

Супутнє зловживання діагностують у 47% хворих на шизофренію, протягом різних періодів життя [2]. В одному із масштабних досліджень доводиться, що поширеність вживання ПАР у пацієнтів, хворих на шизофренію у 4,6 разів вища, ніж у загальній популяції [3].

Дослідження хворих із першим психотичним епізодом свідчить, що зловживання ПАР асоційоване з ранньою маніфестацією шизофренії [4]. Крім того, в разі вживання ПАР перебіг шизофренії характеризується перевагою в клінічній картині психотичного епізоду продуктивної психопатологічної симптоматики, схильністю до шубоподібного перебігу, більшою частотою рецидивів, тривалішими госпіталізаціями, підвищеним ризиком скоєння насильницьких дій та самогубства [5, 6]. Хворим на шизофренію з коморбідною залежністю від ПАР властивий вищий рівень безробіття, антисоціальна поведінка під час ремісій. Психопатоподібні стани, зумовлені абстинентними розладами у поєднанні з дефіцитарними емоційно-вольовими порушеннями, часто ведуть до проблем із законом. Висока схильність до побічної дії при прийомі антипсихотичних препаратів, ризик виникнення екстрапірамідної симптоматики, анозогнозія зумовлюють у таких хворих надзвичайно низький рівень комплаєнтності [2].

З ПАР хворі на шизофренію найчастіше вживають канабіноїди. Більшість фахівців розглядають препарати канабісу як важливий фактор ризику маніфестації шизофренії [4;7].

Застосування методів нейровізуалізації дозволило встановити нейроморфологічні відмінності між хворими на шизофренію та особами із подвійною діагностикою шизофренії та залежності від ПАР. У осіб, що вживали ПАР, спостерігалися ознаки атрофії мозкових структур (значуще зменшення об'єму фронтальної та скроневої кори мозку, таламусу, гіпокампу, базальних гангліїв, мозочку) та вентрикулоділятації [8]. Ознаки мезолімбічного склерозу, ймовірно, пов'язані з когнітивними та

емоційними порушеннями при шизофренії, ускладненій залежністю від ПАР, були значно тяжчими. Зменшення розміру гіпокампу симетрично в обох півкулях було пов'язано з дефіцитом когнітивних функцій. Також у таких хворих відмічено зменшення загального об'єму верхньої скроневої звивини, що корелює з тяжкістю розладів мислення та слухових галюцинацій [9].

Таким чином, встановлено, що зловживання ПАР погіршує перебіг шизофренії, що може бути пов'язано зі склеротичними змінами в певних ділянках мозку. Проте дані про вплив зловживання ПАР на нейроморфологію мозку у хворих на шизофренію є протирічними і потребують подальшого вивчення [10].

Відомо, що серед хворих на шизофренію відсоток осіб, що зловживають ПАР, є вищим, ніж у загальній популяції, проте механізми цієї коморбідності залишаються недослідженими. Дискусійним також залишається питання про причинно-наслідковий зв'язок між залежністю від ПАР та преморбідними емоційно-вольовими порушеннями, маніфестними психічними розладами, клінічними проявами дефекту при ендогенно-процесуальних захворюваннях.

Метою нашого дослідження було вивчення поширеності вживання ПАР у хворих на шизофренію та встановлення механізмів цієї коморбідності.

Було обстежено 140 хворих у віці від 25 до 40 років. У групі дослідження середній вік складав $32,7 \pm 7,5$ (ПГП) та $33,9 \pm 0,2$ (ДГП). До дослідження свідомо були залучені лише чоловіки, через незначну поширеність вживання ПАР серед жінок. Рандомізовані хворі були розподілені на 2 групи: першу групу (ПГП) склали 91 особа з верифікованим діагнозом спектра шизофренії (F 20 – F 29), в анамнезі яких були наявні факти зловживання ПАР; другу групу (ДГП) склали пацієнти (n=49) залежні від ПАР за відсутності будь-яких даних про психотичні розлади. Діагноз підтверджувався на основі діагностичних критеріїв МКХ-10. Клінічні та соціально-психологічні особливості хворих досліджувалися з використанням шкали оцінки позитивних та негативних симптомів (PANSS) [10], формалізованої карти для дослідження впливу середовищних факторів на маніфестацію та перебіг психічних розладів, що включає оцінку суб'єктивного сприйняття пацієнтами причин та наслідків вживання ними ПАР. Дослідження

проводилося на базі УНДІ ССПН МОЗ України та Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні № 1 за умови інформованої згоди рандомізованих пацієнтів.

Результати дослідження

Соціально-демографічні дані всіх учасників свідчать про відсутність різниці між хворими зі вживанням ПАР та хворими з розладами шизофренічного спектра у поєднанні зі зловживанням ПАР за віковими, гендерними, расовими показниками та сімейним статусом, проте, виявлена значна різниця у рівні освіти та матеріальному статусі (табл. 1).

Так, пацієнти ДГП мали в середньому вищий рівень освіти, матеріального забезпечення та були більш успішними у професійному плані.

У пацієнтів ДГП частіше, ніж у пацієнтів ПГП, спостерігалися ознаки політоксикоманії, середня кількість уживаних ПАР складала в середньому в групах порівняння 1,7 та 1,4 відповідно. По спектру вживання ПАР між групами не було різниці лише у вживанні алкоголю. Що стосується вживання канабісу, то серед пацієнтів із подвійними розладами (ПГП) їх частка складала 88%,

тоді як у пацієнтів ДГП вживання канабіноїдів зустрічалося лише у 33%.

Для вивчення індивідуальної картини причинно-наслідкових чинників вживання ПАР досліджуваним пропонувалося відповісти на запитання про первинні причини вживання ПАР, фактори, які ведуть до подальшого вживання та рецидиву приймання речовини після припинення вживання ПАР (табл. 2). Умовно відповіді були розділені на два типи: внутрішні фактори, де причиною пацієнти називали зміни «в собі», серед яких відчуття незадоволеності, напруження, тривога, страх, відчуття «зміненості власного я та світу», різке підвищення чи зниження настрою; та зовнішні фактори, наприклад, стрес, важка праця, вплив оточення, вживання ПАР друзями, доступність. Дані фактори було розділено на три підгрупи: 1) причинні, завдяки яким особа вперше піддається вживанню ПАР: цікавість, бажання звернути на себе увагу, зняти напругу та інше; 2) сприяючі, завдяки яким особа піддається тривалому вживанню: спадкова схильність, вживання ПАР оточуючими, відсутність довірливих відносин з рідними, фінансові негаразди, чи,

Таблиця 1

Клінічна та соціально-демографічна характеристика рандомізованих пацієнтів

		ПГП n=91		ДГП n=49		t/χ ²	Коефіцієнт достовірності
		n	%	n	%		
Сімейний статус	Неодружені	38	41,8	16	32,7	1,114	0,363
	Одружені	53	58,2	33	67,3		
Рід занять	Працювали за професією	24	26,4	22	44,9	6,802	0,033*
	Працювали на малокваліфікованих роботах	43	47,3	13	26,5		
	Безробітні	24	26,4	14	28,6		
Залежність від ПАР	Алкоголь	75	82,4	39	79,6	0,168	0,820
	Канабіс	80	87,9	16	32,7	45,13	<0,001*

* коефіцієнт кореляції (P < 0,05)

Таблиця 2

Суб'єктивні фактори та наслідки вживання алкоголю пацієнтами

		ПГП n=75		ДГП n=35		t/χ ²	Коефіцієнт достовірності
		n	%	n	%		
Причинні фактори	Внутрішні	19	25,3	10	25,6	0,001	1,000
	Зовнішні	56	74,7	29	74,4		
Сприяючі фактори	Внутрішні	60	80,0	16	41,0	17,54	<0,001*
	Зовнішні	15	20,0	23	59,0		
Фактори рецидиву	Внутрішні	43	57,3	17	43,6	1,944	0,163
	Зовнішні	32	42,7	22	56,4		
Наслідки вживання алкоголю	Фізичні	73	97,3	38	97,4	1,89	0,348
	Психологічні	58	79,5	28	71,8	0,836	0,360
	Соціальні	17	23,3	14	35,9	2,019	0,186

* коефіцієнт кореляції (P < 0,05)

навпаки, всездозволеність та вседоступність; 3) фактори, які після припинення прийому провокують повторне вживання: конфліктна ситуація, стрес, перевтома та інше. В іншому блоці запитань пацієнтам пропонувалося оцінити наслідки вживання ПАР за трьома рубриками: 1) фізичні, а саме зростання ризику захворювань, абстинентний синдром, ураження серцево-судинної системи та інших внутрішніх органів; 2) психологічні, такі, як звикання, зміна характеру, відчуття приниження, провини, конфлікти в родині, самотність, зниження настрою; 3) соціальні фактори – втрата роботи, друзів, сім'ї, фінансові проблеми, злочинність та проблеми з законом.

Порівняння суб'єктивних оцінок вживання алкоголю не виявило різниці у причинах першого вживання алкоголю в групах порівняння. В той же час була відмінність у факторах, які сприяють подальшому вживанню, так у ДГП значну роль пацієнти надавали зовнішньому середовищу (59%). Серед пацієнтів ПГП у 80% домінуючими факторами були внутрішні. Щодо факторів, які сприяють рецидиву після припинення, то наслідки вживання алкоголю в групах порівняння не відрізнялися.

Пацієнти ПГП частіше надавали перевагу вживанню алкоголю на самоті, тоді, як у ДГП алкоголь вживали у колі знайомих. Щодо поширеності алкогольної залежності у родичів першої групи споріднення, то у осіб ПГП такі випадки зустрічалися у 89%, у порівнянні з ДГП, де показник був нижчим – 69%. Незважаючи на те, що в обох групах майже однаковим був вік початку вживання алкоголю ($17,1 \pm 6,6$), тривалішим було зловживання у ДГП, що складало в середньому $17,4 \pm 11,5$ років, тоді як у ПГП – $13,3 \pm 9,7$ років.

Серед суб'єктивних факторів вживання канабіноїдів значні відмінності були виявлені у чинниках, які сприяли подальшому вживанню канабісу та відновленню його прийому після припинення вживання протягом певного періоду часу (табл. 4), тоді, як група зі зловживанням (ДГП) у 81% відмічала роль факторів зовнішнього середовища, а в групі із поєднанням залежності із розладами шизофренічного спектра (ПГП) у 71% відмічалася роль факторів внутрішнього стану. Також у ДГП зовнішні фактори переважали в якості тригерів рецидиву (87,5%), у ПГП 52,5% відмічали внутрішні фактори. Жодної

Таблиця 3

Характеристика вживання алкоголю пацієнтами

		ПГП n=75		ДГП n=35		t/χ ²	Коефіцієнт достовірності
		n	%	n	%		
Вживання алкоголю	Самостійно	43	57,3	24	61,5	0,187	0,693
	З однолітками	15	38,5	32	42,7		
Вид алкоголю	Сурогати алкоголю	54	72,0	29	74,4	1,608	0,448
	Спиртні напої	21	28,0	10	25,6		
Вживання алкоголю родичами I гр. споріднення	Залежність	67	89,3	27	69,2	7,168	0,01*
	Відсутність залежності	5	9,8	7	28,0		

*коефіцієнт кореляції ($P < 0,05$).

Таблиця 4

Суб'єктивні фактори та наслідки вживання канабіноїдів пацієнтами

		ПГП n = 80		ДГП n=16		t/χ ²	Коефіцієнт достовірності
		n	%	n	%		
Причинні фактори	Внутрішні	11	13,8	5	31,3	2,940	0,134
	Зовнішні	69	86,3	11	68,8		
Сприяючі фактори	Внутрішні	57	71,3	3	18,8	17,54	< 0,001*
	Зовнішні	23	28,8	13	81,3		
Фактори рецидиву	Внутрішні	42	52,5	2	12,5	8,593	0,005*
	Зовнішні	38	47,5	14	87,5		
Наслідки вживання канабісу	Фізичні	77	96,3	16	100,0	0,619	1,000
	Психологічні	65	81,3	14	87,5	0,357	0,729
	Соціальні	22	27,5	5	31,3	0,093	0,766

*коефіцієнт кореляції ($P < 0,05$).

Характеристика вживання канабіноїдів пацієнтами

		ПГП n = 80		ДГП n=16		t/χ ²	Коефіцієнт достовірності
		n	%	n	%		
Вживання канабісу	Самостійно	54	67,5	4	25,0	10,07	0,004*
	У компанії	26	32,5	12	75,0		
Вид канабіноїдів	Гашиш	16	20,0	16	100,0	38,40	< 0,001*
	Марихуана	0	0	64	80,0		
Вживання канабісу родичами I гр. споріднення	Залежність	31	41,3	6	37,5	0,080	1,000
	Відсутність залежності	44	58,7	10	62,5		

*коефіцієнт кореляції ($P < 0,05$).

різниці не відмічено у суб'єктивному сприйнятті пацієнтами наслідків вживання канабіноїдів.

Щодо особливостей вживання, то у 67,5% випадків пацієнти із подвійним діагнозом (ДГП) вживали канабіноїди наодинці. Як і у групі вживання алкоголю, так і канабісу не було різниці у віці першого вживання, у той час, як термін залежності від канабіноїдів мав зворотну картину, ніж при вживанні алкоголю. У випадку вживання канабісу, навпаки, тривалішим було вживання у групі з подвійним діагнозом (ДГП) і складало 12,9 років, у порівнянні з групою залежності від ПАР (ПГП), де відповідний коефіцієнт складав лише 5,7 років.

Отримані результати доводять, що хворі із розладами шизофренічного спектра значно частіше зловживають алкоголем та канабіноїдами та вживають більшу кількість ПАР, ніж в загальній популяції.

Переважає більшість пацієнтів були у віці 30 років, поширеність безробіття була однаковою в обох групах, незважаючи на це серед пацієнтів із шизофренічними розладами робота була менш кваліфікованою та оплачуваною.

У нашому дослідженні не було виявлено відмінностей між групами порівняння щодо факторів, які провокують первинний прийом ПАР.

Групи порівняння мали значні вірогідні розбіжності щодо факторів, які сприяють подальшому прийому ПАР. Так, у хворих із залежністю (ДГП) подальше вживання ПАР провокують зовнішні фактори (алкоголю у 59%, канабіноїдів – 81%), тоді як пацієнти з шизофренією (ПГП) називають сприяючими факторами саме внутрішні стимули (алкоголю – 80%, канабіноїдів – 71%), внаслідок чого можна вважати, що вживання ПАР цими хворими є компенсаторним у відповідь на внутрішні переживання.

Таким чином, виявлені особливості вживання ПАР хворими на розлади шизофренічного спектра суттєво відрізнялися від осіб із залежністю. Враховуючи

ці особливості, орієнтацію на внутрішні фактори, що відіграють роль мотиву вживання ПАР, зокрема канабісу, можливо, дало б змогу в подальшому виявити та запобігти психозу в осіб із групи ризику та розробити відповідну модель когнітивно-поведінкової терапії, яка б була направлена саме на врахування внутрішніх мотивів вживання ПАР.

Література

1. Wobrock T. Schizophrenia and addiction / T.Wobrock, F.G. Pajonk, R. D'Amelio, P. Falkai // *PsychoNeuro.* - 2005.-Vol.31.-P.433–440.
2. Buckley P. F. Psychiatric comorbidities and schizophrenia / P.F. Buckley, B. J. Miller, D. S. Lehrer, D. J. Castle // *Schizophr Bull.* - 2009.-Vol.35.-P.383–402.
3. Regier D. A. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study / D. A. Regier, M.E. Farmer, D. S. Rae [et al.] // *JAMA.* - 1990.-Vol. 264.- P.2511 – 2518.
4. Buhler B. Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse-a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes / B. Buhler, M. Hambrecht, W. Loffler, and al. // *Schizophr Res.* - 2002.-Vol.54.-P.243–251.
5. Dixon L. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use / L. Dixon, G.Haas, P. J. Weiden et al. / *Am. J. Psychiatry.* -1991.-Vol. 148(2).-P.224–230.
6. Strakowski S. M. Effects of co-occurring alcohol abuse on the course of bipolar disorder following a first hospitalization for mania / S. M. Strakowski, M.P. DelBello, D.E. Fleck et al. // *Arch Gen Psychiatry.* -2005.-Vol. 62(8).-P.851–858.
7. Delavenne H. Schizophrenia: research perspectives / H. Delavenne, F. G. Garcia, F. Thibaut // *Rev. Prat.* – Mar 2013. – Vol.63. – P. 359-362.
8. Andreasen N.C. Schizophrenia: the fundamental questions / N. C. Andreasen // *Brain Res Brain Res Rev.* –2000. – Vol.31. – P. 106–112.
9. Shenton M. E. Abnormalities of the left temporal lobe and thought disorder in schizophrenia. A quantitative magnetic resonance imaging study. / M. E. Shenton, R. Kikinis, F. A. et al. // *N Engl J Med.* - 1992.-Vol.327.-P.604–612.
10. Malchow B. Cannabis abuse and brain morphology in schizophrenia: a review of the available evidence / B. Malchow, A. Hasan, P. Fusar-Poli, A. Schmitt, P. Falkai, T. Wobrock // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* – 2013. Feb. – Vol.263(1) . – P. 3-13
11. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA «The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia». *Schizophr Bull* 13 (2): 261–76. (1987). PMID 3616518

УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ю. А. Войтенко

Употребление ПАВ коморбидно с психическими расстройствами. Целью нашего исследования было изучение распространенности употребления ПАВ среди больных шизофренией. Было обследовано 140 пациентов, употребляющих ПАВ, которые были разделены на 2 группы: первая группа (n = 91) пациенты с расстройствами спектра шизофрении и вторая группа (n = 49) пациенты, зависимые от ПАВ. Полученные

результаты показывают, что больные с расстройствами шизофренического спектра значительно чаще злоупотребляют алкоголем и каннабиноидами, употребляют большее количество ПАВ, чем в общей популяции. Люди с психозом имеют большую уязвимость к внутренним факторам, которые могут провоцировать употребление ПАВ.

Ключевые слова: шизофрения, употребление психоактивных веществ, каннабиноиды

PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE BY PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Y. VOITENKO

Substance use is a common comorbidity with psychotic illnesses. Purpose of our study was to study prevalence of substance use among patients with schizophrenia. 140 patients used psychoactive substances were examined, which were divided to 2 groups: the first group (n = 91), patients with schizophrenia spectrum disorder and the second group (n = 49), patients who use psychoactive substances. The results show that patients with schizophrenia spectrum disorders were significantly more likely to abuse alcohol and cannabinoids, and patients with psychosis using more substances than those without. Individuals with psychosis have greater vulnerability to internal factors, which may maintain substance use.

Keywords: schizophrenia, psychoactive substances use, cannabinoid

УДК 616.3-05.192.47-037

Ritkis I.

STRESS-MANAGEMENT AND STRESS-STABILITY IN STUDENTS WITH HABITUAL SMOKING AND THE INITIAL STAGE OF NICOTINE ADDICTION

Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Addiction
of Ministry of Public Health of Ukraine, Kiev

Keywords: students, stress-management, stress-stability, nicotine addiction

Students are special social category, specific community of people united by organizational institution of higher education [1], distinguishing it from other groups by high educational level of motivation and cognition, the highest social activity and quite balanced combination of intellectual and social maturity.

In modern conditions higher education can be attributed to a particular kind of activity that associated with a high level of mental and physical stress, lack of time, necessity of absorbing in a short time a large amount of information, strict control and regulation of the mode of study, and dealing with the various problem situations [2,3]. Stress resistance is an important emotional and volitional component of psychological preparation of the individual to the upcoming professional activities. Stressful pace of life and study has high requirements to the compensatory mechanisms of the psyche of students, the failure of which leads to stress [4-6]. The value of stress in the learning activities of students is caused by the role of emotions and their effects on cognitive processes and on the quality of the whole work, it can be considered like one of the factors that determines the physical and mental health of students and, consequently, the effectiveness of their studies, and in addition, necessary not only for understanding normal social and personal development of students, but also for diagnostics and the correction of mental disorders, and that is especially true today, prevention from using psychoactive substances, including smoking [7-9]. According to the World Health Organization for the past 5 years, Ukraine is among the group of countries where the situation with the spread of smoking was recognized like catastrophic – every year 500,000 young people are attaching to the smoking [10]. Smokers' contingent is dangerously becoming younger and smoking continues to

be one of the most common problems from the bad habits among young people.

While studying at the university there are three major critical periods, that usually appear in the first, third and fifth years of study. After an admission to the University, young people are faced with a great psychological and emotional stress, a significant intellectual work, necessity in adapting to the new environment, daily routine, food, and a number of students and to the new living conditions and to communicate with others. With the continuing development of the student's body in the period of study, organism is subject to various adverse effects, which may lead to failure of the adaptation process.

In the third (fourth) year of study takes place soul-searching and rethinking of chosen profession. Besides that, medical students in their study program begin to explore clinical disciplines, and they will be starting to feel the weight of medical liability more [11]. The main feature of the crisis of the fifth (sixth) year of study has been related to the future employment, work and prospects for professional growth in their chosen profession. The absence of reserves of mental and physical health at every stage can lead to disorders of adaptation and to initiate the use of psychoactive substances, including smoking [11].

The aim of our study was to investigate the relationship level of stress-stability with the formation of nicotine addiction among young students.

Material and methods:

The total number of studied was 1,500 students from Donetsk National Medical University named by M. Gorky and 1,000 students from National Teachers University named by M.P. Dragomanov. Smoking status was assessed in students by following: in order to detect the presence and severity of

результаты показывают, что больные с расстройствами шизофренического спектра значительно чаще злоупотребляют алкоголем и каннабиноидами, употребляют большее количество ПАВ, чем в общей популяции. Люди с психозом имеют большую уязвимость к внутренним факторам, которые могут провоцировать употребление ПАВ.

Ключевые слова: шизофрения, употребление психоактивных веществ, каннабиноиды

PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE BY PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Y. VOITENKO

Substance use is a common comorbidity with psychotic illnesses. Purpose of our study was to study prevalence of substance use among patients with schizophrenia. 140 patients used psychoactive substances were examined, which were divided to 2 groups: the first group (n = 91), patients with schizophrenia spectrum disorder and the second group (n = 49), patients who use psychoactive substances. The results show that patients with schizophrenia spectrum disorders were significantly more likely to abuse alcohol and cannabinoids, and patients with psychosis using more substances than those without. Individuals with psychosis have greater vulnerability to internal factors, which may maintain substance use.

Keywords: schizophrenia, psychoactive substances use, cannabinoid

УДК 616.3-05.192.47-037

Ritkis I.

STRESS-MANAGEMENT AND STRESS-STABILITY IN STUDENTS WITH HABITUAL SMOKING AND THE INITIAL STAGE OF NICOTINE ADDICTION

Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Addiction
of Ministry of Public Health of Ukraine, Kiev

Keywords: students, stress-management, stress-stability, nicotine addiction

Students are special social category, specific community of people united by organizational institution of higher education [1], distinguishing it from other groups by high educational level of motivation and cognition, the highest social activity and quite balanced combination of intellectual and social maturity.

In modern conditions higher education can be attributed to a particular kind of activity that associated with a high level of mental and physical stress, lack of time, necessity of absorbing in a short time a large amount of information, strict control and regulation of the mode of study, and dealing with the various problem situations [2,3]. Stress resistance is an important emotional and volitional component of psychological preparation of the individual to the upcoming professional activities. Stressful pace of life and study has high requirements to the compensatory mechanisms of the psyche of students, the failure of which leads to stress [4-6]. The value of stress in the learning activities of students is caused by the role of emotions and their effects on cognitive processes and on the quality of the whole work, it can be considered like one of the factors that determines the physical and mental health of students and, consequently, the effectiveness of their studies, and in addition, necessary not only for understanding normal social and personal development of students, but also for diagnostics and the correction of mental disorders, and that is especially true today, prevention from using psychoactive substances, including smoking [7-9]. According to the World Health Organization for the past 5 years, Ukraine is among the group of countries where the situation with the spread of smoking was recognized like catastrophic – every year 500,000 young people are attaching to the smoking [10]. Smokers' contingent is dangerously becoming younger and smoking continues to

be one of the most common problems from the bad habits among young people.

While studying at the university there are three major critical periods, that usually appear in the first, third and fifth years of study. After an admission to the University, young people are faced with a great psychological and emotional stress, a significant intellectual work, necessity in adapting to the new environment, daily routine, food, and a number of students and to the new living conditions and to communicate with others. With the continuing development of the student's body in the period of study, organism is subject to various adverse effects, which may lead to failure of the adaptation process.

In the third (fourth) year of study takes place soul-searching and rethinking of chosen profession. Besides that, medical students in their study program begin to explore clinical disciplines, and they will be starting to feel the weight of medical liability more [11]. The main feature of the crisis of the fifth (sixth) year of study has been related to the future employment, work and prospects for professional growth in their chosen profession. The absence of reserves of mental and physical health at every stage can lead to disorders of adaptation and to initiate the use of psychoactive substances, including smoking [11].

The aim of our study was to investigate the relationship level of stress-stability with the formation of nicotine addiction among young students.

Material and methods:

The total number of studied was 1,500 students from Donetsk National Medical University named by M. Gorky and 1,000 students from National Teachers University named by M.P. Dragomanov. Smoking status was assessed in students by following: in order to detect the presence and severity of

tobacco dependence in young smokers we were using test of Fagerstrom [12], to determine the motivation of smoking we have been using test of D. Horne (D. Norm, 1969) [13] to study the type of smoking behavior. The level of stress was studied by methods of determining stress and social adaptation of Holmes and Rache [14]. Statistical analysis was performed in the statistical package MedStat [15], Statistica Neural Networks 4.0 (StatSoft Inc., 1999).

Results and discussion

In the study we have found that 1449 students (57,9±0,9%) of Donetsk National Medical University named by M. Gorky and the National Teachers University named by M.P. Dragomanov responded positively to questions about smoking. Smoking among students was presented in two different clinical varieties: smoking as a habit and the initial stage of formation of nicotine addiction.

Smoking habit (51,4±1,3% of students) was characterized by episodic, intermittent and controlled nature of the consumption of nicotine without psychological dependence. Number of cigarettes smoked per day did not exceed 5.7 units. Favored were the ultra light and light cigarettes (with less tar and less than 6.0 mg 0.6 mg of nicotine), and smoking was characterized by short and fast breaths of cigarette smoke, that was only in the presence of others, «for the company», it was a kind of «ritual communication» and a way to make a certain impression on others, and the excess was accompanied by a variety of discomfort, such as headaches, dizziness, nausea, weakness, a fast heart beat or disruptions of the heart.

In the initial stages of nicotine addiction among students (48,6±1,3%) smoking has taken systematically with the introduction of a strong desire to smoke, reducing their ability to control smoking and increased tolerance of negative effects of nicotine, whereupon was admitted the use of more and more cigarettes (up to 10÷15 pieces per day), and the transition to a stronger cigarettes (with normal or even high-tar – from 15 to 10 mg of tar and 1.3 to 1.0 mg of nicotine and more than 15 mg of tar and 1.3 mg of nicotine), and also changes the stereotype of smoking – inhaling of cigarette smoke have become more profound and long-lasting. Also noted the presence of obsessive craving for tobacco with obsessive thoughts of cigarette smoke and the need in some circumstances (during strenuous mental work in preparation for the modular control or a landmark, in the breaks in the classroom, over a cup of coffee after breakfast, in a stressful situation etc.) Students have been focusing on the subjective feeling that smoking improves mood and efficiency, marked improvement of short-term memory and attention, which has a positive effect on academic progress. Most of the students in this group (70,3±1,9%) reported about psychological addiction to the process of smoking, increasing tolerance to nicotine – after smoking of cigarettes there was only a little discomfort, and smoking caused the opposite sense of contentment, relaxation, sometimes euphoria and the apparent rise of efficiency. Smoking has been becoming one of the stereotypical behavioral responses, despite the fact that smoking was criticized actively by inner encirclement, and was associated with various negative consequences of

the knowledge of the extent harm of smoking by smoker. Also detected absorption of smoking, which was shown in the fact that for the smoking students fully or partly refused from other important alternative forms of pleasure and interest, and that a lot of time spent on smoking. In forced reduction of number cigarettes that students had smoked, changed the manner of smoking – respondents were more profoundly delayed to maximize the nicotine effect. And with the abolition of tobacco they have got a great desire to smoke, malaise or weakness, irritability, anxiety, restlessness, insomnia, increased appetite, headache and difficulty with concentration.

Analyzing the types of smoking behavior of students, we got the following results: most of them have been diagnosed mixed type (72,1±1,5%), while in 50,5±1,7% of young people dominated the type of «relaxation», at 49, 5±1,7% people – «support», at 28,8±1,5% of students – «stimulation» and 27,1±1,5% people – «rituals or playing with a cigarette.» Also, the type of smoking behavior as a desire to get relaxing effect of smoking, detected in 50,5±1,7% of students indicating students wish to enjoy the process, relax, feel comfortable, in addition almost half of respondents (49,5±1,7%) use smoking as a support for the nervous tension, this type of smoking behavior is more common in women (63,5±1,2%).

All stressors affecting the students in the learning process can be divided into objective, related to the learning process (the duration of the school day, the density of the load due to the schedule, short breaks between classes, social activities, etc.) and subjective, personal characteristics (organization, discipline, commitment, motivation, healthy living, physical activity, diet, presence or absence of bad habits, etc.).

The most important for people we studied were: increased academic requirements associated with the transition to the new credit-modular system of teaching in higher education (82,8±0,9%) – adaptation to new forms of teaching and learning control, difficulties in working with large amount of information for individual study, lack of time and sleep, independent life in a new environment (66,7±1,2%) and associated with that financial constraints and / or problems (58,9±1,3%) and changes in the social life (77,1±1,1%), a new circle of friends, new acquaintances, preparation for life after graduation, adaptation to future profession (assimilation of professional knowledge, skills and qualities (27,8±1,2%). These factors often have a negative impact to the educational performance, physical and psychological state of students, making them more susceptible to emotional distress and causing smoking.

Analyzing the results obtained with the method of determining stress and social adaptation of Holmes and Rache, most student-smokers (60,5±1,3%) showed reduction in the level of stress-stability.

The least resistant to the academic stress (low and threshold degree of resistance to stress) were between students-smokers both medical and teachers profile of the first, third and fifth/sixth years of study (84,8±1,1%, 74,1±1,0% and 76,8±1,4%, accordingly). Some students of the second and fourth years of study, who positively response

to questions about smoking, demonstrated high level of resistance to stress, but their part is still less than half of the quantity of students groups ($42,9 \pm 1,1$ and $44,2 \pm 0,9\%$, respectively).

These results, in our opinion, due to the fact that the freshmen have great psycho-emotional and mental stress, faced with the need to adapt to the new learning environment, and a number of students from another cities also have to get use to the new living conditions and communicating with others. The third (fourth) years of study are crucial in the development of the student as a future specialist. At this time, there is often a question of the right choice of profession; students make decisions to avoid future work by their specialty. Exactly at this time there is a connection in practice of the individual requirements of the profession and its capabilities. However, personal characteristics and requirements of the profession may not concur. As a result, the motivation of training is reduced, interest in continuing education is falling, and there are intrapersonal conflicts. Also in the college-age decreases the overall life satisfaction, because ability to overcome the difficulties has not been developed yet. Moreover, medical students in the program will be having some clinical discipline, and they begin to feel more the weight of medical liability. Features of the crisis of the fifth (sixth) year of study is associated with future employment, work and prospects for professional growth in their chosen profession.

During the correlation analysis we have revealed the connection between the level of stress, severity of nicotine addiction and the type of smoking behavior of smokers. Thus, the majority of people with smoking habit (very weak tobacco addiction) have high level of resistance to stress ($r = -0,216$ at $p = 0,0004$), with an average degree of tobacco dependence – the threshold and low stress-stability ($r = -0,167$ in $p = 0,02$ and $r = -0,323$ with $p = 0,003$, respectively) and with a high degree of nicotine addiction- low resistance to stress ($r = -0,138$ with $p = 0,002$). In addition, student-smokers with high levels of stress-stability dominated with the types of smoking behavior «ritual-activity» and «stimulation of activity» ($r = 0,326$ with $p = 0,0009$ and $r = 0,168$ with $p = 0,003$, respectively), with the threshold – «removal anxiety «and» relaxation» ($r = 0,267$ with $p = 0,013$ and $r = 0,123$ with $p = 0,007$, respectively) and low «psychological dependence» ($r = 0,138$ with $p = 0,004$).

In this way, for most students, both medical and teaching professions, smoking is a means of self-regulation and a way that helps to cope with stress, and the process of smoking becomes a form of personal protection from troubles and experiences, on the one hand, and remedy to maintain the tonus and work-capacity of the other. The inclusion of measures aimed on correction of the stress in a comprehensive program of smoking cessation and treatment of nicotine

addiction among students, will help to prevent the formation of nicotine addiction and prevent progression of that dependence to provide more stable remission. Ability to deal effectively with stressful situations, using resources of stress-stability will help students not only be socially adapted personalities to make responsible decisions in their professional life, interact effectively with people, but also to save health by refusing from such a destructive way of coping as smoking.

Literature

1. Шепеленко И. П. *Жизненные стратегии студенческой молодежи в условиях современного украинского общества / И. П. Шепеленко // Украинский социум. – 2009. – №1. – С. 10-12.*
2. Бодров, В. А. *Информационный стресс / В. А. Бодров. М.: PER SE, 2000.-352 с.*
3. Полякова, О. Н. *Стресс: причины, последствия, преодоление / О. Н. Полякова; под ред. А. С. Батуева. СПб.: Речь, 2008. -144 с.*
4. Алексеева Э. А. *Оценка функционального состояния организма студентов в период экзаменационного стресса / Э. А. Алексеева, Л. Н. Шантанова, А. Н. Петунова и др. // Вестник бурятского госуниверситета. -2010. № 12. С. 108—113.*
5. Карякина С. Н. *Характеристика учебного стресса студентов младших и старших курсов высшего учебного заведения / С. Н. Карякина // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. – 2010. № 2—3. С. 210—215.*
6. Якубенко О. В. *Диагностика и профилактика нарушений адаптации студентов-первокурсников / О. В. Якубенко // Кубанский научный медицинский вестник. 2009. № 3. С. 149—153.*
7. Лозгачева, О. В. *Формирование стрессоустойчивости на этапе профессионализации (на примере студентов юридического вуза) Дис. . канд. психол. наук. / О.В. Лозгачева. Екатеринбург, 2004. – 170 с.*
8. Хуторная, М. Л. *Развитие стрессоустойчивости студентов в условиях интеллектуальных испытаний. Дис. канд. психол. наук: 19.00.13. / М. Л. Хуторная – Тамбов, 2007. 163 с.*
9. Morrell H. E. R. *Depression vulnerability predicts cigarette smoking among college students: Gender and Negative reinforcement expectancies as contributing factors / H.E.R. Morrell, L.M. Cohen, D.E. McChargue, // Addictive Behaviors. – 2010. – Vol. 35. – P. 607-611.*
10. Лінський, І. В. *Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку / І. В. Лінський, О. І. Мінко, Е. Б. Первомайський співавт. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – № 2. – С. 44–58.*
11. Синайко В. М. *Динамика психического состояния и уровня учебной адаптации учащихся / В. М. Синайко, И. М. Соколова, И. Н. Фалько // Совр. подросток: материалы конф. – М., 2001. – С. 298–300.*
12. 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.*
13. 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.*
14. *Рабочая книга практического психолога / Виктор Шапарь, Александр Тимченко, Валерий Швыдченко. – М.: АСТ; Харьков: Торсинг, 2007. – 672 с.*
15. Лях, Ю. Е. *Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко и соавт. // –Д.: Папакица Е.К., 2006. – 214с.*

СТРЕСС-МЕНЕДЖМЕНТ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ У СТУДЕНТОВ С ПРИВЫЧНЫМ КУРЕНИЕМ И НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

И. С. Рыткис

В статье приведены данные о стрессменеджменте, стрессоустойчивости и их взаимосвязью со степенью табачной зависимости по Фагерстроу и типом курительного поведения у студентов с привычным курением и на инициальном этапе формирования никотиновой зависимости у студенческой молодежи.

Ключевые слова: студенты, стресс-менеджмент, стрессоустойчивость, никотиновая зависимость

СТРЕС-МЕНЕДЖМЕНТ ТА СТРЕСОСТІЙКІСТЬ У СТУДЕНТІВ ЗІ ЗВИЧНИМ ПАЛІННЯМ ТА НА ІНІЦІАЛЬНОМУ ЕТАПІ ФОРМУВАННЯ НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

І. С. РИТКІС

У статті наведені дані про стресменеджмент, стресостійкість та їх взаємозв'язок зі ступенем тютюнової залежності за Фагерстромом та типом курильної поведінки у студентів зі звичним палінням та на ініціальному етапі формування нікотинної залежності.

Ключові слова: студенти, стрес-менеджмент, стресостійкість, нікотинна залежність

УДК 616.89-008.441.33-085:612.822.1

Е. Н.Харченко, А. Е. Алтухова
К ВОПРОСУ О АДДИКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ, ПРИНИМАЮЩИХ
ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

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

Ключевые слова: аддиктивное поведение подростков, психоактивные вещества

В последние годы в Украине ситуация, связанная со злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом, имеет тенденцию к утяжелению. Быстро растет число потребителей психоактивных веществ (ПАВ), включая наркотические и токсикоманические средства, что, в свою очередь, определяет рост численности лиц со сформированной зависимостью от наркотиков – больных наркоманией и токсикоманий. Наркозависимые группы населения стремительно «молодеют». Уровень этой наркотизации все более захватывает среду подростков [1–4]. При анализе данных по злоупотреблению ПАВ среди несовершеннолетних за последние годы и темпах формирования наркоманий среди детей и подростков следует отметить, что на первом плане в настоящее время находится употребление алкоголя, табака, каннабиоидов, опиоидов, психостимуляторов синтетического производства. При этом подростки, естественно, быстрее, чем взрослые попадают в болезненную зависимость.

Большую роль в приобщении подростков к психоактивным веществам, играют особенности их поведения в этом возрастном периоде, в частности, реакции эмансипации, группирования со сверстниками [Личко А. Е., 1983; Личко А. Е., Битенский В. С., 1991]. Еще до начала наркотизации подростки группируются в уличные компании и социальные группы, в которых обычно преобладают лица более старшего возраста, приобщающие их к употреблению алкоголя и наркотиков. Для подростков особенно характерна такая форма употребления психоактивных веществ, как «аддиктивное поведение», на стадии которой еще нет признаков психической и физической зависимости. Аддиктивное поведение — это бессистемное употребление в больших дозах различных психоактивных средств (в том числе алкоголя и табака) с целью изменить свое состояние, испытать неизвестные ощущения, освободиться от душевной пустоты и скуки. Чаще других средств подростки используют доступные лекарственные вещества: транквилизаторы, димедрол, циклодол, причем, дозы этих препаратов в 3–10 раз превышают терапевтические, препараты нередко принимаются с небольшим количеством алкоголя. Употребление собственно

наркотиков почти все подростки начинают с курения препаратов конопли, что в последующем перерастает в опиоидную зависимость [5–8].

Критерии группы риска большинством авторов рассматриваются с точки зрения перехода аддиктивного поведения в болезнь. Так, например, ряд авторов (Дмитриева Е. Д., 1990, 1992; Скворцова Е. С., 1994; Резников С. Г., Дробышев В. В., 1989; Скворцова Е. С., Карлсен Н. Г., Уткин В. А., 2000) снижает аддиктивный порог употребления алкоголя до 1÷3 раз в месяц, что обусловлено формированием начальных признаков алкоголизма при такой частоте выпивок (Муратова И. Д., 1979). В тоже время для Е. А. Дербиной (2000) критерием злоупотребления является регулярное употребление алкоголя до опьяняющих доз, а выпивки 2÷3 раза в месяц рассматриваются как «эпизодические».

Согласно А. Е. Личко и В. С. Битенскому (1991) злоупотребление алкоголем у подростков включает знакомство с опьяняющими дозами в возрасте до 16 лет и более-менее регулярное употребление спиртных напитков без признаков зависимости в более старшем возрасте.

Описано два варианта развития аддиктивного поведения [Битенский В. С. и др., 1989]. Первый вариант авторы обозначили как «поисковый наркотизм». Для него характерны единичные случаи употребления различных психоактивных веществ при отсутствии какой-либо четкой мотивации, ритма приема, избирательности. Начало аддиктивного поведения — это этап первых проб. После них может быть и отказ от употребления соответствующих веществ в связи с вызванными интоксикацией неприятными ощущениями или страхом перед родителями, угрозой наказания и пр. Чаще за первыми пробами следуют повторные с попеременным использованием различных доступных психоактивных веществ (в том числе алкоголя). Подросток, стремясь испытать новые ощущения, активно ищет новые наркотические средства. Но до определенного времени какой-либо закономерности в приеме наркотиков нет и психоактивные вещества употребляются в компаниях «для веселья», для обострения восприятия модной музыки, сексуальной

СТРЕС-МЕНЕДЖМЕНТ ТА СТРЕСОСТІЙКІСТЬ У СТУДЕНТІВ ЗІ ЗВИЧНИМ ПАЛІННЯМ ТА НА ІНІЦІАЛЬНОМУ ЕТАПІ ФОРМУВАННЯ НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

І. С. РИТКІС

У статті наведені дані про стресменеджмент, стресостійкість та їх взаємозв'язок зі ступенем тютюнової залежності за Фагерстромом та типом курильної поведінки у студентів зі звичним палінням та на ініціальному етапі формування нікотинної залежності.

Ключові слова: студенти, стрес-менеджмент, стресостійкість, нікотинна залежність

УДК 616.89-008.441.33-085:612.822.1

Е. Н.Харченко, А. Е. Алтухова
К ВОПРОСУ О АДДИКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ, ПРИНИМАЮЩИХ
ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

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

Ключевые слова: аддиктивное поведение подростков, психоактивные вещества

В последние годы в Украине ситуация, связанная со злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом, имеет тенденцию к утяжелению. Быстро растет число потребителей психоактивных веществ (ПАВ), включая наркотические и токсикоманические средства, что, в свою очередь, определяет рост численности лиц со сформированной зависимостью от наркотиков – больных наркоманией и токсикоманий. Наркозависимые группы населения стремительно «молодеют». Уровень этой наркотизации все более захватывает среду подростков [1–4]. При анализе данных по злоупотреблению ПАВ среди несовершеннолетних за последние годы и темпах формирования наркоманий среди детей и подростков следует отметить, что на первом плане в настоящее время находится употребление алкоголя, табака, каннабиоидов, опиоидов, психостимуляторов синтетического производства. При этом подростки, естественно, быстрее, чем взрослые попадают в болезненную зависимость.

Большую роль в приобщении подростков к психоактивным веществам, играют особенности их поведения в этом возрастном периоде, в частности, реакции эмансипации, группирования со сверстниками [Личко А. Е., 1983; Личко А. Е., Битенский В. С., 1991]. Еще до начала наркотизации подростки группируются в уличные компании и социальные группы, в которых обычно преобладают лица более старшего возраста, приобщающие их к употреблению алкоголя и наркотиков. Для подростков особенно характерна такая форма употребления психоактивных веществ, как «аддиктивное поведение», на стадии которой еще нет признаков психической и физической зависимости. Аддиктивное поведение — это бессистемное употребление в больших дозах различных психоактивных средств (в том числе алкоголя и табака) с целью изменить свое состояние, испытать неизвестные ощущения, освободиться от душевной пустоты и скуки. Чаще других средств подростки используют доступные лекарственные вещества: транквилизаторы, димедрол, циклодол, причем, дозы этих препаратов в 3–10 раз превышают терапевтические, препараты нередко принимаются с небольшим количеством алкоголя. Употребление собственно

наркотиков почти все подростки начинают с курения препаратов конопли, что в последующем перерастает в опиоидную зависимость [5–8].

Критерии группы риска большинством авторов рассматриваются с точки зрения перехода аддиктивного поведения в болезнь. Так, например, ряд авторов (Дмитриева Е. Д., 1990, 1992; Скворцова Е. С., 1994; Резников С. Г., Дробышев В. В., 1989; Скворцова Е. С., Карлсен Н. Г., Уткин В. А., 2000) снижает аддиктивный порог употребления алкоголя до 1÷3 раз в месяц, что обусловлено формированием начальных признаков алкоголизма при такой частоте выпивок (Муратова И. Д., 1979). В тоже время для Е. А. Дербиной (2000) критерием злоупотребления является регулярное употребление алкоголя до опьяняющих доз, а выпивки 2÷3 раза в месяц рассматриваются как «эпизодические».

Согласно А. Е. Личко и В. С. Битенскому (1991) злоупотребление алкоголем у подростков включает знакомство с опьяняющими дозами в возрасте до 16 лет и более-менее регулярное употребление спиртных напитков без признаков зависимости в более старшем возрасте.

Описано два варианта развития аддиктивного поведения [Битенский В. С. и др., 1989]. Первый вариант авторы обозначили как «поисковый наркотизм». Для него характерны единичные случаи употребления различных психоактивных веществ при отсутствии какой-либо четкой мотивации, ритма приема, избирательности. Начало аддиктивного поведения — это этап первых проб. После них может быть и отказ от употребления соответствующих веществ в связи с вызванными интоксикацией неприятными ощущениями или страхом перед родителями, угрозой наказания и пр. Чаще за первыми пробами следуют повторные с попеременным использованием различных доступных психоактивных веществ (в том числе алкоголя). Подросток, стремясь испытать новые ощущения, активно ищет новые наркотические средства. Но до определенного времени какой-либо закономерности в приеме наркотиков нет и психоактивные вещества употребляются в компаниях «для веселья», для обострения восприятия модной музыки, сексуальной

расторженности. Но постепенно подросток начинает оказывать предпочтение психоактивному веществу, которое дает ему наиболее интенсивные положительные ощущения. Этот этап является уже переходным к формированию наркомании или токсикоманий. Характерной чертой употребления психоактивных веществ подростками является его групповой характер. Он настолько выражен, что А. Е. Личко и В. С. Битенский (1991) обозначали его как феномен «групповой психической зависимости», т. е. потребность в употреблении психоактивных веществ возникает немедленно, как только собирается «своя» компания. При втором варианте аддиктивного поведения подросток с самого начала злоупотребляет одним веществом, переходя от первых случайных его проб к эпизодическому злоупотреблению. Обычно через этап групповой психической зависимости постепенно формируется наркомания или токсикомания. Очень важным фактором, определяющим скорость формирования зависимости, являются фармакохимические свойства вещества, которым начал злоупотреблять подросток, способ и регулярность его введения. Быстрее всего формируется наркомания или токсикомания при внутривенном введении препарата.

Риск перехода аддиктивного поведения в болезнь зависит также от множества социальных, психологических и биологических факторов. Выявлены следующие особенности, связанные с возрастом начала наркотизации: 1) у больных с более ранним возрастом начала наркотизации отмечается большая наследственная отягощенность алкоголизмом и психическими заболеваниями; 2) пациенты с ранней наркоманией и токсикоманией обычно воспитываются в неблагоприятном семейном окружении или в условиях неполной семьи; 3) раннее начало наркотизации неблагоприятно отражается на последующем образовании подростков, ибо в этих случаях отмечаются негативное отношение к учебе, ограниченность интересов, нестойкость и примитивность увлечений, потребительская ориентация в выборе нравственных ценностей, низкий интеллектуальный уровень; 4) среди больных с более ранним началом наркотизации достоверно больше лиц с девиантными чертами в преморбиде, в частности с чертами неустойчивости, патологической конформности, слабости эмоционально-волевых установок и значительное число — с признаками психического инфантилизма, характерными чертами которых являются повышенная внушаемость, подражание и подчиняемость лицам более старшего возраста; 5) при раннем начале употребления психоактивных средств течение наркомании и токсикоманий наиболее прогрессирующее; 6) сроки формирования абстинентного синдрома у лиц молодого возраста более длительные, чем сроки его развития в старших возрастных группах, но в его клинической картине преобладают психопатологические явления, что свидетельствует о большей тяжести абстинентного синдрома; 7) у больных с ранним началом наркотизации в значительно большей степени выражены выявляющиеся рано изменения личности, в том числе психопатоподобные нарушения с признаками

морально-этического снижения и асоциальным поведением, а также интеллектуально-мнестические расстройства (особенно у лиц, злоупотребляющих седативными препаратами, ингалянтами) и, соответственно, медико-социальные последствия наркомании. Все перечисленные особенности наркомании способствуют снижению работоспособности больных [9–12].

Исследование преморбиды подростков, злоупотребляющих ПАВ, показало, что среди них, по сравнению с контрольной группой, чаще встречаются такие отклонения, как задержка психического развития, олигофрения, невротические реакции, энурез, расстройства поведения. Факторами, формирующими аддиктивное поведение считаются нервно-психическая неустойчивость, акцентуации характера (гипертимный, неустойчивый, конформный, истероидный, эпилептоидный типы), поведенческие реакции группирования, реакции эмансипации и другие особенности подросткового возраста [Личко А. Е., 1986, Жмуров В. А., 1994, Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000, Овчарова Р. В., 2000 и др.]. К этим факторам необходимо отнести особенности, обусловленные характерными для этого периода реакциями: эмансипации, группирования, увлечения (хобби), и формирующимися сексуальным увлечениям (Личко А. Е., 1986). Существует ряд поведенческих стереотипов, характерных для этого возрастного периода. К ним относятся реакция оппозиции, реакция имитации, реакция отрицательной имитации, реакция компенсации, реакция гиперкомпенсации, реакция эмансипации, реакция группирования и реакция увлечения. Реакция эмансипации проявляется стремлением высвободиться из-под опеки, контроля, руководства, покровительства со стороны родных, воспитателей, преподавателей, вообще всех старших по возрасту от установленных порядков, законов и правил. Все, что уважается и ценится взрослыми, подростками отвергается. Реакция эмансипации может быть направлена как на конкретных взрослых (родители, учителя), так и на все взрослое поколение в целом. Реакция увлечения (хобби), в отличие от реакции эмансипации, как правило, препятствует аддиктивному поведению. Более того, появление стойких интересов и увлечений способствует резкому сокращению приема спиртных напитков в старшем подростковом и юношеском возрасте. Особенно противодействующим фактором являются интеллектуально-эстетические хобби (увлечение литературой, философией), направленность на достижение высоких спортивных результатов. Однако эти увлечения могут подтолкнуть подростка к употреблению допингов в виде стимуляторов, чтобы добиться максимальных результатов. Многое зависит от круга общения подростков, особенно когда поглощается информация малозначимая и не требующая никакой интеллектуальной переработки. Отсюда следует тяготение к асоциальным компаниям, где часто потребляют алкоголь, наркотические и токсические вещества. Реакция имитации, то есть стремление подростка копировать поведение, манеру общаться и одеваться. В качестве объекта имитации могут выступать любые известные

личности либо лидеры своей подростковой среды, пользующиеся авторитетом и уважением. Реакция имитации может как способствовать, так и препятствовать нарушению поведения. Если объекты имитации ведут образ жизни, связанный с употреблением алкоголя и наркотиков, то подросток будет следовать их примеру. Наоборот, если «кумир» ратует за здоровый образ жизни, интересные увлечения, занятия спортом, то его поведение будет играть роль достаточно мощного антинаркотического фактора. Отдельно следует сказать о так называемой отрицательной реакции имитации, когда подростки из асоциальных семей строят свой образ жизни исходя из противоположного тому, что видели в родительских семьях. Такие подростки становятся абсолютными трезвенниками и категорически осуждают употребление любых ПАВ, прилежно учатся, достигают карьерного роста, строят благополучные семьи. К сожалению, это случается гораздо реже, чем обратное: влияние неблагополучной семьи является достаточно мощным фактором, способствующим аддиктивному поведению. Значительную роль в организации всего строя семейной жизни играют ценностные ориентации [19–24]. Так, Елизаров А. Н. выделяет ряд ценностных ориентаций неблагополучных семей и их характерных черт. Одна из них: экзистенциальный вакуум – ощущение пустоты и бессмысленности собственного существования, которое заглушается направленностью на секс, флирт, любовные отношения, погоней за карьерой, социальным престижем, повышением материального благополучия, социальными контактами в группе себе подобных, что нередко сопровождается постепенным переходом в алкоголизм и другие виды зависимости. В литературе, посвященной девиантному поведению детей, часто встречаются указания на то, что духовные ценностные ориентации часто не играют значимой роли в жизни родителей, в силу чего характер общения в семье формирует соответствующие позиции и жизненные критерии у детей и подростков.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, в определенной мере могут влиять на выбор ПАВ и даже способствовать наркотизации. Некоторые из летучих ароматических соединений (ингалянтов) способствуют визуализации представлений («что захочу, то и увижу»), в том числе сексуального содержания. На сленге подростков это иногда обозначается словами «смотреть стриптиз». Подобная сексуальная мотивация употребления ПАВ свойственна подросткам младшего подросткового возраста. В более старшем возрасте эти подростки часто переходят к употреблению галлюциногенов.

Реакция группирования со сверстниками является ведущим социопсихологическим фактором, способствующим наркотизации. Группа сверстников для подростка служит, во-первых, важным каналом информации, которую он не может получить от взрослых; во-вторых, новой формой межличностных отношений, в которой подросток познает окружающих и самого себя; в-третьих, группа предоставляет новый вид

эмоциональных контактов, невозможных в семье. Более 70% курильщиков гашиша начинали его курить в группе сверстников по месту жительства или учебы [13; 14]. Ц. П. Короленко [15; 16] выделяет наиболее характерные черты личности подростков, которые могут способствовать развитию аддиктивного поведения. Сниженная переносимость трудностей обуславливается наличием гедонистической установки (стремлением к немедленному получению удовольствия, удовлетворению своих желаний). Если желания аддиктов не удовлетворяются, они реагируют либо вспышками негативных эмоций, либо уходом от появившихся проблем. Это сочетается с повышенной обидчивостью, подозрительностью, что влечет за собой частые конфликты. Скрытый комплекс неполноценности находит свое отражение в частых сменах настроения, избегании ситуаций, в которых их способности могут быть объективно проверены. Поверхностный характер социальности и ее ограниченность во времени сочетается с обостренным стремлением произвести на окружающих хорошее впечатление. Уход от ответственности в принятии решений и перекладывание ее на других, поиск оправдательных аргументов в нужный момент. Стереотипность, повторяемость поведения. Сложившийся стереотип поведения легко предсказуем, но его трудно изменить. Зависимость проявляется в виде подчинения влиянию других людей с аддиктивной направленностью. Иногда наблюдается пассивность, отсутствие самостоятельности, стремление к получению поддержки. Тревожность у аддиктов тесно связана с комплексом неполноценности, зависимости. Особенность состоит в том, что в кризисных ситуациях тревожность может отступать на второй план, в то время как в обычной жизни она может возникнуть без видимых причин или при событиях, не являющихся действительным поводом для переживаний [17; 18]. Представляет интерес работа В. Кагана (1999), рассматривая зависимость от ПАВ, выделяется три этапа наркологически вариантов формирования аддиктивного поведения: 1 этап. Первые пробы. Совершаются обычно под чьим-либо влиянием или в компании. Немалую роль здесь играют любопытство, подражание, групповой конформизм и мотивы группового самоутверждения. Мотивация восходит к присущей человеку потребности в изменении состояний сознания: вероятность того, что первые пробы перерастут в развернутый процесс формирования аддиктивного поведения и последующего перерастания в болезнь тем больше, чем меньше возраст при первых пробах и чем меньше потребность в изменении сознания удовлетворяется социально одобряемыми способами. Выбор средства на этом этапе произволен и зависит от этнокультуральных особенностей, особенностей субкультуры, опыта группы и доступности средства. По разным причинам (удовлетворенного любопытства, страха наказания, опасения и переживания, разрыва с компанией) первые пробы чаще всего не имеют продолжения, исключение составляют табакокурение и культурально санкционированная алкоголизация.

2 этап. Поисковое аддиктивное поведение. Следующим за первыми пробами идет этап экспериментирования с различными видами психоактивных веществ — алкоголем, медикаментами, наркотиками, бытовыми и промышленными химикатами. Обычно оно присуще младшему подростковому возрасту. Для одних подростков важно их употребление как знак принадлежности к группе, для других — сам факт изменения состояния сознания (отключка), для третьих — качество вызываемых эффектов и особенности «кайфа». Как правило, этот этап разворачивается в компании и оформляется по алкогольному типу — для веселья, раскованности, обострения восприятия, снятия сексуальных барьеров, выражения отношения. Характерно активное экспериментирование с поиском новых средств и способов их употребления (например, «зарядка» летучими веществами фильтр-коробки противогаса). По мере прохождения этого этапа формируется индивидуальное предпочтение одного из средств или предпочитаемый их спектр. Чаще всего это происходит уже в возрасте после 15 лет. Индивидуальной психической зависимости еще нет, но может формироваться групповая психическая зависимость. От такого полисубстантного аддиктивного поведения Каган (1999) отличает моносубстантное, когда и первые пробы, и поисковое экспериментирование определяется доминирующей культуральной традицией (самогон в сельских районах, гашиш, опиаты, и т. д. — в других этносоциальных средах).

Медикаментозное лечение используется при аддиктивном поведении лишь для снятия интоксикации. Психотерапевтические техники и приемы образуют методологическую базу психопрофилактики; ведущую роль они могут играть при работе с детьми и подростками, у которых аддиктивное поведение является поведенческим проявлением внутриличностных проблем. Решающая роль при работе с аддиктивным поведением подростков принадлежит педагогам и социальным педагогам.

3 этап. Переход аддиктивного поведения в болезнь. Происходит под влиянием множества разнообразных факторов, которые можно условно разделить на социальные, социально-психологические, психологические и биологические. Социальные — нестабильность общества, доступность психоактивных веществ, отсутствие позитивных социальных и культурных традиций, контрастность уровней жизни, интенсивность и плотность миграции и др. Социально-психологические — высокий уровень коллективной и массовой тревоги, разрыв связей с семьей, романтизация девиантного поведения в массовом сознании, отсутствие привлекательных для детей и подростков досуговых центров, отсутствие интереса к духовным ценностям старшего поколения. Психологическая — незрелость личностной идентификации, слабость или недостаточность способности к внутреннему диалогу, низкая переносимость психологических стрессов и совпадающего поведения, высокая потребность в изменении состояний сознания как средстве разрешения внутренних конфликтов, конституционально акцентуированные особенности личности.

Биологические — природа и «агрессивность» психоактивного вещества, индивидуальная толерантность, нарушение процессов детоксикации в организме, изменяющие системы мотиваций и контроля за течением заболевания.

В процессе перехода аддиктивного поведения в болезнь, вызываемую употреблением психоактивных веществ (алкоголь, наркотики и т. д.), автор [5] выделяет следующие стадии развития болезни. 1 стадия. Характеризуется формированием и прогрессирующим углублением психической зависимости, при которой перерыв в употреблении приводит к психическому дискомфорту, подавленности, тревоге, дисфории с резким обострением влечения к употребляемому веществу.

В этот период наблюдаются ослабление и угасание защитных рефлексов на передозировку, повышенная толерантность, социальная дезадаптация.

2 стадия. Характеризуется формированием физической зависимости при употреблении одних веществ (алкоголь, опиаты, некоторые стимуляторы) и углублением психической зависимости при употреблении других (кокаин, марихуана). В тех случаях, когда физическая зависимость не формируется, основным признаком этой стадии становится хроническая интоксикация с психическими и физическими нарушениями. Признаки хронической интоксикации зависят от типа употребляемых веществ.

Так, хроническая интоксикация марихуаной ведет к физическому истощению и апатии вне поведенческого поля наркотизации, у мальчиков нередко приводит к телесной феминизации; летучими веществами — к формированию психоорганического синдрома и токсической энцефалопатии с соматоневрологическими нарушениями и ослаблением интеллектуальных функций (памяти, внимания, сообразительности). На этом этапе обсессивное влечение к употреблению сменяется компульсивным, утрачивается критичность к употреблению и развивается анозогнозия, растет толерантность (привыкание) к веществу и нередко изменяется картина опьянения, нарастает социальная дезадаптация с фиксацией поведения на употреблении психоактивных веществ и их промысле, вовлечение в аддикцию сверстников и младших по возрасту детей с формированием подчиненных групп как средства самоутверждения и добычи дурманящих веществ. Переход к 3 стадии (падение толерантности, выраженный органический дефект личности с чертами специфического для того или иного вида психоактивных веществ слабоумия, закономерно возникающие абстинентные психозы, глубокая социальная деградация) совершается, как правило, уже в юношеском возрасте.

Таким образом, подрастающее поколение является наиболее пораженной частью общества, употребляющей психоактивные вещества и страдающей зависимостью от них. За истекшее десятилетие произошло не только количественное увеличение распространенности употребления наркотиков среди подростков, но и качественное изменение: снижение возрастных границ,

утяжеление психических последствий наркозависимых, расширение вариабельности наркотических средств, увеличение доли подростков со сформировавшейся зависимостью от наркотиков в общей массе больных. Данное угрожающее положение ставит проблему зависимости от психо-активных веществ среди подростков в Украине на одно из ведущих мест среди иных медико-социальных вопросов, требующих глубокого понимания и максимально быстрого решения.

Литература

1. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. — СПб.: «Питер», — 2000г
2. Поликарпов В., Залыгина Н., Обухов Я. Аддиктивное поведение молодежи: профилактика и психотерапия зависимостей/ Изд. Профилей— 2004
3. Клиническая психиатрия: пер.с англ. доп//гл.ред. Т.Б.Дмитриева —М.: ГЭОСТАР МЕДИЦИНА— 1998
4. Вагин Ю. Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков) Пермь Издательство ПРИПИТ— 2001
5. Короленко Ц. П., Тимофеева А. С. Корни алкоголизма —Новосибирск. книжн. изд. — 1986.
6. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. — Обзор. психиат. и мед. психол., 1991/1
7. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Аддиктивное поведение при пограничных личностных расстройствах М.: 199
8. Линский И. В., Кузьминов В. Н. Анагетика и проблема аддиктивного поведения // Ліки України. — 2008. — № 9
9. Ярмыш А. Н., Соболев В. А., Сердюк А. А. Политико-правовая и методологическая основа профилактики аддиктивного поведения в Украине и Харьковском регионе // Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Руцэнко.

— Харьков: Торсинг, 2000. — С. 272–292.

10. Попов Ю. В., Бруг А. В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков. Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева Том 02-N 1-2005
11. Воеводин И. В. Копинг-поведение при аддиктивных состояниях относительно критериев адаптивности Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева Том 01-N 4-2004
12. Менделевич В. Д. и др. Аддиктивное поведение, креативность и самоактуализация. Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. Сборник тезисов научной конференции с международным участием. СПб., 2001
13. Chernin K. The hungry self. Women, eating, identity.—Harper Row, 1986.
14. Friedan B. The feminine mystique. — New York: Dell, 1984.
15. Korolenko C. P. Alcohol problems in conditions of the north. — Circumpolar health 87, Umea. Sweden, 1987
16. Korolenko C. P., Bochkareva N. L. Donskih T. A. Addictive behavior in conditions of the north.—8th International Congress on Circumpolar health. — Yukon, Whitehorse, 1990.
17. Segal B., Korolenko C. The study of addictive behavior in Alaska and Siberia. A review of a cooperative relationship and implications for research in circumpolar nation. — 8th International Congress on Circumpolar health. Yukon, Whitehorse, 1999
18. Смагин С. Ф. Аддикция, аддиктивное поведение, СПб.: МИПУ, 2000
19. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология, М.: Медицина, 1990
20. Балабанова Л. М. Судебная психопатология, Д.: Сталкер, 1998
21. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, Н. Новгород: НГМА, 2000
22. Морозов Г. В., Шумский Н. Г. Введение в клиническую психиатрию, Н. Новгород: НГМА, 1998
23. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — М., 1989.
24. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. М., 1988

ДО ПИТАННЯ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ, ЩО ПРИЙМАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

Е. Н. ХАРЧЕНКО, А. Е. АЛТУХОВА

У статті наведені результати аналізу сучасної літератури, присвяченої аддиктивній поведінці підлітків, що приймають психоактивні речовини.

Ключові слова: аддиктивна поведінка підлітків, психоактивні речовини

TO THE QUESTION ABOUT ADDIKTIV BEHAVIOUR OF JUVENILES WHO USE PSYCHOACTIV SUBSTANCES (LITERATURE OVERVIEW)

Y. KHARCHENKO, A. ALTUKHOVA

The article present the results of the analysis of modern literature, devoted to the addiktiv behaviour of juveniles who use psychoactiv substances.

Keywords: addiktiv behaviour of juveniles, psychoactiv substances

УДК 616.89-008.441.33-085:612.822.1

Є. М. Харченко, Г. А. Пріб, Т. В. Синіцька, К. А. Власова, Ю. А. Войтенко ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ, ЩО СПОЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

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

Ключові слова: психоактивні речовини, залежність, підлітки, молоді особи, аддиктивні розлади, психологічні особливості

Серед ведучих медико-соціальних питань сучасності проблема споживання психоактивних речовин (ПАР) серед населення різних країн світу, зокрема в Україні, є однією з найбільш актуальних [1; 2; 4]. Нині наркологічна ситуація в Україні характеризується домінуванням хімічної, алкогольної та тютюнової аддикції, далі йдуть наркотики та інші психоактивні речовини [5; 6]. За даними ВООЗ, алкоголь є найбільш широко вживаною

психоактивною речовиною серед дітей та підлітків в Україні. За результатами НДР Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (УНДІССПН, 2012 р.) – 22% школярів та студентів середніх і вищих навчальних закладів вживають спиртні напої практично щодня або щонайменше кілька разів на тиждень [6; 8]. Згідно з дослідженнями науковців УНДІССПН МОЗ України серед українських підлітків 13÷15 років

утяжеление психических последствий наркозависимых, расширение вариабельности наркотических средств, увеличение доли подростков со сформировавшейся зависимостью от наркотиков в общей массе больных. Данное угрожающее положение ставит проблему зависимости от психо-активных веществ среди подростков в Украине на одно из ведущих мест среди иных медико-социальных вопросов, требующих глубокого понимания и максимально быстрого решения.

Литература

1. Ильин Е. П. *Мотивация и мотивы*. — СПб.: «Питер», — 2000г
2. Поликарпов В., Залыгина Н., Обухов Я. *Аддитивное поведение молодежи: профилактика и психотерапия зависимостей/ Изд. Профилей— 2004*
3. *Клиническая психиатрия: пер.с англ. доп//гл.ред. Т.Б.Дмитриева —М.: ГЭОСТАР МЕДИЦИНА— 1998*
4. Вагин Ю. Р. *Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков) Пермь Издательство ПРИПИТ— 2001*
5. Короленко Ц. П., Тимофеева А. С. *Корни алкоголизма —Новосибирск. книжн. изд. — 1986.*
6. Короленко Ц. П. *Аддитивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. — Обзор. психиат. и мед. психол., 1991/1*
7. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. *Аддитивное поведение при пограничных личностных расстройствах М.: 199*
8. Линский И. В., Кузьминов В. Н. *Анальгетики и проблема аддитивного поведения // Ліки України. — 2008. — № 9*
9. Ярмыш А. Н., Соболев В. А., Сердюк А. А. *Политико-правовая и методологическая основа профилактики аддитивного поведения в Украине и Харьковском регионе // Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Руцэнко.*

— Харьков: Торсинг, 2000. — С. 272–292.

10. Попов Ю. В., Бруг А. В. *Аддитивное суицидальное поведение подростков. Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева Том 02-N 1-2005*
11. Воеводин И. В. *Копинг-поведение при аддитивных состояниях относительно критериев адаптивности Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева Том 01-N 4-2004*
12. Менделевич В. Д. и др. *Аддитивное поведение, креативность и самоактуализация. Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. Сборник тезисов научной конференции с международным участием. СПб., 2001*
13. Chernin K. *The hungry self. Women, eating, identity.—Harper Row, 1986.*
14. Friedan B. *The feminine mystique. — New York: Dell, 1984.*
15. Korolenko C. P. *Alcohol problems in conditions of the north. — Circumpolar health 87, Umea. Sweden, 1987*
16. Korolenko C. P., Bochkareva N. L. Donskih T. A. *Addictive behavior in conditions of the north.—8th International Congress on Circumpolar health. — Yukon, Whitehorse, 1990.*
17. Segal B., Korolenko C. *The study of addictive behavior in Alaska and Siberia. A review of a cooperative relationship and implications for research in circumpolar nation. — 8th International Congress on Circumpolar health. Yukon, Whitehorse, 1999*
18. Смагин С. Ф. *Аддикция, аддитивное поведение, СПб.: МИПУ, 2000*
19. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. *Наркология, М.: Медицина, 1990*
20. Балабанова Л. М. *Судебная психопатология, Д.: Сталкер, 1998*
21. Ганнушкин П. Б. *Клиника психопатий, Н. Новгород: НГМА, 2000*
22. Морозов Г. В., Шумский Н. Г. *Введение в клиническую психиатрию, Н. Новгород: НГМА, 1998*
23. Личко А. Е. *Подростковая психиатрия. — М., 1989.*
24. Личко А. Е. *Психопатии и акцентуации характера у подростков. М., 1988*

ДО ПИТАННЯ АДДИТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ, ЩО ПРИЙМАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

Е. Н. ХАРЧЕНКО, А. Е. АЛТУХОВА

У статті наведені результати аналізу сучасної літератури, присвяченої аддитивній поведінці підлітків, що приймають психоактивні речовини.

Ключові слова: аддитивна поведінка підлітків, психоактивні речовини

TO THE QUESTION ABOUT ADDIKTIV BEHAVIOUR OF JUVENILES WHO USE PSYCHOACTIV SUBSTANCES (LITERATURE OVERVIEW)

Y. KHARCHENKO, A. ALTUKHOVA

The article present the results of the analysis of modern literature, devoted to the addiktiv behaviour of juveniles who use psychoactiv substances.

Keywords: addiktiv behaviour of juveniles, psychoactiv substances

УДК 616.89-008.441.33-085:612.822.1

Є. М. Харченко, Г. А. Пріб, Т. В. Синіцька, К. А. Власова, Ю. А. Войтенко ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ, ЩО СПОЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

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

Ключові слова: психоактивні речовини, залежність, підлітки, молоді особи, аддитивні розлади, психологічні особливості

Серед ведучих медико-соціальних питань сучасності проблема споживання психоактивних речовин (ПАР) серед населення різних країн світу, зокрема в Україні, є однією з найбільш актуальних [1; 2; 4]. Нині наркологічна ситуація в Україні характеризується домінуванням хімічної, алкогольної та тютюнової аддикції, далі йдуть наркотики та інші психоактивні речовини [5; 6]. За даними ВООЗ, алкоголь є найбільш широко вживаною

психоактивною речовиною серед дітей та підлітків в Україні. За результатами НДР Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (УНДІССПН, 2012 р.) – 22% школярів та студентів середніх і вищих навчальних закладів вживають спиртні напої практично щодня або щонайменше кілька разів на тиждень [6; 8]. Згідно з дослідженнями науковців УНДІССПН МОЗ України серед українських підлітків 13÷15 років

вживають алкоголь близько 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 [6; 8]. 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. Найпоширеніший вік початку куріння серед дітей у нашій країні 12÷15 років. Тих, хто починає курити раніше 11 років близько чверті. За останніми даними серед підлітків 14÷17 років відмічається збільшення курців тютюну з 3,3% до 4,3%. Дівчата, у загальній кількості, починаючи курити дещо пізніше хлопців за віком, поступово «наздоганяють» їх у старших класах і на завершення середньої школи. Безумовно, об'єктивні дані значно вищі офіційних за причиною приховування факту тютюнопаління значної кількості школярів. Одним із факторів, який збільшує вживання тютюну, є алкоголь та наркотики. 37% підлітків, які курять, зауважили, що курять тютюн значно більше після вживання алкоголю та наркотиків [1; 2; 5]. Найбільш поширеними серед молоді є канабіоїди, 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%. Серед чоловіків найбільший відсоток – 34,4 спробували вперше наркотичні речовини у віці 12÷16 років, а жінок – 44,4% (у віці 19÷28 років). Як вказують автори [5;6], протягом останніх 30 днів перед опитуванням найбільший відсоток споживання наркотиків виявився серед підлітків 15÷17 років – 22,2. Вказані дані підтверджують найбільш небезпечний період у плані приймання наркотичних ПАР – підлітковий вік. Результати дослідження серед шкільної молоді показали, що 16% усіх учнів мали досвід вживання, окрім алкоголю, марихуани або гашишу [5; 6; 12]. Найбільший відсоток спостерігався серед учнів професійно-технічних навчальних закладів та ВНЗ I-III рівня акредитації, значно менші 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 проведено дослідження встановило значно меншу кількість споживачів, але й у цих випадках вік початку коливався від 11 до 18 років. 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 є досить складним питанням, тісно пов'язаним з дестигматизацією психіатричної допомоги, успішністю психоосвітніх проектів на мікросоціальному (сімейному) та макросоціальному (персонал навчальних закладів, соціальних служб, лікарської загальної практики) рівнях. Саме рання діагностика та рання допомога в переважній більшості випадків визначають прогноз перебігу психічного захворювання та 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 сучасних профілактичних заходів, відповідного профілактичного навчання та інформування. Перевага у вживанні хлопцями ПАР простежувалась лише до середини періоду шкільного навчання. Починаючи з 13-річного віку така тенденція практично повністю нівелювалась і вживання ПАР хлопцями та дівчатами ставало фактично на одному рівні. Більшість опитаних підлітків починали вживати ПАР у віці від 13 до 15 років. Однак 15% респондентів уперше спробували ПАР в 11 років і раніше. Згідно з дослідженнями, 15-річний вік є найризикованішим як з погляду першої спроби вживання психоактивних речовин, так і з погляду першого випадку психосоматичного розладу. 21% учнів 10÷11 класів відчували цей стан. Досліджені споживачі ПАР серед підлітків та молоді (15÷18 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. При цьому регулярно вживають 3 і більше разів на місяць кожний 4–5 підліток. Приводяться дані, що споживання ПАР в підлітковому віці призводять до значного погіршення здоров'я, а також девіантній поведінці, суїцидальним діям, криміногенності та травматизму. Результати досліджень як вітчизняних науковців, так й іноземних показують не тільки великий рівень аддиктивної поведінки у вживаючих ПАР, їх негативні уподобання, а й свідчать про високий рівень доступності ПАР. Омолодження аддиктивних, 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. 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 соціально детерміноване і пов'язано з особистістю споживача, його очікуваннями і мотиваціями як користувача, його 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 та молоддю. Все це дозволяє говорити про споживання психоактивних речовин як проблеми громадського здоров'я.

Виходячи з цього, в УНДІССПН співробітниками відділу соціальної та клінічної наркології на даний час розробляється наукова тема: «Розробка моделі та алгоритму надання медико-соціальної допомоги підліткам з аддиктивною формою поведінки, що приймають ПАР», що запланована на 2013÷2015 рр.

Метою даного дослідження стало виявлення характеристики аддиктивних розладів поведінки підлітків, що споживають психоактивні речовини.

Завдання дослідження

Визначити соціально-демографічні, клініко-психопатологічні, патофизиологічні чинники формування аддиктивної поведінки при вживанні ПАР підлітками.

Вивчити особливості психічного здоров'я, наявність психічних та поведінкових розладів при вживанні ПАР підлітками.

Визначити клініко-динамічні особливості аддиктивної поведінки підлітків при споживанні ПАР.

Методи дослідження: соціально-демографічний, експериментально-психологічний, психодіагностичний, клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний, статистичний.

Для вивчення соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних особливостей досліджуваних застосовувалась Уніфікована карта обстеження, у структуру якої входили наступні складові: інформована згода на участь у дослідженні, соціально-демографічна анкета, методики визначення особистісно-характерологічних акцентуацій за Леонгардом, Басса-Дарки для діагностики агресивних та ворожих реакцій, самооцінки Ч. Д. Спілберга – Л. Ханіна (оцінка ситуаційної та особистісної тривоги); виявлення копінг-стратегій Є. Хейма, комплексної оцінки аддиктивного статусу індивіду за допомогою системи AUDIT тестів (за методикою І. В. Лінського та О. І. Мінко). Дослідження проводилося у різних групах населення: підлітків старших класів середніх шкіл, коледжів, студентів молодших курсів ВУЗів, особи з аддиктивною поведінкою, що вживають ПАР; паралельно вивчалась контрольна група осіб того ж віку. Дослідження було анонімним за умови інформованої згоди. Робота проводилась у декілька етапів: на першому, з врахуванням критеріїв включення, формували групи обстежених; на другому етапі, на основі поглибленого аналізу встановлених патогномонічних, клінічних та виявлення психологічних особливостей пацієнтів із залежністю від ПАР визначали мішені лікувального впливу з послідовним формуванням системи профілактичних заходів.

Результати роботи. Провідними мотивами патологічного потягу до вживання ПАР визначено: втеча від «тяжкої» реальності, переживання невдач у соціальному житті, конфлікти з батьками, вчителями, однолітками, почуття самотності, втрата сенсу життя, незатребуваність у майбутньому. Основою такої поведінки у аддиктивної особистості було бажання «сховатися» від реальності, почуття страху перед повсякденним, наповненим зобов'язаннями і регламентаціями «нудним» життям, схильність до пошуку яскравих емоційних переживань, нездатність відповідати за власні вчинки. Такі особи характеризувалися дефіцитом уваги у дитинстві, гіперактивністю; схильністю до фантазування про власні виняткові та незвичайні здібності, підвищеною «ранимістю» до критики або несхвалення, пошуком нових відчуттів та переживань, які виражались у прагненні

до фізичного та соціального ризику, низькою фрустраційною толерантністю.

Середовищними чинниками ризику формування патологічної поведінки частіше була аддиктивна родина (батьки, жінка/чоловік, брат, сестра); аддиктивне середовище за місцем роботи й навчання; аддиктивні друзі; особливості виховання, середовищні інтра- і трансперсональні конфлікти як психологічні предиктори, що створюють механізми саморуйнуючої поведінки та сприяють формуванню високої фрустраційної готовності. Загострення почуття провини і хворобливих фантазій ображеного самолюбства, що призводять до відчуження від реальних проблем. У даній категорії пацієнтів із дитинства виявлялася пристрасть до участі у яких-небудь нестандартних, психологічно стимулюючих занять або дій, які пов'язані з якимось особливим «інтересом». Внаслідок у таких підлітків здійснюється неусвідомлене позитивне підкріплення небезпечної системи (аддиктивної поведінки), споживанням ПАР, які стимулюють формування патологічного стереотипу залежної поведінки з відповідною зміною шкали ціннісних орієнтацій, етичних норм, моральних критеріїв. У свою чергу така деформована особистісна мотивація фіксувалася у свідомості, підсилюючись із часом у процесі формування залежної поведінки, доповнюючи прийманням ПАР. Таким чином, вплив соціального середовища на специфічну особистість підлітка був значним провідним чинником ризику розвитку залежної поведінки від ПАР.

До інших соціальних чинників ризику нами віднесено соціальну дезінтеграцію та нестабільність особистості у молодому віці. Більшість досліджених причинами залучення до вживання ПАР вважають «соціальну незадоволеність», постійну «соціальну тривогу». Тобто споживання ПАР та аддиктивна поведінка розглядалася ними як засіб відходу від реальності шляхом зміни психічного стану. До того ж встановлено, що як провідні чинники ризику соціального середовища, так і соціальні чинники ризику, потенційно підтримували один одного, формуючі індивідуальні картини патологічної поведінки.

До родинного чинника, якій безпосередньо пов'язаний із вихованням, нами віднесено наявність у пацієнтів правопорушень, вживання психоактивних речовин ($p < 0,05$). Основою даної поведінки була часто соціально дезадаптована батьківська родина із глибоким дефектом соціалізації та відсутністю психологічного блокування раннього вживання ПАР підлітками, скоєння асоціальних дій та правопорушень. До дисфункціональних та неблагополучних родин віднесено псевдоблагополучну, неповну, проблемну, аморальну та криміногенну ($p < 0,05$).

Таким чином, психологічною передумовою виникнення аддиктивної поведінки у підлітків, що вживають ПАР, із наступною залежністю, в якості провокуючого чинника визначена нервово-психічна нестійкість, наявність акцентуацій характеру (гіпертимної, емотивної, збудливої, демонстративної, циклотимної) ($p < 0,05$), реакції емансипації, групування, захоплення ($p < 0,05$).

Провідні мотиви аддиктивної поведінки характеризувалися відповідно конфліктною ситуацією в мікро- та макросоціумі.

У випадках встановлення залежності від ПАР буває досить важко визначити початок становлення аддиктивного процесу, так як аддикція розвивається поступово, поволі і до неї повністю відсутнє критичне ставлення.

Нині вдається можливим виділити деякі сприятливі фактори, що створюють підвищений ризик розвитку цієї форми аддиктивної поведінки. До них відносяться неправильне виховання в сім'ї, включаючи його різні варіанти: недостатню опіку, мінливість і непрогнозованість відносин, надмірну вимогливість, що поєднується із жорстокістю, установки на престижність. Велике значення мають співучасть у ранньому, хоча б епізодичному, прийманні ПАР та взаємних відповідних дій батьків, знайомих, наглядні негативні приклади в домашній умові на очах у дитини чи підлітка. Сприятливий ґрунт для розвитку, зокрема аддикції з прийманням ПАР, створює переоцінка значення матеріальних благ і порушення пріоритетів у теорії побажань у життєвому побуті (фіксування уваги в сім'ї на бажанні фінансових можливостей – і реальній відсутності їх реалізації).

Відповідно специфічними факторами ризику виникнення патологічної схильності до споживання ПАР можна визначити наступні: біологічні ($p < 0,05$) – молодий вік, синдром дефіциту уваги та гіперактивності в анамнезі; психологічні ($p < 0,05$) – екзистенційний вакуум, відсутність життєвого сенсу та цілей, високу схильність до аддиктивної поведінки та делінквентний потенціал, більш виражену компрометацію комунікативної сфери особистості, порівняно з емоційно-вольовою та інтелектуальною сферами; домінування серед особистісних властивостей безтурботності, імпульсивності, спонтанності у поведінці, невпевненості у собі, що поєднується з відсутністю самоаналізу, наявність демонстративної та збудливої акцентуації характеру; психосоціальні ($p < 0,05$) – переживання щодо неможливості досягнути бажаного (почасту сфантазованого) соціального статусу в своєму середовищі тобто положення в суспільстві, порушення або розрив соціальних зв'язків, зниження самооцінки із можливістю її компенсації у процесі приймання ПАР, участь у відповідній аддиктивній поведінці батьків у домашній обстановці на очах у дитини (підлітка), створення у родині культу «грошей» або «речей», переоцінка значення матеріальних благ, на яких фіксована увага, протиріччя бажаного та реального, відповідно, що призводить до психологічного дисбалансу особистості.

Виходячи із вищевказаного, вирішення питань допомоги при аддиктивних розладах у підлітків та молоді, що приймають ПАР, характеризується наступним. Психогігієнічні та психопрофілактичні заходи, мають бути націлені на біосоціальні, суб'єктивно-особистісні та поведінкові фактори ризику і патогенетичні механізми реалізації аддикції: контроль над імпульсивною поведінкою, характер самооцінки, погану переносимість фрустрації, порушення адаптації. Психотерапевтичними

мішеннями мають стати афективні, когнітивні, вольові та поведінкові функції аддикта.

Висновки

Дослідження особистісно-характерологічних рис у осіб з аддиктивною поведінкою, що приймають ПАР, виявило у них певні фізіологічні і особистісні характеристики. До провокуючих факторів залежної поведінки віднесено нервово-психічна неврівноваженість, акцентуація характеру (гіпертимний, збудливий, емотивний, демонстративний, екзальтований типи), поведінкові реакції групування та емансипації. Встановлено, що у осіб, споживаючих ПАР (що поступово переходять у залежність), спостерігається високий пошук відчуттів і бажання самоствердження. У свою чергу особистісним підґрунтям високого ризику розвитку аддиктивної поведінки є: імпульсивність, екстраверсія, почуття провини та підвищений рівень агресивності. Виявлено, що з високою достовірністю дані аддикції асоціюються з низьким рівнем адекватності та самодисципліни, а також із зростанням періодичності синдрому недостатньої уваги з гіперактивністю, проблемною неадекватною поведінкою, антисоціальними вчинками, зниженням адаптації та зловживанням ПАР.

Виявлено, що клінічними особливостями залежності від ПАР часто є домінування дистимічно-дисфоричної симптоматики з надцінною ідеєю бути в особливому стані, бажанням участі у відповідному спілкуванні та порушення здатності контролювати споживання ПАР, тривогою, депресією, підвищеною дратівливістю, демонстративною активністю діяльності, формальністю суджень, декларативним визнанням своєї провини або показним каяттям. При цьому виділено дві стадії розвитку залежної поведінки: субкомпенсована та декомпенсована.

Клініко-динамічними особливостями поєднаної залежної поведінки від ПАР є домінування підвищеного рівня реактивної та ситуаційної тривожності з надцінною ідеєю споживання ПАР, порушенням здатності контролювати свою поведінку, явищ депресивного спектра, формальністю суджень. При цьому можна діагностувати наступні стадії розвитку відповідної залежності, а саме: «умовно контрольована стадія», яка характеризується формальною поведінкою до відмови від приймання ПАР, або субкомпенсована; та неконтрольована або некомпенсована, коли особи не вважають залежність розладом. Встановлено, що у клінічному плані динаміка симптомів аддиктивної поведінки високо корелює із специфічними мотивами споживання ПАР (комунікативні, гедоністичні, компульсивні).

Література

1. Аналітично-статистичний довідник 1990-2008 рр. Епідемії алкохолізму та наркоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України. – Х.: 2009. – 168 с.
2. Бухтіярова О. Г. Клініко-психологічні аспекти залежності від тютюнопаління. / О. Г. Бухтіярова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2011. № 1 (19). – С. 51-54.
3. Вієвський А. М. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у дітей і підлітків (клінічна феноменологія, профілактика та корекція)-2012.
4. 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.
5. 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.
6. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / А. М. Вівський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк[та ін.] // – Київ, 2011 – 22 с.
7. 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. Мусяк, О. О. Петриченко. – Харків: Плеяда, 2009. – 168 с.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді: Навчально-методичний посібник / Під ред. В. В. Бурлаки. Київ: Герб, 2008. 224 с.
12. 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.

ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Е. Н. ХАРЧЕНКО, Г. А. ПРИБ, Т. В. СИННИЦКАЯ, К. А. ВЛАСОВА, Ю. А. ВОЙТЕНКО

В работе рассмотрены аспекты характеристики аддиктивных расстройств подростков та молодежи, которые употребляют психоактивные вещества. Представлены предшествующие параметры возможной модели медико-социальной помощи данной категории лиц в Украине.

Ключевые слова: психоактивные вещества, зависимость, подростки, молодые люди, аддиктивные расстройства, психологические особенности

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DATA ADDICTIVE DISORDERS ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

E. KHARCHENKO, G. PRIB, T. SINITSKAYA, K. VLASOVA, Y. VOYTENKO

In the robot discussed aspects of the response addiktivnih disorders that young adolescents who use psychoactive substances. Presents a possible model parameters prior to medical and social services in this category of persons in Ukraine.

Keywords: psychoactive substance dependence, teenagers, young people, addictive disorders, psychological characteristics

ДАЙДЖЕСТ

СОСТОЯЛАСЬ ОФИЦИАЛЬНАЯ ПРЕЗЕНТАЦИЯ DSM-5

На конференции Американской психиатрической ассоциации (АПА) в Сан-Франциско, проведенной 18–22 мая, состоялась официальная презентация пятой редакции Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)).

Согласно выступлению доктора медицины Дилипа Джесте (Dilip Jeste), который до недавнего времени занимал пост президента АПА, в разработке DSM-5 были задействованы сотни экспертов из различных стран мира представляющих разные дисциплины, и данное руководство является отображением современных познаний в области медицины.

Также ученый отметил, что новое издание включает новую организацию глав, которая демонстрирует как психические расстройства связаны друг с другом на основе характеристики симптомов или предрасположенностей. В добавок к этому в DSM-5 расстройства сформированы в контексте возраста, то есть в соответствии с жизненным циклом в пределах каждой главы.

Доктор медицины Дэвид Купфер (David Kupfer), принимавший участие в составлении DSM-5, отметил, что в новую редакцию было добавлено несколько новых расстройств, включая «binge eating disorder» (импульсивное переедание), «disruptive mood dysregulation disorder» (расстройство регуляции настроения) и «hoarding disorder» (расстройство избыточного накопления). Также добавили новую секцию (секция 3), в которой

описаны некоторые состояния, которые требуют большего изучения перед включением их в основную часть руководства.

По данным АПА изменениям подверглись различные рубрики. Так, внесены изменения в биполярные расстройства в виде включения увеличения энергии/активности в качестве основного симптома для эпизода гипомании/мании. Смешенное тревожно-депрессивное расстройство перенесено в секцию 3, а синдром Аспергера отнесли к расстройствам аутистического спектра. Также были сделаны и другие изменения, с которыми можно ознакомиться на сайте АПА, посвященном DM-5 (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>).

В своей критике новой редакции DSM-5 доктор медицины Томас Инсел, директор Национального института психического здоровья, США (National Institute of Mental Health, NIMH) отмечает, что критерии данного руководства базируются скорее на консенсусе, чем на объективных лабораторных данных и NIMH в будущем будет переориентировать свои исследования с критериев DSM-5.

Новая редакция DSM-5 уже доступна в печатной версии, электронные варианты будут доступны позже на протяжении 2013 года.

Cassels C. DSM-5 officially launched, but controversy persists // Medscape, published online 18 May 2013 (<http://www.medscape.com/viewarticle/804410>).

American Psychiatric Association: DSM-5 development, electronic resource (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>).

РАЗРАБОТАНО НОВОЕ МЕТА-РУКОВОДСТВО ПО ШИЗОФРЕНИИ

В апреле в журнале «CNS Spectrums» группа экспертов по шизофрении во главе с доктором Стивеном Сталем (Stephen Stahl) из Калифорнийского университета опубликовало новое руководство для врачей, медсестер и других специалистов в сфере охраны здравоохранения для лечения пациентов с данным расстройством.

Эта руководство, которое кроме других клинических проблем рассматривает также нейровизуализацию и электросудорожную терапию, содержит в себе наиболее релевантную доказательную базу по стратегиям терапии, побочным эффектам препаратов и комплаенсу к терапии. Как отмечают авторы, ранее не существовало точного набора рекомендаций, которые могли помочь

клиницистам в суждении о том, какая терапия нужна пациенту с шизофренией на каждой стадии заболевания.

Руководство состоит из нескольких секций, первая из которых посвящена рекомендациям относительно необходимости дифференциальной диагностики, часто-го обследования пациента и мониторинга возможного злоупотребления алкоголем. Также в руководстве отмечается, что на начальной стадии терапии при первом эпизоде заболевания терапию следует начинать с низких доз атипичных антипсихотиков, при их неэффективности – применять конвенционные антипсихотики, а при неэффективности этих вариантов, следует рассмотреть вариант использования клозапина.

Кроме этого, в руководстве указываются необходимые методы обследования, включая антропометрические измерения, лабораторные анализы для выявления возможных побочных эффектов терапии. Далее рассматривается терапия в стационарных и амбулаторных условиях и составления плана лечения на острой, стабилизационной и стабильной фазе терапии, включая возможность применения психосоциальных интервенций и электросудорожной терапии. Также в руководстве указана информация относительно рецептор-связывающих свойств атипичных антипсихотиков и алгоритм их использования при шизофрении.

На данный момент С. Сталь и соавторы занимаются разработкой дополнением к руководству в отношении стратегии ведения пациентов, терапия которых по стандартным рекомендациям не привела к желаемым результатам. С указанным руководством можно ознакомиться онлайн на сайте журнала.

Stahl S.M., Morrissette D.A., Citrome L. et al. (2013) «Meta-guidelines» for the management of patients with schizophrenia // CNS Spectrums, published online April 16, 2013.

Braunser D. Schizophrenia «Guideline of Guidelines» released // Medscape, May 16, 2013 (<http://www.medscape.com/viewarticle/804305>).

ПОЛУЧЕНЫ ПЕРВЫЕ ПРЯМЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НАРУШЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ ЦИРКАДНЫХ ГЕНОВ ПРИ ДЕПРЕССИИ

Исследования, проведенное доктором Джуном Ли (Jun Li) из Мичиганского университета и соавторами и опубликованное в мае в журнале «PNAS», позволило получить доказательства нарушения экспрессии циркадных генов при депрессии.

Ученые смогли получить эти данные после патологоанатомического анализа мозговой ткани 89 лиц, умерших в разное время суток, из которых 34 страдали на большое депрессивное расстройство. Образцы РНК собрали из таких регионов мозга, как дорсолатеральная префронтальная кора, миндалина, мозжечок, гиппокамп, передняя поясная кора и прилежащее ядро (n. accumbens).

Всего в ходе проведения исследования проанализировали экспрессию 1200 генов из указанных областей мозга, из них около 100 принимали непосредственное участие в 24-часовых циклических паттернах. Цикличность экспрессии найденных генов подтвердилась и в животных моделях. К таким генам, помимо прочих, ученые отнесли рецептор к липопротеинов низкой плотности, который задействован в синтезе и метаболизме липидов, и рецептор нейропептида гипокретина,

который регулирует сон, аппетит и потребление энергии.

Анализ образцов, взятых от лиц с депрессией, показал не только нарушение цикличности экспрессии данных генов, но и нарушение фазового взаимодействия между индивидуальными генами. При этом нарушение цикличности экспрессии в одном из регионов мозга, например в дорсолатеральной префронтальной коре, не обязательно сопровождался такими нарушениями в других областях. Однако в данном случае, как отмечают исследователи, нельзя отрицать и влияния индивидуальных особенностей экспрессии генов на дисрегуляцию между циркадными генами. С другой стороны данный эксперимент позволил полностью исключить влияние антидепрессантов на нарушение экспрессии циркадных генов, что ранее сделать не удавалось. Ученые надеются, что результаты данной работы позволят идентифицировать новые биомаркеры и терапевтические мишени для депрессивных расстройств.

Li J.Z., Bunney B.G., Meng F. et al. Circadian patterns of gene expression in the human brain and disruption in major depressive disorder // PNAS, published online before print May 13, 2013.

СИОЗС И ТЦА ОДИНАКОВО ЭФФЕКТИВНЫ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ И ДИСТИМИИ

Согласно данным нового систематического обзора и мета-анализа, проведенного von Wolff A. b соавторами (2013) и опубликованного в «Journal of Affective Disorder», селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и трициклические антидепрессанты имеют одинаковую эффективность при лечении пациентов с хронической депрессией и дистимией. Эти результаты также опубликовали онлайн 20 апреля в «Evidence Based Mental Health».

Указанный систематический обзор был сфокусирован на рандомизированных контролируемых исследованиях с участием взрослых пациентов с диагнозом хронической депрессии, дистимии или рекуррентной депрессии без полной ремиссии между эпизодами. Основной конечной точкой был ответ на терапию, который определялся как улучшение в количестве набранных баллов согласно используемым шкалам на $\geq 50\%$. Вторичной – ремиссия, определяемая как снижение

количества набранных баллов до уровня ниже клинической значимости.

Всего в анализ вошло 20 РКИ, в которых приняли участие 2918 добровольцев. 9 исследований, в которых сравнивалась эффективность СИОЗС с плацебо, 7 - ТЦА и плацебо и 6 – СИОЗС и ТЦА. Проведенный анализ показал, что СИОЗС значительно повышали ответ на терапию и количество пациентов, достигших ремиссии, при этом количество пациентов, которых необходимо пролечить для достижения 1 дополнительно случая ответа на терапию (number needed to treat, NNT) или ремиссии составило 6 и 7 соответственно. При этом СИОЗС значительно не повышали риск возникновения побочных эффектов и отмены терапии.

ТЦА также значительно повышали ответ на терапию и процент пациентов, достигших ремиссию. NNT для ответа на терапию и ремиссии составило 4 и 7

соответственно. Однако при этом ТЦА, в отличие от СИОЗС, значительно повышали риск для побочных эффектов в сравнении с плацебо. Это же подтвердилось и при сравнении ТЦА с СИОЗС, в котором при отсутствии значимых различий в отношении основной и вторичной конечной точки прием последних был ассоциирован с более низким риском побочных эффектов (относительный риск 0,41; $p=0,02$). Эти данные находят свое подтверждение в научных работах, проведенных ранее.

Von Wolff A., Holzel L.P., Westphal A. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in the acute treatment of chronic depression and dysthymia: a systematic review and meta-analysis // J. Affect. Disord. – 2013. – V. 144. – P. 7-15.

Review: SSRIs and TCAs equally effective at treating chronic depression and dysthymia; SSRIs are associated with fewer adverse events than TCAs // Evid. Based Mental Health, published online April 20, 2013.

ОФІЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

І. Я. Пінчук, Н. М. Степанова, О. В. Цюмік, О. В. Кир'янов НАУКОВО–ПРАКТИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ УКРАЇНСЬКОГО НАУКОВО-ДОСЛІДНОГО ІНСТИТУТУ СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ МОЗ УКРАЇНИ ЗА 2012 РІК

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

Ключові слова: інститут, науково-практична діяльність, психіатрія

Науково-дослідна робота. Наукова робота в 2012 році в УНДІ ССПН проводилася за наступними напрямками: соціальна психіатрія (психіатрія катастроф; суїцидологія; пограничні стани та соматоформні розлади; медико-соціальні проблеми терапії психічних розладів у дорослих, дітей та підлітків); судова психіатрія (судово-психіатрична експертиза; судово-психіатрична профілактика); наркологія: хімічні та нехімічні форми аддикції (проблеми залежності від психоактивних речовин, тютюну, азартних ігор, Інтернету та інших). Відповідно в 2012 році виконувалося сім прикладних науково-дослідних робіт (НДР). Три НДР були завершені в минулому році, а саме:

1. «Розробити систему психотерапії та психопрофілактики у комплексному лікуванні кардіохірургічних хворих» (2010-2012 рр.), науковий керівник НДР – д. мед. н., проф. Дзюба О. М. У результаті роботи були визначені структурно-динамічні нейрофізіологічні, клініко-феноменологічні та клініко-психологічні характеристики психічних порушень непсихотичного регістру у хворих кардіохірургічного профілю; розроблено, апробовано та впроваджено диференційований комплекс психотерапевтичних заходів, який спрямований на своєчасне надання психотерапевтичної допомоги кардіохірургічним пацієнтам на стаціонарному та амбулаторному етапах реабілітації. Медична ефективність: зниження клінічно вираженої симптоматики у 80,8% пацієнтів – понад 50%, з них у 28,3% пацієнтів редукція більш ніж на 75%, що суттєво поліпшило та удосконалило якість медико-соціальної допомоги кардіохірургічних пацієнтів. Соціальна ефективність: полягає в підвищенні якості реабілітації, зниженні соціальної ізоляції на 36,6%, у тому числі комунікаційної на 43,2%, домашньої активності на 31,5% та виробничої на 23,3%. Економічна ефективність: за рахунок впровадження скорочення кількості днів госпіталізації на 0,4%, зменшення перебування хворого на лікарняному листі протягом року на 7,6% та зменшення кількості відвідування лікаря на 1,35% у місяць, що суттєво заощадило державні кошти.

2. «Науково обґрунтувати, розробити та впровадити критерії якості надання медико-соціальної допомоги

хворим на шизофренію» (2010–2012 рр.), науковий керівник НДР – д. мед. н., проф. Пішель В. Я. Були визначені клініко-соціальні та клініко-психологічні характеристики хворих на шизофренію, які можуть впливати на якість психіатричної допомоги. Досліджено ресурс сімейної підтримки та характер взаємодії в родині хворого на шизофренію; суб'єктивна оцінка якості медико-соціальної допомоги родичами пацієнтів та хворими на шизофренію. Розроблено медико-соціальні та клініко-психологічні критерії та доведено доцільність їх застосування в системі оцінки якості медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію; індикатори якості медико-соціальної допомоги підліткам, хворим на шизофренію та вимоги до програмно-цільового обслуговування підлітків із шизофренією. Медична ефективність: впровадження запропонованих критеріїв якості дозволяє об'єктивізувати клініко-соціальні результати психіатричної допомоги та здійснити контроль її відповідності існуючим стандартам та клінічним протоколам, а також суттєво поліпшити та удосконалити якість медико-соціальної допомоги, що є підставою для відповідної раціоналізації економічних витрат. Соціальна ефективність: використання розроблених критеріїв сприятиме виявленню найбільш пріоритетних напрямів удосконалення медико-соціальної допомоги пацієнтам даної категорії із врахуванням потреб споживачів психіатричних послуг. Економічна ефективність: за рахунок впровадження критеріїв якості медико-соціальної допомоги передбачається скоротити рівень первинної інвалідизації хворих на шизофренію на 7%. За результатами НДР був підготовлений проект наказу МОЗ № 668 від 30.08.2012 р. «Концептуальні засади вдосконалення психіатричної допомоги дітям», проект інструкції МОЗ «Інструкція про порядок госпіталізації дітей у віці до 18 років, які страждають від психічних та поведінкових розладів у стаціонарні психіатричні заклади».

3. «Розробити систему лікувально-профілактичних заходів щодо надання спеціалізованої медичної допомоги особам із хімічною та нехімічною аддикціями (на моделі алкогольної та ігрової залежностей)» (2010-2012 рр.), науковий керівник НДР – д. мед. н., с. н. с.

Пріб Г. А. Було проведено аналіз вітчизняних та іноземних джерел щодо захворюваності і поширеності хімічної та нехімічної аддикцій (на моделі алкогольної та ігрової залежностей), можливості надання їм спеціалізованої медико-психологічної допомоги. Визначено соціально-демографічні, клініко-психопатологічні та психологічні особливості осіб із хімічною та нехімічною залежностями. Вивчено біологічні, психологічні та психосоціальні чинники ризику формування хімічної та нехімічної аддикцій і основні показники якості життя даного контингенту. Розроблено, апробовано і впроваджено систему психогігієни, психопрофілактики та психотерапії при наданні спеціалізованої медичної допомоги особам із хімічною і нехімічною аддикціями (на моделі алкогольної та ігрової залежностей). Медична ефективність: покращення якості та ефективності лікувально-діагностичного процесу хімічних та нехімічних аддикцій до 30%. Соціальна ефективність: покращення ресоціалізації, зниження рівня правопорушень у стані алкогольного сп'яніння, зменшення рівня зловживання хімічними та нехімічними аддикціями (на моделі алкогольної та ігрової залежностей) серед населення України до 20%. Економічна ефективність: зменшення витрат на спеціалізовану психіатричну і наркологічну допомогу у осіб із хімічними та нехімічними аддикціями до 27%.

Чотири НДР є перехідними, вони продовжуються виконуватись у поточному році, а саме:

1. «Розробити методологічні та методичні принципи проведення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи у кримінальному процесі» (2011–2013 рр.), науковий керівник НДР – д. мед. н., с. н. с. Ілейко В. Р. У минулому році було досліджено та проаналізовано практику проведення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи у кримінальному процесі. Визначено стан експертної практики проведення КСППЕ у кримінальному процесі (клініко-діагностичні, методичні аспекти, проблеми межкомпетенції лікаря – судово-психіатричного експерта та психолога-експерта). Визначені типові помилки, труднощі проведення, випадки невідповідності чинному законодавству та нормативно-правовим документам при складанні висновків даної експертизи. Медична ефективність: нове наукове знання щодо стану проблеми комплексної судової психолого-психіатричної експертизи у кримінальному процесі, стандартизація проведення комплексних судово-психіатричних експертиз в Україні та оформлення висновків таких експертиз. Соціальна ефективність: забезпечення дотримання вимог законодавства щодо відповідності висновку експерта межах його спеціальних знань, законності та об'єктивності судової експертизи; підвищення обґрунтованості судових рішень (вироків, постанов, ухвал) у кримінальному процесі, запобігання судовим помилкам та порушенню прав людини. Економічна ефективність: зменшення зайвого навантаження на експертів, скорочення кількості додаткових та повторних експертиз на 10%, скорочення загальної кількості комплексних судових психолого-психіатричних експертиз (які є більш коштовними та трудомісткими) на

20%, скорочення викликів експертів у судові засідання; скорочення строків досудового та судового слідства у кримінальних справах та відповідно зменшення фінансових витрат на розгляд кожної кримінальної справи.

2. «Розробити модель комплексної програми психіатричної та соціально-психологічної корекції пацієнтів із саморуйнівною поведінкою в межах біопсихосоціальної парадигми (психіатричний, соціально-психологічний та психосоматичний аспекти)» (2011–2013 рр.), науковий керівник НДР – д. мед. н., проф. Чабан О. С. У 2012 році було розроблено методичне забезпечення, інструментарій дослідження предикторів та превенторів саморуйнівної поведінки. Розроблена та впроваджена «Карта обстеження пацієнта із підвищеним ризиком аутоагресивної поведінки». Визначені та проаналізовані психологічні та психосоціальні предиктори аутоагресивної поведінки в осіб небезпечних видів професій і виявлені їх причини. Медичний ефект: реалізація проекту дозволить покращити раннє виявлення аутодеструктивної поведінки у людей небезпечних професій та допомогу даній категорії пацієнтів на 10÷12%. Соціальний ефект: полягає в покращенні ресоціалізації – 23%, зменшенні аутодеструктивної поведінки у вигляді куріння, алкоголізації та наркотизації, ризикової поведінки на робочому місці (на прикладі «людина-машина») у осіб небезпечних професій (гірників, машиністів) – 37%. Економічний ефект: скорочення перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні в середньому на 3–5 днів. Економічна ефективність проекту складатиме до 20%.

3. «Розробка критеріїв зміни і припинення примусових заходів медичного характеру хворим із посттравматичними стресовими розладами, які скоїли суспільно небезпечні дії та злочини» (2011–2013 рр.), науковий керівник: НДР д. мед. н., проф. Ревенок О. А. У 2012 році було обстежено 156 осіб із тимчасовими психічними розладами, пов'язаними зі стресом (реактивними психозами). Проаналізовано клінічні, соціально-демографічні та психологічні характеристики даного контингенту. Виявлено критерії суспільної небезпеки досліджуваного контингенту хворих, розглянуто сучасну наукову інформацію, стосовно тематики дослідження. Медичний ефект: реалізація проекту дозволить покращити ранню діагностику станів, при яких особа не обумовлює суспільну небезпеку на 10÷12%. Соціальний ефект: скорочення терміну перебування особи на примусових заходах медичного характеру дозволить скоротити термін розгляду судових справ у кримінальному провадженні на 20÷25%. Економічний ефект: скорочення строків застосування до хворих примусових заходів медичного характеру, і, як наслідок, зменшення витрат державних коштів. Диференційоване застосування виду примусових заходів медичного характеру, зменшить витрати на утримання хворих.

4. «Судово-психіатрична оцінка станів залежності від алкоголю в цивільному процесі» (2012–2014 рр.), науковий керівник НДР: д. мед. н., проф. Ревенок О. А. У 2012 році було проведено теоретико-аналітичне дослідження законодавчих, методичних, методологічних, клінічних

та організаційних аспектів проведення судово-психіатричної експертизи особам із залежністю від алкоголю у цивільному процесі. Розроблено та апробовано інструмент дослідження (карту обстеження тематичних хворих). Сформовано масив тематичного матеріалу для подальшого аналізу та статистичної обробки. Проведено накопичення експертного наукового матеріалу з різних експертних установ України. Отримано попередні дані про структуру експертних діагнозів та висновків, оцінено їх обґрунтованість, визначено перспективи подальших наукових розробок. Медична ефективність: реалізація проекту дозволить удосконалити діагностику станів залежності від алкоголю при проведенні судово-психіатричних експертиз у цивільному процесі на 10÷12%. Соціальна ефективність: підвищення доказової сили висновку судово-психіатричної експертизи дозволить скоротити кількість повторних судово-психіатричних експертиз на 18÷25%. Економічна ефективність: скорочення перебування під експертним на стаціонарній судово-психіатричній експертизі на 15 днів. Реалізація проекту призведе до економії 20%.

Спеціалізована вчена рада. У минулому році плідно працювала Спеціалізована вчена рада Д 26.620.01 при УНДІ ССПН. Було проведено 12 засідань, на яких відбулися: захист дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук – 4 (за спеціальністю 14.01.16 – «Психіатрія» – 2; за спеціальністю 14.01.17 – «Наркологія» – 2), кандидата медичних наук – 13 (за спеціальністю 14.01.16 – «Психіатрія» – 10, за спеціальністю 14.01.17 – «Наркологія» – 3).

Проведення конференцій та міжнародне співробітництво. У 2012 році Інститутом було проведено науково-практичні конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної, соціальної та судової психіатрії в Україні» (19–20.04.2012 р., м. Донецьк) та науково-практичну конференцію «Kiev Evidence Week 2012. День психіатрії» (24–26.10.2012 р. м. Київ). УНДІ ССПН у минулому році також брав участь в організації та проведенні IV Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодні і майбутнє» (Харків 3–5 жовтня 2012 р.), науково-практичній конференції «Депресивні розлади в неврологічній та загальній практиці: міждисциплінарні комплексні підходи до діагностики та лікування в сучасних умовах» (20 листопада 2012 р., м. Ужгород). Крім того, наша установа спільно з науково-дослідним центром наркоманії і відділом психіатрії Мічиганського університету забезпечила проведення «1st Annual Workshop Lifespan Development of Substance Abuse: I» (Київ 14–17 листопада 2012 р.).

УНДІ ССПН МОЗ України має партнерські стосунки з Медичним трастом Південного Лондона та Модслі і науковою мережею Західного Лондона (м. Лондон, Великобританія); Інститутом психіатрії, Королівський коледж (м. Лондон, Великобританія); Медичним Університетом Північної частини штату Нью-Йорк (м. Сіракузи, США); відділом дитячої та підліткової психіатрії Інститута психіатрії та неврології (м. Варшава,

Польща); відділом реабілітації Інститута психіатрії та неврології (м. Варшава, Польща); Науково-дослідним центром наркоманії і відділом психіатрії Мічиганського університету (США). Інститут бере активну участь у роботі «Міжнародної асоціації дитячої та підліткової психіатрії та суміжних спеціальностей»; Американської асоціації дитячої та підліткової психіатрії та суміжних спеціальностей; регіонального офісу Програм психічного здоров'я Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я.

За минулий рік у межах міжнародного співробітництва стажування за кордоном пройшли 8 осіб; тренінг – 5 осіб; брали участь у міжнародних форумах та конференціях – 10 осіб. У цілому науковими співробітниками Інституту в 2012 році було оприлюднено 12 наукових доповідей за кордоном (Росія, Великобританія, Франція, Чехія, Нідерланди, Корея, Австрія, Японія, Словенія).

Навчальна робота. Відповідно до рішення апаратної наради МОЗ України від 21.05.2001 р., наказів МОЗ України від 17.01.2002 р. № 12 та від 15.02.2002 р. № 64 в Інституті проводиться післядипломна підготовка фахівців-психіатрів на курсах інформації та стажування «Сучасні методи проведення попередніх та періодичних психіатричних оглядів» (програма затверджена Головним управлінням освіти, науки та інформаційно-аналітичного забезпечення МОЗ України 25.04.02). За минулий рік 224 фахівців-психіатрів з усіх регіонів України підвищили свою кваліфікацію у цьому напрямі.

Амбулаторно-консультаційна допомога. Консультативно-поліклінічним відділенням Інституту (КПВ) було розіслано інформаційні листи начальникам головних управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головним позаштатним спеціалістам за фахом «психіатрія» та «наркологія», головним лікарям обласних, міських, районних психоневрологічних лікарень, наркологічних диспансерів щодо надання КПВ консультативно-діагностичної та лікувально-профілактичної допомоги населенню України; проведено щомісячний та щоквартальний моніторинг звернень громадян України до КПВ, а також надання консультативно-діагностичної та лікувально-профілактичної допомоги населенню України. За направленнями наукових співробітників здійснювалася госпіталізація тематичних хворих в клінічні відділення Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1 та Дорожньої клінічної лікарні №1 ст. Київ-Пасажирський згідно з діючими угодами між Інститутом та лікарнями. Всього за звітний період консультативно-діагностичну та амбулаторну лікувально-профілактичну допомогу отримали 3012 пацієнтів, із них: 1249 – діти віком до 14 років (41,5%); 46 – віком від 15 до 17 років (1,5%); 1717 – дорослих (57,0%). Серед хворих велику питому вагу становлять особи з діагностично складними та резистентними до лікування формами психічних розладів і ускладненнями психофармакотерапії, а також пацієнти із соціально детермінованими психічними порушеннями та із залежністю від психоактивних речовин.

Нормативно-правова робота. З метою вдосконалення нормативно-правової бази психіатричної

допомоги фахівці Інституту взяли участь у розробці: Наказу МОЗ України від 30.08.2012 р. №668 «Концептуальні засади вдосконалення психіатричної допомоги дітям»; Проекту інструкції МОЗ «Інструкція про порядок госпіталізації дітей у віці до 18 років, які страждають від психічних та поведінкових розладів у стаціонарні психіатричні заклади»; Постанови Кабінету

Міністрів від 19.10.2012 р. №924 «Про затвердження порядку проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності, що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих».

МІЖНАРОДНА КОНФЕРЕНЦІЯ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУДОВОЇ І СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХІАТРІЇ XXI СТОЛІТТЯ»

18–19 квітня у Житомирі на базі КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України провів науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Актуальні питання судової і соціальної психіатрії XXI століття».

дотримання європейських стандартів прав хворих, людей з особливими потребами при наданні їм медичної допомоги, розробку засад соціальної політики у психіатрії, створення соціальної психіатрії, зміцнення інтелектуальної та матеріально-технічної бази вітчизняної психіатрії.



Понад 200 психіатрів, у тому числі дитячих та судових, а також психологів, соціальних працівників України та Німеччини протягом трьох днів обговорювали організаційні та етичні питання реформування системи охорони психічного здоров'я країни, судово-психіатричної експертизи та примусового лікування.

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України здійснює активну діяльність, спрямовану на інтеграцію української психіатрії до загальносвітової психіатрії,

Перед учасниками конференції виступили 33 доповідачі по загальним питанням реформування галузі, проблемам освіти й науки, медико-соціальної допомозі хворим на шизофренію, проблемам діагностики та терапії психічних розладів та психіатричним проблемам юстиції та судової психіатрії. Також проведено обговорення цих питань. На конференції було представлено 104 стендові доповіді.

19 квітня проведена нарада головних позаштатних спеціалістів України за фахом психіатрія.

За підсумками конференції було прийнято Житомирську декларацію щодо невідкладних заходів у сфері охорони психічного здоров'я, розвитку психіатричної допомоги та соціального захисту споживачів цієї допомоги.

Під час конференції провідні спеціалісти в галузі психіатрії взяли участь у заходах із нагоди Дня довкілля. На території Житомирської обласної психіатричної лікарні №1 посадили алею дерев. В озелененні території взяли участь директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «психіатрія» Ірина Пінчук, президент Асоціації психіатрів України Семен Глузман, головний лікар Житомирської обласної психіатричної лікарні №1 Олександр Гусак, колеги із Німеччини Нільс Перксен, Ельмар Шпанкен, Данієла Брандтнер, Карін Пол,



професор Хартмут Бергер та головні лікарі психіатричних закладів України.

**ЗВІТ ПРО ЗАСІДАННЯ КРУГЛОГО СТОЛУ НА ТЕМУ:
«ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ,
ЯК РІЗНОВИДУ ДЕРЖАВНОГО ПРИМУСУ»,
ЩО ВІДБУВСЯ У СЕКРЕТАРІАТІ УПОВНОВАЖЕНОГО
ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ З ПРАВ ЛЮДИНИ 25 ЧЕРВНЯ 2013 РОКУ**

У Секретаріаті Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини 25 червня 2013 року відбулося засідання круглого столу на тему: «Застосування примусових заходів медичного характеру, як різновиду державного примусу». Захід був ініційований Департаментом з питань реалізації національного превентивного механізму Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, спільно з Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

Засідання круглого столу було відкрито доповіддю Белоусова Юрія Леонідовича, Представника Уповноваженого – керівника Департаменту з питань реалізації національного превентивного механізму, на тему: «Результати моніторингу стану забезпечення прав та свобод осіб, які хворіють на психічні розлади, в місцях несвободи». У доповіді було представлено звіт «Моніторинг місць несвободи в Україні: стан реалізації національного превентивного механізму». Доповідач повідомив, що у 2012 році даним Департаментом було обстежено 15 психіатричних лікарень та низка слідчих ізоляторів. За результатами моніторингу, було виявлено випадки, коли психічно хворі особи перебували в СІЗО після проведення судово-психіатричної експертизи та до винесення ухвали суду про призначення примусових заходів медичного характеру. Департаментом було відзначено, що ці дії може бути визнано катуванням та жорстоким поводженням стосовно осіб, які хворіють на психічні розлади. Крім того, у доповіді було окреслено питання охорони відділень, у яких застосовуються примусові

заходи медичного характеру у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом. Представником Уповноваженого було повідомлено присутнім, що, за даними одного з психіатричних закладів, вартість послуг Державної служби охорони України сягає 300 тис. гривень на рік. У психіатричній лікарні, у якій застосовуються примусові заходи медичного характеру у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, охорона взагалі здійснюється Державною пенітенціарною службою України. Серед найактуальніших питань, які стоять перед суспільством у частині дотримання прав і свобод осіб, було зазначено відсутність порядку забезпечення виконання запобіжних заходів, передбачених ст. 508 КПК України.

Наступний доповідач, Іванова Наталія Іванівна, Представник Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, керівник Департаменту з питань дотримання соціально-економічних та гуманітарних питань, торкнулося питань стосовно госпіталізації військовослужбовців у психіатричні заклади та наслідків встановлення психічного розладу на конкретному прикладі. Серед проблем, які було обговорено, актуальним є порядок перегляду діагнозу психічного захворювання в системі Міністерства оборони України та участь у цьому процесі Міністерства охорони здоров'я України.

Доповідь Головного спеціаліста відділу конвойного підрозділу спеціальних установ і судової міліції Департаменту громадської безпеки МВС України Малого Олександра Анатолійовича «Співробітництво підрозділів МВС України та ДПтС України із закладами охорони

здоров'я при застосуванні ПЗМХ у вигляді поміщення особи до психіатричного закладу», була присвячена особливостям взаємодії співробітників МВС з Державною пенітенціарною службою України, але проблемам взаємодії із закладами охорони здоров'я належної уваги приділено не було. Доповідач зазначив, що невіршеним є питання, хто саме повинен забезпечувати безпеку при переміщенні особи із зали судового засідання до закладу охорони здоров'я у випадку, коли стосовно особи скасовується запобіжний захід у вигляді тримання під вартою, та застосовуються запобіжні заходи, передбачені ст. 508 КПК України. Співробітники ДПтС України на сьогодні не мають для цього правових підстав.

Директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Головний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Психіатрія» Пінчук Ірина Яківна, у своїй доповіді «Труднощі у взаємодії закладів охорони здоров'я із судом та підрозділами Міністерства внутрішніх справ України при застосуванні примусових заходів медичного характеру» взаємодію закладів охорони здоров'я із судами та підрозділами Міністерства внутрішніх справ України розділила на два рівні: догоспітальний та госпітальний. На догоспітальному рівні існують проблеми щодо примусового огляду осіб, який передбачено ст. 11 Закону України «Про психіатричну допомогу», та недосконалості механізму взаємодії закладів охорони здоров'я із судами та підрозділами Міністерства внутрішніх справ України, а також при наданні особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку (ст. 12 Закону України «Про психіатричну допомогу»). На госпітальному етапі основною проблемою є різна оцінка лікарів-психіатрів і суддів можливості припинення застосування примусових заходів медичного характеру. Так, лікарі-психіатри оцінюють психічний стан особи, а судді його розцінюють у сукупності з іншими обставинами, зокрема тяжкістю вчиненого суспільно небезпечного діяння. Відсутня єдина практика стосовно перебування особи у судовому процесі: так, у декількох регіонах відбуваються виїзні судові засідання, які проходять у закладах охорони здоров'я; прогресивним є досвід Івано-Франківської області, де судові засідання відбуваються у режимі онлайн; але в деяких регіонах суди наголошують на обов'язковій присутності особи у залі суду.

Завідувач відділу судово-психіатричної профілактики та амбулаторних судово-психіатричних експертиз Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України Шум Сергій Сергійович у доповіді «Застосування запобіжного заходу до осіб, стосовно яких передбачається застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді поміщення до психіатричного закладу, в умовах, що виключають їх небезпечну поведінку (ст. 508 КПК України)» звернув увагу на відсутність посилань у КПК України на обов'язкове лікування зазначених осіб, на відміну від ст. 92 КК України, відповідно до якої, примусові заходи медичного характеру мають на меті обов'язкове лікування

особи. У такому разі, як зазначив доповідач, не зовсім зрозумілою є мета застосування таких заходів, адже вказане у ст. 508 КПК України «поміщення до психіатричного закладу» не становить терапевтичного ефекту. Таким чином, у разі відсутності усвідомленої згоди особи на лікування, механізм надання їй медичної допомоги відсутній. Доповідачем було повідомлено учасникам, що на даний момент відсутня нормативно-правова база, яка регламентує порядок застосування запобіжного заходу, передбаченого ст. 508 КПК України. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України не лише підтримав пропозицію Генеральної Прокуратури України стосовно розробки пакету міжвідомчих нормативно-правових актів щодо порядку застосування запобіжних заходів, передбачених ст. 508 КПК України, але й самостійно, за власною ініціативою провів обговорення з головними позаштатними спеціалістами регіонів України зі спеціальності «Психіатрія» даного питання. Також доповідачем було наведено випадок щодо особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння під час тимчасового психічного розладу, та була визнана судом неосудною, і яка, починаючи з 2005 року донині перебуває у психіатричному закладі із суворим наглядом, незважаючи на відсутність для цього медичних показань.

Суддя Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ Марчук Наталія Олегівна виступила з доповіддю: «Судова практика застосування примусових заходів медичного характеру». Пані суддя повідомила присутнім, що матеріально-технічне забезпечення судової влади є недостатнім, лише 10% приміщень суду мають умови для окремого розгляду справ стосовно осіб, які хворіють на психічні розлади. Доповідач повідомила, що в КПК України немає положення стосовно обов'язкової доставки психічно хворого до суду (ст. 512). Особа користується своїми правами через законного представника, захисника. Крім того, доповідач повідомила, що Івано-Франківська область є модельним регіоном, де окремі справи розглядаються у режимі онлайн вже близько 5 років. Пані суддя зазначила, що розгляд справ стосовно осіб, які хворіють на психічні розлади, є специфічним та потребує особливого підходу. Виходячи з цього, доповідач виступила з ініціативою розробки відповідної навчальної програми Українським НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, сумісно з Національною школою суддів України.

Директор Київського міського центру судово-психіатричної експертизи Опейда Світлана Володимирівна у доповіді «Актуальні питання організації стаціонарної судово-психіатричної експертизи» навела приклад застосування до особи, яка захворіла на психічний розлад після скоєного злочину, примусових заходів медичного характеру. Після відміни цих заходів заклад охорони здоров'я неодноразово звертався до працівників міліції, з метою забезпечити доставку особи до зали судового засідання, оскільки особа скоїла тяжкий злочин та перебувала під вартою на момент виникнення психічного

розладу. У результаті допомога співробітників міліції у зазначеному випадку надана не була.

Президент Всеукраїнської громадської організації інвалідів користувачів психіатричної допомоги «Юзер» Імереллі Руслан Едуардович виступив із доповіддю «Реальний стан дотримання захисту прав психічно хворих при застосуванні примусових заходів медичного характеру». Доповідач повідомив, що нині не існує порядку застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку та механізму дії при загостренні психічного захворювання. Крім того, доповідач зазначив, що особи, які захворіли на психічний розлад та перебувають в СІЗО, не отримують належної медичної допомоги, оскільки психіатрична служба в закладах ДПтС України розвинена недостатньо. На думку доповідача, ст. 512 КПК України суперечить правам людини і присутність особи в судовому засіданні, в якому вирішується її доля, є обов'язковою. Вирішити цю проблему доповідач пропонує шляхом виїзних судових засідань.

Президент Асоціації психіатрів України Глузман Семен Фішелевич зазначив, що обговорення проблем примусових заходів медичного характеру на міжвідомчому рівні за ініціативою Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини є історичною подією, яка започатковує взаємодію між органами державної влади, у період реформування психіатричної служби. Примусові заходи медичного характеру суттєво обмежують права і свободи особи, тому їх регламентація повинна бути чіткою та виключно з дотриманням прав людини. Відсутність порядку застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, призводить до різного тлумачення даного виду державного примусу. Серед іншого, Семен Фішелевич наголосив, що суддя, коли лишає особу дієздатності, повинен подивитись їй в очі, тому відсутність особи в залі судового засідання є недопустимою.

За результатом обговорення, учасники круглого столу звернулися до органів виконавчої влади з рекомендаціями щодо вдосконалення порядку застосування примусових заходів медичного характеру.

ПРОЕКТ

РЕКОМЕНДАЦІЇ КРУГЛОГО СТОЛУ НА ТЕМУ: «ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ, ЯК РІЗНОВИДУ ДЕРЖАВНОГО ПРИМУСУ»

25 червня 2013 року Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини спільно з Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України проведено круглий стіл на тему: «Застосування примусових заходів медичного характеру, як різновиду державного примусу».

У роботі круглого столу брали участь представники Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ, Генеральної прокуратури України, Міністерства внутрішніх справ України, Державної пенітенціарної служби України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства юстиції України, Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київського міського центру судово-психіатричної експертизи, Асоціації психіатрів України, Всеукраїнської громадської організації інвалідів користувачів психіатричної допомоги «Юзер» та науковці.

Учасниками круглого столу обговорювалися проблемні питання, а саме:

- відсутність порядків застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді надання

амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку та госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом;

- організації охорони спеціалізованих відділень для застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом та охорони психіатричного закладу із суворим наглядом;
- застосування запобіжного заходу для осіб, щодо яких передбачається застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді поміщення до психіатричного закладу, в умовах, що виключають її небезпечну поведінку (ст. 508 КПК України);
- взаємодії підрозділів Міністерства внутрішніх справ України та Державної пенітенціарної служби України із закладами охорони здоров'я при застосуванні примусових заходів медичного характеру.

Спостерігаючи певні позитивні зрушення та існуючі проблеми при застосуванні примусових заходів медичного характеру учасники круглого столу звертаються до органів виконавчої влади з пропозиціями щодо вдосконалення процесу застосування примусових заходів медичного характеру.

РЕКОМЕНДУЄМО

Національній школі суддів України разом з Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України:

Внести зміни до типового плану підготовки суддів місцевих загальних судів, обраних вперше та безстроково до теми «Особливості застосування примусових заходів медичного характеру (глава 39 розділу шостого КПК України) та процесуальний порядок їх застосування у кримінальному провадженні», доповнивши її інформацію про особливості психічних розладів, що обумовлюють суспільну небезпеку особи.

Внести зміни до типового плану підготовки суддів місцевих загальних судів, обраних вперше та безстроково до теми «Особливості розгляду деяких категорій справ окремого провадження», доповнивши пунктом «Про обмеження цивільної дієздатності фізичної особи, визнання фізичної особи недієздатною, та поновлення цивільної дієздатності фізичної особи», який повинен містити інформацію про особливості психічних розладів, що впливають на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

Міністерству охорони здоров'я України разом із Міністерством внутрішніх справ України:

Розробити механізм застосування запобіжного заходу для осіб, щодо яких передбачається застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді поміщення до психіатричного закладу, в умовах, що виключають її небезпечну поведінку (ст. 508 КПК України).

Міністерству охорони здоров'я України:

Вжити заходів щодо урегулювання питання організації та порядку застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку та госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом.

Врегулювати питання організації охорони спеціалізованих відділень для застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом та охорони психіатричного закладу із суворим наглядом.

Державній пенітенціарній службі України та Міністерству внутрішніх справ України:

Налагодити взаємодію органів, що проводять досудове розслідування, і слідчих ізоляторів, із вирішення питань оформлення необхідних документів особам, що потребують застосування примусових заходів медичного характеру та недопущення затримки переведення їх до відповідних медичних закладів.

ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ПРОЕКТ «МИСТЕЦТВО, ЩО ОБ'ЄДНУЄ ВСІХ!»

7 червня у столичному Будинку учителя за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Посольства Великої Британії в Україні та громадських організацій відбулась презентація Всеукраїнського проекту «Мистецтво, що об'єднує всіх!», спрямованого на підтримку психічно хворих людей в Україні.

Організатор проекту – Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, директор д. мед. н. Пінчук Ірина Яківна.

У відкритті заходу взяли участь Перший заступник Міністра охорони здоров'я України Олександр Качур, Посол Великої Британії в Україні Саймон Сміт, політолог Роберт Ван Ворен, президент Асоціації психіатрів України Семен Глузман, український актор Володимир Горянський, Олексій Богданович, спеціалісти та експерти з питань психіатрії, представники інших міністерств та відомств тощо.

«Цей проект об'єднав не лише українську громадськість, але й дві країни – Велику Британію та Україну, – відзначив у зверненні Олександр Качур. – Те, що Міністерство охорони здоров'я України підтримало цей проект не дивно. Вважаємо, що соціальна допомога пацієнтам з проблемами психічного здоров'я є надзвичайно важливою складовою сьогодення, і Міністерство робить

усе можливе, щоб такі проекти втілювалися у життя, а психіатрична служба України була на високому рівні!»

Спілкуючись із журналістами, Перший заступник Міністра охорони здоров'я України Олександр Качур наголосив, що проект «Мистецтво, що об'єднує всіх!» буде і у подальшому підтримуватись з боку Міністерства охорони здоров'я України.

«Ми надзвичайно вдячні усім тим, хто допоміг нам створити цей проект, – сказала організатор заходу, директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України Ірина Пінчук. – Ми навіть не очікували на таку вагому підтримку Міністерства охорони здоров'я України, Посольства Великої Британії в Україні, спонсорів, експертів, громадських діячів. Та сьогодні цей захід довів, що мистецтву підсилу все!»

Після завершення офіційної частини усі присутні змогли насолодитися виставою пацієнтів Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні та переглянути виставку творів пацієнтів Київської міської психоневрологічної лікарні № 1.

У обговоренні питань соціальної адаптації психічно хворих людей під час круглого столу брали участь фахівці, представники громадських організацій і самі

пацієнти. До участі були запрошені представники із усіх регіонів України. Одночасно проводилася онлайн трансляція заходу на офіційному сайті МОЗ України. Завдяки цьому він був доступний для усіх обласних управлінь охорони здоров'я.

Всеукраїнський проект охопить усі регіони України та презентує творчість пацієнтів у різних напрямках мистецтва, як зразок арт-терапії та реінтеграції пацієнта

у повноцінне соціальне життя суспільства. Сприятиме вирішенню найболючіших проблем Психіатричної служби при наданні відповідної допомоги.

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України висловлює особливу вдячність компанії ТОВ «Астразенека України» за організаційну та матеріальну підтримку даного соціального заходу.

